

Pismo Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Lublinie

ISSN 1642-1000

NASZ



GŁOS

2/III-IV/2020



Podziękowania

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Lublinie dziękuje wszystkim pielęgniarkom, pielęgniarzom oraz położnym za ofiarną pracę, fachową wiedzę i poświęcenie w tych trudnych czasach. Jesteście bohaterami toczącymi walkę o zdrowie i życie każdego pacjenta, wzorem człowieczeństwa nieustannie zdającym egzamin z miłości.

Doceniamy Wasze wsparcie dla chorych, dobre słowo dla bliskich, wasze poświęcenie. Jesteście promieniem ciepłego, wiosennego słońca w świecie skapanym w lęku, cierpieniu, niepewności.

Dziękując za Waszą postawę życzymy Wam na ten trudny dla nas wszystkich czas dużo zdrowia, wzajemnego zrozumienia, bezpiecznych warunków pracy i niegasnącej nadziei na lepsze jutro.

Andrzej Tytuła
Przewodniczący
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych
w Lublinie

Bezpłatne porady prawne

Porady prawne dla członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Lublinie, w tym również dotyczące obecnej sytuacji wywołanej przez COVID-19 udzielane są telefonicznie.

Poniedziałki	13:00-15:00
Wtorki	9:00-15:00
Środy	10:00-14:00
Czwartki	12:00-15:00

Kontakt pod numerami telefonów: 81 536 67 67
lub bezpośrednio pod nr 81 536 67 59.

Przewodniczący Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych

Andrzej Tytuła tel. 81 536-67-66
przyjmuje w sprawie skarg i wniosków w godzinach pracy OIPIP

Wiceprzewodniczące Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych

Maria Olszak-Winiarska – I i IV wtorek m-ca godz. 10.00 – 15.00
Agnieszka Kais – wtorek, czwartek tel. 81 536-67-65

Seretarz Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych

Krystyna Amborska tel. 81 536-67-69
przyjmuje w sprawie skarg i wniosków w godzinach pracy OIPIP

Skarbnik Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych

Marzena Siek tel. 81 536-67-55
wtorek, czwartek

Sędzia Dyżurny

tel. 81 536-67-50
I i III czwartek miesiąca • godz. 15.00 – 17.00

Dyżur Rzecznika

tel. 81 536-67-51
II i IV czwartek miesiąca • godz. 15.00 – 17.00

Radca Prawny

tel. 81 536-67-59
przyjmuje w poniedziałek • godz. 14.00 – 16.00

Godziny pracy biura:

poniedziałek	godz. 8.00 – 16.00
wtorek	godz. 8.00 – 17.00
środa	godz. 8.00 – 16.00
czwartek	godz. 8.00 – 16.00
piątek	godz. 8.00 – 15.00

Nasz adres:

OKRĘGOWA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

20-072 LUBLIN, ul. Czechowska 3a

tel. 81 536-67-67 • 81 536-67-66 • fax 81 536-67-60

www.oipip.lublin.pl • e-mail: info@oipip.lublin.pl

Nr konta:

BNP Paribas 73 2030 0045 1110 0000 0050 6780

Redaguje zespół w składzie:

Krystyna Amborska, Anita Jaształ-Kniażuk, Agnieszka Kais,
Marzena Siek, Maria Olszak-Winiarska, Andrzej Tytuła.

NASZ GŁOS wydawany przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Lublinie jest oficjalnym pismem samorządu pielęgniarek i położnych. Rozprowadzany jest bezpłatnie wśród członków samorządu.

Redakcja zastrzega sobie prawo dokonywania zmian tytułów, skrótów i korekty redakcyjnej. Za treść zamieszczonych ogłoszeń nie ponosi odpowiedzialności.

DRUK: Drukarnia „PUNKTGRAF II”, Lublin, ul. Łęczyńska 51 • nakład: 2000 egz.

okładka: Punktgraf II

W numerze:

Rozmowa z Lubelskim Państwowym Wojewódzkim Inspektorem Sanitarnym w Lublinie dr n.med. Marią Jolantą Korniszuk



Została pani wojewódzkim inspektorem sanitarnym w bardzo krytycznym momencie, kiedy do Polski dotarł koronawirus. W obliczu epidemii to chyba wielkie wyzwanie?

Rzeczywiście, stanowisko to objęłam 26 lutego w bieżącym roku. Pełnię też drugą kadencję funkcję konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie epidemiologii. Od 2001 roku, jako epidemiolog podobne zadania wykonywałam, w charakterze wojewódzkiego inspektora sanitarnego MSWiA na obszarze województwa lubelskiego.

Czytaj na str. 7

„Zmniejszenie ryzyka zawodowego w pracy pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych”



Spotkanie podzielone było na dwie sesje i zakończone panelem dyskusyjnym.

W dniu 19 lutego 2020 r. w Warszawie odbyła się organizowana przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych ogólnopolska konferencja poświęcona zagrożeniom związanym z wykonywaniem zawodu pielęgniarki i położnej.

Czytaj na str. 10

Wszystko o koronawirusie opinie, porady, zalecenia

Czytaj na str. 15

spis treści:

Głos przewodniczącego	str. 4
Rozmowa z Lubelskim Państwowym Wojewódzkim Inspektorem Sanitarnym w Lublinie dr n.med. Marią Jolantą Korniszuk	str. 7
Ogólnopolska konferencja „Zmniejszenie ryzyka zawodowego w pracy pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych	str 10
Spotkanie okolicznościowe z okazji przejścia na emeryturę	str. 13
Fundusz COVID-19. Regulamin korzystania z funduszu COVID-19 przeznaczonego na pomoc dla pielęgniarek i położnych zrzeszonych w Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Lublinie	str. 15
Opinie prawne	str. 16 – 22
Rekomendacje Centrum profilaktyki i kontroli zakażeń w Ontario	str. 23 – 27
Zalecenia Konsultantów Krajowych	str. 28 – 35
Stanowiska, apele	str. 36 – 38
Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 marca 2020r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.	str. 39
Nekrologii	str. 40
Informacje, komunikaty	str. 42

Drogie Koleżanki, Koledzy

„Jak bardzo nieprzewidywalne potrafi być życie...”

W ostatnim numerze Naszego Głosu zęgnąłem się z Wami zapowiadając rychły początek, kolejnej



VIII kadencji samorządu pielęgniarek i położnych. Tymczasem na przełomie II i III kwartału br. wiele się zmieniło. Nowa rzeczywistość, w której zmuszeni jesteśmy funkcjonować na każdej płaszczyźnie naszego życia zrodziła wiele emocji, zweryfikowała dotychczasowe priorytety, zmusiła nas do stawiania w prawdzie swoich możliwości, wartości, relacji - ostatecznie zmuszając nas do mobilizacji, pracy i funkcjonowania w warunkach nadzwyczajnych, takich których absolutnie nie braliśmy pod uwagę. Jak wygląda codzienna praca pielęgniarek i położnych w stanie epidemii COVID-19 doskonale wiecie doświadczając całej gamy emocji i wyzwania na swoich stanowiskach pracy.

Prezydium ORPiP w Lublinie wychodząc naprzeciw nieoczekiwanym trudnościom podjęło decyzję w sprawie uruchomienia specjalnego funduszu o nazwie COVID-19, który przeznaczony został na pomoc finansową dla każdej pielęgniarki i położnej zrzeszonej w naszej Izbie, która takiej pomocy będzie potrzebowała. W tym celu przygotowany został podany do publicznej wiadomości za pośrednictwem www.oipip.lublin.pl Regulamin udzielania wsparcia w ramach środków COVID-19 – naszym zamysłem było aby była to realna forma

pomocy, fizycznie trafiająca do tych z naszych koleżanek i kolegów, którzy jej bezwzględnie potrzebują. Środki z tego funduszu już trafiają do pielęgniarek i położnych. Oczywiście nie jest to jedyne działanie, które podjęliśmy w obecnej sytuacji epidemiologicznej. Cały czas przekazujemy do publicznych i niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej, a także praktyk zawodowych prowadzonych przez pielęgniarki i położne środki ochrony indywidualnej zakupując je we własnym zakresie lub zajmując się dystrybucją tego co zostało nam, przekazane przez resort zdrowia oraz darczyńców. Przez cztery dni w tygodniu zespół radców prawnych w OIPiP w Lublinie pozostaje do telefonicznej i mailowej dyspozycji pielęgniarek i położnych, które w związku z tą jakże nietypową sytuacją borykają się z wieloma poważnymi problemami wymagającymi interwencji prawnej, ponadto nawiązaliśmy współpracę z lubelskim samorządem zawodowym radców prawnych, który wyszedł z inicjatywą udzielania pielęgniarkom i położnym pomocy prawnej w okresie stanu epidemii wywołanego chorobą COVID-19 – ten rodzaj współpracy bardzo sobie cenimy gdyż liczba spraw wymagających interwencji prawnej jest bardzo duża. Na bieżąco reagujemy na problemy zgłaszane przez nasze koleżanki i kolegów udzielając im wsparcia na miarę posiadanych możliwości formalnych i finansowych – zakres tych problemów, a tym samym interwencji jest dość szeroki. Zaproponowaliśmy Wam również nową formę wymiany informacji wykorzystując w tym celu portal społecznościowy FB i jak obserwuję ta

forma komunikacji cieszy się z Waszej strony dużym zainteresowaniem. Nasza nowa rzeczywistość, którą już jesteśmy wszyscy zmęczeni dotknęła tak wielu płaszczyzn naszego życia zawodowego, samorządowego, rodzinnego, społecznego wyzwalając w nas determinację, mobilizację, empatię ale również uzasadnione obawy, a nawet niekontrolowane reakcje kierowane strachem, któremu trudno się dziwić ponieważ wszyscy odczuwamy te same emocje, pozostaje tylko pytanie co z nimi zrobimy? Nie wiemy jak długo funkcjonować będziemy wśród niecodziennych ograniczeń i nakazów, zachowywać wzmożone środki ostrożności, w tym dystansu, na jak długo wystarczy nam sił i pozytywnego myślenia, w jakich warunkach jeszcze przyjdzie nam pracować i funkcjonować, dlatego pozwolicie, że w tym miejscu podzielę się z Wami jakże ponadczasowym tekstem autorstwa J.R.R. Tolkiena „*Chciałbym żeby to nie działo się w moich czasach – powiedział Frodo.*

- *Ja też – odparł Gandalf – podobnie czują wszyscy. Którzy przechodzą przez takie czasy. Ale nie mają na to wpływu. Możemy tylko zdecydować, co zrobimy z czasem, który jest nam dany.*”

Co zrobimy z czasem, który jest nam dany?

**Z pozdrowieniem
Andrzej Tytuła**

Przewodniczący ORPiP w Lublinie

Z okazji Międzynarodowego Dnia Pielęgniarki i Dnia Położnej składam podziękowania za codzienny trud wkładany w wykonywanie zawodu, życzę wszystkim Koleżankom i Kolegom wielu pięknych dni w zawodzie i w życiu osobistym, osiągnięcia celów i marzeń, nawet tych odległych oraz satysfakcji z własnych dokonań.

**Andrzej Tytuła
Przewodniczący Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych
w Lublinie**



Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Lublinie

pomaga naszym pielęgniarkom i położnym





Pracownicy OIPIP, podczas składania przyłbic dla pielęgniarek i położnych.



Paczki przygotowane przez OIPIP w Lublinie dla 13 pielęgniarek przebywających na kwarantannie.



Al. Jerozolimskie 142B
02-305 Warszawa
tel.: 22 333 75 00
fax: 22 333 75 01
e-mail: 801 803 000
interpolska@interpolska.pl
www.interpolska.pl

Warszawa, 14.04.2020 r.

Dot. INTER Polska — odpowiedzialni w każdym czasie

Szanowni Państwo,

Jako ubezpieczyciel branży medycznej czujemy szczególną odpowiedzialność i troskę o zdrowie i bezpieczeństwo całego personelu medycznego. Epidemia Koronawirusa SARS-CoV-2 w Polsce to wyjątkowa sytuacja, która wymaga solidarnych działań nas wszystkich na rzecz wsparcia bezpieczeństwa pracowników ochrony zdrowia. Pomoc i solidarność są szczególnie ważne w tych niezwykle trudnych chwilach, dlatego przekazujemy Państwu pakiet środków ochronnych — maseczek medycznych — na bieżące potrzeby związane z zabezpieczeniem w walce z COVID-19.

Zdajemy sobie sprawę, że nie sposób zaspokoić potrzeb całego personelu medycznego. Mamy jednak nadzieję, że podjęte przez nas działania pozwolą Państwu poczuć się choć odrobinę bezpieczniej. Jesteśmy pełni szacunku dla Waszej pracy, a ta niespotykana do tej pory sytuacja czyni z Was Bohaterki i Bohaterów.

Zyczymy zdrowia i wytrwałości.

Łączymy pozdrowienia.

Janusz Szulik
Prezes Zarządu spółek INTER w Polsce

Towarzystwo Ubezpieczeń INTER Polska S.A.
Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy
XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego
nr KRS: 0000718204, NIP: 547-42-06-285
Kapitał zakładowy wynosi 28 mln zł, jest zarządzany
i w pełni opłacony.

Towarzystwo Ubezpieczeń INTER-ZYCIE Polska S.A.
Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy
XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego
nr KRS: 0000712849, NIP: 547-17-53-546
Kapitał zakładowy wynosi 20,5 mln zł, jest zarządzany
i w pełni opłacony.

Rozmowa z Lubelskim Państwowym Wojewódzkim Inspektorem Sanitarnym w Lublinie

dr n.med. Marią Jolantą Korniszuk



Została pani wojewódzkim inspektorem sanitarnym w bardzo krytycznym momencie, kiedy do Polski dotarł koronawirus. W obliczu epidemii to chyba wielkie wyzwanie?

Rzeczywiście, stanowisko to objęłam 26 lutego w bieżącym roku. Pełnię też drugą kadencję funkcję konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie epidemiologii. Od 2001 roku, jako epidemiolog podobne zadania wykonywałam, w charakterze wojewódzkiego inspektora sanitarnego MSWiA na obszarze województwa lubelskiego. Wtedy nadzór sanitarny sprawowałam w odniesieniu do służb mundurowych, tzn. policji, straży pożarnej, straży granicznej, ABW, CBA, zakładów opieki zdrowotnej MSWiA. Podczas pracy w Państwowej Inspekcji Sanitarnej MSWiA i w WSSE korzystam z wcześniejszych moich doświadczeń. Drogę zawodową zapoczątkowałam w oddziale intensywnej opieki kardiologicznej. To miejsce pracy i następne w przychodni MSWiA przy ul. Spokojnej w Lublinie, gdzie zajmowałam kierownicze stanowisko, wymagały ode mnie pełnej gotowości, podejmowania szybkich decyzji i reakcji w odpowiedzi na problemy zdrowotne pacjenta, dużej wrażliwości i stanowczości. W oczach pacjentów kardiologicznych często widziałam poczucie niepewności, lęku wręcz strach powodowany zagrożonym poczuciem bezpieczeństwa. Podczas epidemii i w stanach zagrożenia życia występuje zwykle trudna do przewidzenia dynamika zdarzeń. W sytuacji zagrożenia życia pacjenta i podczas zagrożenia epidemicznego w skuteczności działania istotnym czynnikiem jest wykonywanie niezbędnych czynności w odpowiednim czasie.

Doświadczenie praktyczne łączę z pracą naukową, jako nauczyciel akademicki na stanowisku adiunkta. Studiowałam na wydziale pielęgniarstwa w Akademii Medycznej w Lublinie. Pracę doktorską napisałam w Katedrze Epidemiologii, którą obroniłam na Wydziale Lekarskim, tej Uczelni. Ukończyłam specjalizację z medycyny społecznej i studia podyplomowe z zakresu zarządzania w ochronie zdrowia. Jestem specjalistą z zakresu pielęgniarstwa epidemiologicznego. Wiedzę epidemiologiczną doskonaliłam podczas specjalizacji w dziedzinie epidemiologii, uzyskując tytuł specjalisty epidemiologa.

Epidemiolog pewnie musi się z tym liczyć, ale czy wybierając ten zawód spodziewała się pani, że spotka nas taka pandemia jak dzisiaj?

Epidemie kojarzą się nam zazwyczaj z chorobami zakaźnymi, które występują w egzotycznych, krajach a nie dotykają nas. Epidemie w XXI wieku były głównie spowodowane przez wirusy SARS, MERS, ptasiej i świńskiej grypy oraz zagrożenia epidemiczne wywołane wirusem odry. Poza ogniskami odry

epidemie te wprost nie dotykały naszego kraju, stąd wydawało nam się, że jesteśmy bezpieczni.

Ta epidemia powinna zweryfikować taki pogląd. Zakażenie koronawirusem SARS-CoV-2 może dotyczyć każdego z nas niezależnie od wieku, płci statusu społecznego i zawodowego. Z historii dziejów wiemy, że epidemie lubią się powtarzać, co 100 lat. Akurat minął wiek od epidemii tzw. grypy hiszpanki. Był to trudny czas w historii populacji ludzkiej, ale w tej chwili mamy pandemię, czyli epidemię, która występuje na wielu kontynentach, niemalże w każdym z krajów. Sytuacja jest poważna. Z tego względu trudne wyzwania stoją przed każdym z nas, a zwłaszcza przed pracownikami państwowej inspekcji sanitarnej.

Powiedzmy, jak wygląda obecnie praca inspekcji sanitarnej?

W okresie epidemii nasza praca wymaga determinacji i koordynowania wielu działań. Mówi się, że epidemiolog mierzy liczy analizuje i wnioskuje. Rzeczywiście zbieramy informacje, przygotowujemy sprawozdania, raporty, analizujemy dane. Wiemy, że za każdą z liczb za każdym przypadkiem ogłoszonym przez media, kryje się człowiek. Człowiek, który w jakiś sposób został dotknięty zakażeniem koronawirusem. U tych osób pojawiają się obawy, poczucie lęku i niepokoju, z powodu zaburzonego ich bezpieczeństwa. Jako pracownicy nadzoru sanitarnego staramy się wychodzić naprzeciw oczekiwaniom społecznym i zawsze być o krok wcześniej, czyli zapobiegać. W sytuacji pandemii nasza praca ukierunkowana jest na zapobieganie rozprzestrzenianiu się zakażenia. Czynimy wszystko, żeby dotrzeć do pojedynczej osoby i poradzić, jak się zachować, co zrobić, aby nie powodować rozwoju epidemii. U uruchomiliśmy dużą liczbę linii telefonicznych, aby odpowiadać na zapytania dzwoniących przez 24 godziny na dobę.

O co najczęściej pytają dzwoniący?

Wskazują na różne niepokojące ich problemy, które niesie ze sobą epidemia. Najczęściej dotyczą one kwestii związanych z kwarantanną, sposobem zachowania się w określonej, nowej sytuacji, w której znalazła się osoba dzwoniąca lub jej bliscy. Nierzadko są to osobiste dramaty. Odbieramy też telefony od personelu medycznego, który potrzebuje porady w konkretnym przypadku. Dzwonią także przedstawiciele instytucji, firm, którzy chcą rozwiązać swoje wątpliwości. W całym woj. lubelskim pracuje ponad 900 osób w stacjach sanitarno-epidemiologicznych, w tym 160 os. stanowi personel

► Ciąg dalszy na str. 8

wojewódzkiej stacji sanitarno epidemiologicznej w Lublinie. Od początku epidemii w woj. lubelskim, mamy ponad 23 tys. osób objętych kwarantanną. Do każdej z tych osób musiał dotrzeć pracownik inspekcji sanitarnej. Przyjmując, że tylko połowa z nich wykonała do nas telefon, to mamy już ponad 12 tys. rozmów telefonicznych, a zwykle jest potrzeba przeprowadzeniu kilku takich rozmów z jedną osobą. Inną grupę stanowią osoby objęte nadzorem sanitarnym. Są jeszcze pacjenci hospitalizowani a także osoby izolowane. Jest to szereg problemów ludzkich, w których rozwiązaniu starają się pomóc pracownicy inspekcji sanitarnej.

Oprócz decyzji o kwarantannie, nadzorze epidemiologicznym, czy rozmowach telefonicznych, w laboratorium WSSE działa laboratorium, które wykonuje testy w kierunku koronawirusa. Jak ta praca wygląda?

W laboratorium pracuje osiem osób bezpośrednio zaangażowanych w badania. Istniała potrzeba nie tylko zapewnienia im bezpiecznych warunków pracy z potencjalnie zakażonym materiałem, ale również wyposażenia pomieszczeń laboratorium w niezbędny sprzęt. Oprócz pracowników wsse badania wykonują z nami pracownicy Uniwersytetu Medycznego. Pracują często do późnych godzin rannych, np. do godz. 3-4 rano. Kilkugodzina przerwa w wykonywaniu badań stanowi niezbędny czas

na dekontaminację pomieszczeń i sprzętu. W ciągu doby wykonujemy ok. 200 -250 badań, ale potrzeby są o wiele większe. Po świętach ruszają dwa kolejne laboratoria w woj. lubelskim. Mamy nadzieję, że wzrośnie liczba wykonywanych badań, skróci się czas na oczekiwanie ich wyników, co ma istotny wpływ na postawienie diagnozy i dalszy proces leczenia pacjenta.

Kiedy ta epidemia się skończy?

Jesteśmy na początku drogi. Odpowiedź na pytanie, kiedy nastąpi oczekiwany koniec epidemii jest trudna i na dzień dzisiejszy niemożliwa do oszacowania. Chcemy wierzyć, że wdrożone dość restrykcyjne działania, przyniosą oczekiwane efekty i jak najszybciej uporamy się z epidemią. Zapewne proces wygaszania epidemii trochę jeszcze potrwa. Jednakże, ten wirus pozostanie wśród nas. To nie jest tak, że się go pozbędziemy z naszego terytorium raz na zawsze.

Jak zachować się w te najbliższe święta?

Apeluję o pozostanie w domach podczas Świąt Wielkanocnych. Zawsze to był czas, który spędzaliśmy w gronie rodziny, czas spotkań z bliskimi. W tym roku mamy wyjątkową sytuację, podczas, której musimy pozostać w domach dla bezpieczeństwa naszych najbliższych, nas samych i innych osób. Zostańmy teraz w domu dla zdrowia nas wszystkich.

Źródło: archiwum dr n. med Marii Jolanty Korniszuk

Gratulacje

W związku z powołaniem Pani na stanowisko Lubelskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Lublinie składam w imieniu Samorządu Zawodowego Pielęgniarek i Położnych serdeczne gratulacje.

Jako Przewodniczący Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Lublinie deklaruje wolę współpracy na rzecz wszelkich działań służących środowisku pielęgniarek i położnych.

Życzę wielu sukcesów, wytrwałości i skuteczności w działaniach, które Pani podejmie oraz wiele satysfakcji z powierzonych funkcji.

Przewodniczący
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych
w Lublinie
Andrzej Tytuła



LUBELSKI
PAŃSTWOWY WOJEWÓDZKI
INSPEKTOR SANITARNY
W LUBLINIE

Lublin, dnia 30.03.2020 r.

Andrzej Tytuła
Przewodniczący
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych
w Lublinie

Szanowny Panie Przewodniczący,
Uprzejmie dziękuję za gratulacje i życzenia w związku z powołaniem na stanowisko Lubelskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Lublinie.

Państwowa Inspekcja Sanitarna realizuje zadania dotyczące zdrowia publicznego m.in. poprzez nadzór nad higieną pracy i środowiska, higieną procesów nauczania i wychowania, nad warunkami zdrowotnymi żywności i żywienia oraz warunkami higieniczno-sanitarnymi.

Jako przedstawiciel Inspekcji Sanitarnej liczę na wszelką współpracę ze strony Państwa, w zakresie przeciwdziałania zagrożeniom epidemiologicznym oraz zapewnienie bezpieczeństwa, a także ochrony zdrowia publicznego wszystkim mieszkańcom województwa lubelskiego.

J. Jędrzejewicz

LUBELSKI PAŃSTWOWY WOJEWÓDZKI
INSPEKTOR SANITARNY
dr n. med. Maria Jolanta Korniszuk

niepodlega

Powołano nowego konsultanta krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego i operacyjnego



dr n. med. Tadeusz Paweł Wasilewski jest pracownikiem badawczo-dydaktycznym, adiunktem, koordynatorem kształcenia na Kierunku Pielęgniarstwo Wydziału Nauk o Człowieku w Wyższej Szkole Ekonomii i Innowacji w Lublinie. Absolwent Akademii Medycznej w Lublinie, tytuł magistra pielęgniarstwa uzyskał w 1995 roku. W roku 2004 obronił pracę doktorską na temat „Opieka pielęgniarska oraz funkcjonowanie i sytuacja rodzinna pacjentów ze zlateralizowanymi uszkodzeniami mózgu” uzyskując tytuł doktora nauk medycznych w dziedzinie biologii medycznej.

Specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego i w zakresie medycyny społecznej, neurologopeda, logopeda, terapeuta wad i zaburzeń mowy, specjalista wczesnego rozwoju dziecka.

Od początku kariery zawodowej związany z pielęgniarstwem chirurgicznym i operacyjnym. W latach 1988-1992 pracował w Oddziale Chirurgii Ogólnej i na Bloku Operacyjnym w Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Węgrowie. Od 1995 do 2018 roku pracownik naukowo-dydaktyczny Katedry Chirurgii i Pielęgniarstwa Chirurgicznego UM w Lublinie. Od wielu lat czynnie związany z ośrodkami kształcenia podyplomowego w Polsce oraz Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych w Warszawie. Przewodniczący Państwowej Komisji Egzaminacyjnej specjalizacji w dziedzinie Pielęgniarstwa Chirurgicznego oraz zastępca przewodniczącego Komisji Egzaminacyjnej specjalizacji w dziedzinie Pielęgniarstwa Operacyjnego. W latach 2016-2020 powołany decyzją Wojewody Lubelskiego na konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego i operacyjnego województwa lubelskiego.

W obszarze zainteresowań naukowych znajdują się zagadnienia związane z oceną jakości opieki pielęgniarskiej i satysfakcją z opieki pielęgniarskiej pacjentów oddziałów zabiegowych, z oceną jakości życia pacjentów oddziałów zabiegowych oraz zagadnieniem asymetrii funkcjonalnej mózgu pacjentów z półkulowymi uszkodzeniami mózgu. Autor około 100 publikacji stanowiących rozdziały w monografiach, artykuły w czasopismach naukowych, rozdziały w książkach oraz programów nauczania w zakresie przedmiotu pielęgniarstwo chirurgiczne i operacyjne. Czynny uczestnik wielu konferencji ogólnopolskich i międzynarodowych.

W przebiegu pracy zawodowej uczestnik wielu kursów, szkoleń, warsztatów i studiów podyplomowych w zakresie zainteresowań zawodowych i naukowych.

Członek Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego, Polskiego Towarzystwa Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego, Polskiego Towarzystwa Logopedycznego i Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego.

Od 17.03.2020 r. decyzją Ministra Zdrowia powołany na konsultanta krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego i operacyjnego.

Gratulacje

W związku z powołaniem Pana na stanowisko Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego i operacyjnego w imieniu Samorządu Zawodowego Pielęgniarek i Położnych w Lublinie składam Panu serdeczne gratulacje oraz kieruję słowa uznania.

Jako Przewodniczący Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Lublinie deklaruje wolę współpracy na rzecz wszelkich działań służących środowisku pielęgniarek i położnych.

Życzę wielu sukcesów, wytrwałości i skuteczności w działaniach, które będzie Pan podejmował oraz satysfakcji z pełnienia powierzonej funkcji.



*Przewodniczący
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych
w Lublinie
Andrzej Tytuła*

Ogólnopolska Konferencja

organizowana przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych

„Zmniejszenie ryzyka zawodowego w pracy pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych”



Panel dyskusyjny zaproszonych gości.

Zdj. Andrzej Tytuła

W dniu 19 lutego 2020 r. w Warszawie odbyła się organizowana przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych ogólnopolska konferencja poświęcona zagrożeniom związanym z wykonywaniem zawodu pielęgniarki i położnej. Spotkanie podzielone było na dwie sesje i zakończone panelem dyskusyjnym. Dla nas członków lubelskiej izby pielęgniarek i położnych szczególny był fakt, że moderatorem pierwszej sesji obok mgr Zofii Małas Prezesa NRPIP był mgr Andrzej Tytuła Prezes ORPIP w Lublinie, który jest jednocześnie Przewodniczącym Komisji Warunków Płacy i Pracy przy NRPIP.

Pierwszą sesję inaugurowała Pani Zofia Małas podnosząc kwestię kwalifikacji zawodów pielęgniarki i położnej w grupie tzw. wysokiego ryzyka wśród innych profesji. Związane jest to z rodzajem pracy, szerokim zakresem obowiązków, wykonywaniem licznych zadań w bliskim kontakcie z chorymi oraz różnorodności stanowisk pracy. Wskazała też na czynniki, które przez Międzynarodową Organizację Pracy są najczęściej wymieniane jako zagrażające zdrowiu w naszym zawodzie. Należą do nich czynniki:

- biologiczne (gruźlica, HIV/AIDS, SARS),

- ergonomiczne (w tym podnoszenie i przesuwanie ciężarów),
- psychospołeczne (stres, agresja, depresja),
- chemiczne (kontakt ze środkami dezynfekcyjnymi),
- fizyczne (ekspozycja na promieniowanie, potknięcia, upadki).

Ciekawą prezentację przedstawiła dr n. med. Anna Szczypta - krajowy konsultant w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego. Omówiła w niej rolę pielęgniarki epidemiologicznej w nadzorze nad zapewnieniem bezpiecznych warunków pracy. Wskazała też zadania pielęgniarek na poszczególnych stanowiskach pracy (odcinkowa, oddziałowa, naczelna) w tym aspekcie. Z kolei dr n. med. Izabela Witczak przedstawiła wstępne wyniki Projektu Bezpiecznej Farmakoterapii „Pharma Safety”- badania mającego na celu określenie poziomu bezpieczeństwa procesu farmakologicznego realizowanego przez pielęgniarki i położne w Polsce. W anonimowo wypełnianych ankietach nasze koleżanki oraz farmaceuci szpitalni wskazywali najbardziej niebezpieczne czynniki ryzyka w procesie farmakoterapii. Najczęściej wskazywa-

► Ciąg dalszy na str. 11

nymi były: nieczytelne zlecenia lekarskie oraz niewłaściwa organizacja pracy tj. przygotowywanie leków dla chorych przerywane wykonywaniem innych czynności. Istotnym okazało się również samo pomieszczenie, w którym przygotowywane są leki do wydania. Służy ono realizacji wielu funkcji wykonywanych jednocześnie przez kilka osób, co nie sprzyja koncentracji na wykonywanej czynności.

Sytuacja epidemiologiczna w zakresie chorób zawodowych pielęgniarek to temat kolejnej prezentacji. Dr hab. Beata Świątkowska z Zakładu Epidemiologii Środowiskowej IMP w Łodzi wskazała, że połowa przypadków chorób zawodowych wśród pracowników ochrony zdrowia dotyczy pielęgniarek i położnych, a zapadalność na choroby zakaźne naszej grupy zawodowej jest ponad dwukrotnie wyższa niż w grupie lekarzy i ponad czterokrotnie wyższa niż wśród lekarzy dentystów. Innymi chorobami zawodowymi stwierdzanymi u pielęgniarek są choroby skóry, choroby układu ruchu oraz obwodowego układu nerwowego. Podkreśliła też, że do najważniejszych narażeń zdrowotnych występujących w miejscu pracy pielęgniarek i położnych należy nadmierne obciążenie układu mięśniowo-szkieletowego prowadzące do dolegliwości bólowych. Poczyszczający jest fakt, że stwierdza się tendencję malejącą w występowaniu chorób zakaźnych, do czego przyczynia się większa wiedza na temat zagrożeń krwiopochodnych, wprowadzenie szczepień ochronnych oraz stosowanie wytycznych postępowania poekspozycyjnego.

Moderatorami II sesji Konferencji byli: mgr Sebastian Łżykowski – wiceprezes NRPIP oraz dr n. med. Anna Szczypta – konsultant krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego.

Pierwszym prelegentem tej sesji była dr n. o zdrowiu Zofia Sienkiewicz z Zakładu Rozwoju Pielęgniarstwa, Nauk Społecznych i Medycznych, Wydział Nauk o Zdrowiu, WUM, która przedstawiła temat: „Czynniki szkodliwe, niebezpieczne i uciążliwe w środowisku pracy personelu medycznego a profilaktyka”. Podkreśliła w swoim wystąpieniu jak wciąż niedocenionym problemem medycznym i społecznym są zagrożenia zdrowia personelu medycznego związane z wykonywaniem zawodu. W związku z rozwijającymi się technologiami wpływającymi na bezpieczeństwo i higienę pracy i ciągle zmieniającymi się zagrożeniami epidemiologicznymi oczekiwania społeczne wobec warunków pracy są znacznie większe niż gwarantują to pracodawcy. Pracownicy oraz ich rodziny oczekują zapewnienia bezpiecznych dla zdrowia warunków pracy, wyeliminowania w jak największym stopniu czynników niebezpiecznych i szkodliwych dla zdrowia. Jedynie dokładna i wnikliwa ocena pod kątem zagrożeń dla zdrowia środowiska pracy personelu medycznego może doprowadzić do wprowadzenia działań profilaktycznych.

W latach 2010-2020 przeprowadzono badania, które dotyczyły obciążenia fizycznego, psychicznego, czynników technicznych, czynników organizacyjnych pracy. Osoby biorące udział w badaniu najczęściej zwracały uwagę na obciążenie układu mięśniowo-szkieletowego wynikające z utrudnień w opiece nad pacjentem (podnoszenie i przemieszczanie chorego, brak sprzętu pomocniczego, przyjmowanie niedogodnych pozycji podczas pracy). Najczęstszą dolegliwością fizyczną zgłaszaną przez pielęgniarki były bóle kręgosłupa w odcinku lędźwiowym i szyjnym oraz ból nadgarstków. Bardzo istotne wydaje się przekazywanie wiedzy na temat zagrożeń i profilaktyki podczas kursów i szkoleń organizowanych przez zakład pracy.

W kolejnym wystąpieniu dr n. o zdrowiu Anna Leńczuk-Gruba z Zakładu Rozwoju Pielęgniarstwa, Nauk Społecznych i Medycznych WUM przedstawiła wyniki badań dotyczące znaczenia bezpiecznych warunków pracy w wyborze pierwszego miejsca zatrudnienia przez absolwentów pielęgniarstwa. Ich analiza na przestrzeni 2011-2020 r. pozwoliła wysnuć wnioski, które potwierdzają, że bezpieczne warunki pracy stanowiły istotne kryterium wyboru pierwszego miejsca zatrudnienia przez młodych adeptów pielęgniarstwa. W dobie krytycznego braku personelu pielęgniarstwa zapewnienie bezpieczeństwa pracy powinno stać się działaniem priorytetowym kadry zarządzającej placówek medycznych.

Z kolei mgr Katarzyna Gustawsson reprezentująca Ośrodek Medycyny Pracy Snu i Zakład Neurofizjologii Klinicznej Instytutu Neurologii w Warszawie, przedstawiła wstępne wyniki projektu „Za Dużo Pracuję - Nie mam czasu na sen”. Konieczność pełnienia dyżurów lub wykonywania pracy zmianowej oraz stres zawodowy w zawodach medycznych powodują, że osoby związane z opieką i bezpieczeństwem chorych narażone są na wysokie ryzyko wystąpienia zaburzeń snu i wypalenia zawodowego. W wielu krajach powstały programy profilaktyki i leczenia skierowane do osób wykonujących taką pracę.

Projekt „Za dużo pracuję” realizowany w Ośrodku Medycyny Snu Instytutu Psychiatrii i Neurologii powstał w celu oceny skali problemu w Polsce i do stworzenia programów pomocowych w warunkach polskich. Badanie jest wciąż realizowane w ramach projektu badawczego finansowanego ze środków Narodowego Centrum Nauki. Stąd prośba do całego środowiska o udział w projekcie w drugim etapie, polegający na wypełnianiu kwestionariusza (za wypełnienie ofiarowane jest wynagrodzenie). Pozwoli to na identyfikację modyfikowalnych czynników ryzyka, które przyczyniają się do występowania zaburzeń snu w zawodach związanych z bezpieczeństwem i opieką nad chorymi. Link do strony projektu: <http://zaduzopracuje.pl/>.

► Ciąg dalszy na str. 12

Kolejny prelegent Knibbe NR, Niderlandy w wykładzie „Jak rozwiązujemy problem bólów pleców w pielęgniarstwie? Globalne dowody i doświadczenie” przedstawił wyniki działań systemowych jakie udało się przeprowadzić w zakresie zmniejszenia obciążenia fizycznego wśród pielęgniarek i opiekunów w Niderlandach na przestrzeni wielu lat.

Dyrektorywa UE w sprawie zdrowia i bezpieczeństwa w obchodzeniu się z pacjentem (90/269/EWG) to dobry krok w tym kierunku. Raport techniczny OSO (12296) zatwierdzony przez Europejski Komitet Normalizacyjny zawiera zalecenia w sprawie poprawy warunków pracy opiekunów przez zmniejszenie przeciążenia biomechanicznego, a tym samym ograniczenie chorób i obrażeń związanych z pracą, a także wynikających z tego kosztów nieobecności. Celem raportu jest zwrócenie uwagi na jakość opieki nad pacjentami, bezpieczeństwo i prywatność w odniesieniu do ich potrzeb, w tym do opieki osobistej i higieny. Wprowadzenie programów ergonomicznych w zawodzie pielęgniarstwa ma tę jakość poprawić, co z sukcesem udało się w Niderlandach. W podsumowaniu wykładowca przedstawił zalecenia:

- Nikt nie powinien chorować z powodu otaczania innych opieką,
- Instytucje (pracodawcy, związki zawodowe, inspektory, biznes, szkoły) muszą współpracować w celu wprowadzenia zmian,
- Należy podejmować działania wielokierunkowe (wytyczne, partnerzy społeczni, projektowanie, szkolenia)
- Rozpocznij zmianę od siebie: tu i teraz.

Oszczędzaj plecy, mniej pracuj, zmniejszaj koszty, popraw opiekę nad pacjentami!!

Tematem bardzo aktualnym, niosącym bardzo duże ryzyko zarówno zdrowotne, ale również emocjonalne, w dalszym ciągu stanowi ekspozycja zawodowa. I to kolejny temat poruszony podczas konferencji dotyczącej zmniejszenia ryzyka zawodowego w pracy pielęgniarek i położnych. Okazuje się, że w dalszym ciągu około 80% przypadków ekspozycji zawodowej nie jest zgłaszana przez pracowników ochrony zdrowia. Wynika to min. z niedostatecznej świadomości na temat zagrożeń wynikających z ekspozycji, pracownicy obawiają się, że pracodawca uzna iż do zdarzenia doszło z ich winy, bądź bagatelizują to. Dodatkowym problemem jest aspekt emocjonalny, pracownicy poddani ekspozycji zawodowej pozostają bez należytej pomocy psychologicznej. Czas oczekiwania na wyniki badań wiąże się z ogromnym stresem, obawiają się wykluczenia zawodowego, braku możliwości uzyskania dochodów, a w skrajnych przypadkach nawet pozostania bez środków utrzymania. Takie osoby

są czasem wykluczane ze środowiska zawodowego, co wymusza przekwalifikowanie się w celu możliwości zarobkowania, o czym świadczą badania przeprowadzane na ten temat. Bardzo często takie osoby pozostawione są bez profesjonalnej pomocy w kręgach zawodowych. Dlatego też należy podjąć odpowiednie kroki aby zminimalizować zdarzenia niepożądane związane z ekspozycją zawodową, zarówno pod względem zdrowotnym, jak również emocjonalnym, a jeśli już wystąpią znaleźć alternatywne rozwiązania (wsparcie emocjonalne, zawodowe).

Okazuje się, że bardzo niepokojącym i dynamicznie rozwijającym się zjawiskiem są zachowania agresywne wobec personelu medycznego. W związku z tym temat agresji pojawił się także tutaj. Pani Wiceprezes NRPIP mgr Mariola Łodzińska przedstawiła wyniki anonimowej ankiety, która została zamieszczona na stronie internetowej www.nipip.pl i obejmowała dane dotyczące skali zjawiska agresji wobec pielęgniarek i położnych, miejsca wystąpienia zachowań agresywnych, sprawców zachowania agresywnego, przyczyn i rodzajów zachowań agresywnych, sposobów reagowania pielęgniarek i położnych na zachowania agresywne, a także propozycje działań prewencyjnych chroniących personel medyczny w środowisku pracy. Zaproponowane zostały min. rozwiązania:

- oparte na przepisach prawnych w drodze ustawy, lub rozporządzenia Ministra Zdrowia, które obligowałyby pracodawców do określonych działań,
- wprowadzenie w placówkach medycznych obowiązkowych procedur / instrukcji, które określiłyby sposób postępowania podczas agresji i po takich zdarzeniach,
- kursy samoobrony dla personelu medycznego, szczególnie w placówkach najbardziej narażonych,
- szkolenia prewencyjne prowadzone przez profesjonalne firmy dotyczące zachowań w przypadku agresji
- wsparcie psychologiczne, zapewnione przez pracodawcę, w przypadku wystąpieniu agresji.

Ogólnopolska konferencja zorganizowana przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych „Zmniejszenie ryzyka zawodowego pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych” po raz kolejny uświadomiła nam, że pielęgniarka i położna to zdecydowanie zawody o podwyższonym ryzyku, a także to na jakie czynniki w pracy narażony jest personel i jakie obowiązki spoczywają na pracodawcy. Ważne jest to, że przedstawiono na niej propozycje rozwiązań systemowych w zakresie ochrony zdrowia, aby zapewnić bezpieczne warunki pracy pielęgniarek i położnych.

Konferencja została sfinansowana ze środków OIPIP w Lublinie.

KALENDARIUM**5 lutego 2020 r.**

W Ministerstwie Zdrowia odbyła się uroczysta inauguracja kampanii „Nursing Now Polska”, w której wziął udział Pan Andrzej Tytuła Przewodniczący ORPiP w Lublinie.

6 lutego 2020 r.

W Ministerstwie Zdrowia odbyło się spotkanie z udziałem Pani Minister Józefy Szczurek-Żelazko dotyczące norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych, w którym udział wziął Pan Andrzej Tytuła Przewodniczący ORPiP w Lublinie.

W siedzibie OIPIP w Lublinie odbyło się posiedzenie Okręgowej Komisji Rewizyjnej w Lublinie, która dokonała okresowej kontroli działalności OIPIP w Lublinie.

11 lutego 2020 r.

W siedzibie Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych odbyło się posiedzenie Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, w którym uczestniczył Pan Andrzej Tytuła Przewodniczący ORPiP w Lublinie.

13 lutego 2020 r.

W siedzibie OIPIP w Lublinie odbyło się posiedzenie Komisji ds. Pomocy Socjalnej podczas, którego członkowie Komisji rozpatrzyli wnioski o przyznanie losowych zapomóg bezwrotnych pielęgniarkom i położnym znajdującym się w trudnej sytuacji losowej.

W siedzibie OIPIP w Lublinie odbyło się posiedzenie Komisji ds. pielęgniarstwa operacyjnego.

W siedzibie OIPIP w Lublinie odbyło się posiedzenie Komisji ds. Nauki Kształcenia Rozwoju Zawodowego podczas, którego członkowie Komisji rozpatrzyli wnioski o dofinansowanie kształcenia podyplomowego.

18 lutego 2020 r.

W Warszawie odbył się Konwent Przewodniczących Okręgowych Rad Pielęgniarek i Położnych, w którym uczestniczył Pan Andrzej Tytuła Przewodniczący ORPiP w Lublinie

19 lutego 2020 r.

W Auli Wykładowej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego odbyła się konferencja zorganizowana przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych pt.: „Zmniejszenie ryzyka zawodowego w pracy pielęgniarki i położnej” w konferencji udział wzięli Pan Andrzej Tytuła Przewodniczący ORPiP w Lublinie, który także był moderatorem sesji oraz Pani Marzena Siek Skarbnik ORPiP w Lublinie.

20 lutego 2020 r.

W siedzibie OIPIP w Lublinie odbyło się posiedzenie Prezydium ORPiP w Lublinie, podczas którego podjęto uchwały w sprawie nadania uprawnień do wykonywania zawodu pielęgniarki i zawodu położnej, wpisu do rejestru członków OIPIP w Lublinie, przyznania losowych zapomóg bezwrotnych oraz dofinansowania do kosztów kształcenia.

W siedzibie OIPIP w Lublinie odbyło się Posiedzenie Kapituły Medalu podczas, którego zostały wybrane kandydatury do przyznania statuetki „Homo res sacra homini!”.

25 lutego 2020 r.

W Urzędzie Marszałkowskim w Lublinie odbyło się posiedzenie Stałego Zespołu Roboczego ds. Polityki i Ochrony Zdrowia Wojewódzkiej Rady Dialogu Społecznego Województwa Lubelskiego, w którym udział wziął Pan Andrzej Tytuła Przewodniczący ORPiP w Lublinie i Pani Marzena Siek Skarbnik ORPiP w Lublinie.

W restauracji Fiesta w Lublinie odbyła się uroczystość pożegnania Pań Pielęgniarek, Położnych, które w 2019 r. odeszły na emeryturę rentę, świadczenie przedemerytalne.

Spotkanie okolicznościowe z okazji przejścia na emeryturę

W dniach 25 i 27 lutego 2020 roku, w Restauracji Fiesta w Lublinie odbyło się uroczyste spotkanie okolicznościowe dedykowane Paniom pielęgniarkom i położnym, które odeszły na rentę, emeryturę i świadczenia przedemerytalne. W sumie w 2019 roku było to 238 pielęgniarek i położnych. Z tej okazji został zorganizowany uroczysty obiad. W ramach podziękowania za wieloletnią pracę na rzecz drugiego człowieka panie pielęgniarki i położne wraz z dyplomem uznania otrzymały pamiątkowy prezent - elegancki komplet garnków. Ideą spotkania było docenienie wkładu pracy i zaangażowania członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Lublinie, którzy formalnie zakończyli jeden z etapów w swoim życiu, etap pracy zawodowej. Uczestniczący w spotkaniu Pan Andrzej Tytuła Przewodniczący ORPiP w Lublinie w kilku ciepłych słowach zwrócił się do Pań pielęgniarek i położnych dziękując im za wszystkie lata ciężkiej i odpowiedzialnej pracy, za prezentowaną postawę, godność oraz wierność idei pielęgniarstwa. Pragniemy podkreślić, że zakończenie etapu pracy zawodowej absolutnie nie musi być czasem wyciszenia swojej aktywności, wręcz przeciwnie, w zależności od preferencji oraz możliwości nasze koleżanki mogą, a nawet powinny pozostać aktywne na tych płaszczyznach życia, które są im szczególnie bliskie do czego gorąco zachęcamy. Wszystkim Paniom życzymy wszelkiej pomyślności i zapraszamy między innymi do spotkań w Klubie Seniora działającym przy ORPiP w Lublinie. Spotkanie okolicznościowe jak co roku zorganizowane i ufundowane zostało z inicjatywy samorządu pielęgniarek i położnych przez Komisję ds. Pomocy Socjalnej działającą przy ORPiP w Lublinie oraz przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Lublinie.



Od lewej: A. Tytuła Przewodniczący ORPiP w Lublinie, A. Kais Wiceprzewodnicząca ORPiP w Lublinie, Przewodnicząca i członkowie Komisji ds. Pomocy Socjalnej.

KALENDARIUM**27 lutego 2020 r.**

W restauracji Fieta w Lublinie odbyła się uroczystość pożegnania Pani Pielęgniarek, Położnych, które w 2019r. odeszły na emeryturę rentę, świadczenie przedemerytalne.

28 lutego 2020 r.

W Urzędzie Marszałkowskim w Lublinie odbyło się posiedzenie Wojewódzkiej Rady Dialogu Społecznego Województwa Lubelskiego, w którym udział wziął Pan Andrzej Tytuła Przewodniczący ORPiP w Lublinie.

3 marca 2020 r.

W siedzibie OIPIP w Lublinie odbyło się spotkanie pielęgniarek środowiskowo-rodzinnych Podstawowej Opieki Zdrowotnej z konsultantem wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego Panią Dorotą Suchodół. Tematem spotkania były sprawy bieżące dotyczące POZ.

4 marca 2020 r.

W siedzibie NRPIP w Warszawie odbyło się posiedzenie Komisji ds. Warunków płacy i pracy, w którym udział wziął Pan Andrzej Tytuła Przewodniczący ORPiP w Lublinie.

9 marca 2020 r.

W siedzibie OIPIP w Lublinie odbyło się spotkanie Pełnomocników ORPiP w Lublinie podczas którego zostały omówione sprawy związane z XXXVI Okręgowym Zjazdem Pielęgniarek i Położnych oraz sprawy bieżące z działalności OIPIP w Lublinie

10 marca 2020 r.

W siedzibie NRPIP w Warszawie odbyło się posiedzenie Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, w którym udział wzięli Pan Andrzej Tytuła Przewodniczący ORPiP w Lublinie.

11-12 marca 2020 r.

W siedzibie NRPIP w Warszawie odbyło się posiedzenie Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, w którym udział wzięli Pan Andrzej Tytuła Przewodniczący ORPiP w Lublinie i Pan Jan Kachaniuk członek ORPiP w Lublinie.

25 marca 2020r.

Przyjęcie i dystrybucja środków dezynfekcyjnych, środków ochrony osobistej; maseczek, rękawic, przyłbic dla pielęgniarek i położnych realizujących świadczenia zdrowotne w formie praktyk zawodowych w ramach: Podstawowej Opieki Zdrowotnej, Pielęgniarskiej Opieki Domowej Długoterminowej, Opieki Domowej Paliatywno-Hospicyjnej, Opieki Domowej nad pacjentami wentylowanymi mechanicznie w warunkach domowych, Hospicjów, Domów Pomocy Społecznej, podmiotów leczniczych z terenu działania OIPIP w Lublinie.

26 marca 2020 r.

W siedzibie OIPIP w Lublinie odbyło się posiedzenie Prezydium ORPiP w Lublinie podczas którego podjęto uchwały dotyczące ochrony pielęgniarek i położnych na czas pandemii.



Uczestniczki spotkania okolicznościowego.



Podziękowanie dla Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Lublinie za zorganizowanie spotkania złożone na ręce Pana Przewodniczącego ORPiP w Lublinie Andrzeja Tytuły.

Fundusz Pomocy COVID-19

REGULAMIN KORZYSTANIA ZE ŚRODKÓW FUNDUSZU COVID-19 PRZEZNACZONEGO NA POMOC DLA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH ZRZESZONYCH W OKRĘGOWEJ IZBIE PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH W LUBLINIE

Załącznik nr 1 do Uchwały nr 53/VII/2020 Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Lublinie z dnia 26 marca 2020 roku

§1

1. Niniejszy regulamin stanowi załącznik do Uchwały nr 53/VII/2020 Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Lublinie z dnia 26 marca 2020 roku (zwaną dalej: Uchwałą), określając sposób i zasady korzystania przez pielęgniarki i położne ze środków funduszu COVID-19 (zwanego dalej: funduszem).
2. O ile w niniejszym regulaminie mowa jest o:
 - a) „uchwale” - rozumie się przez to Uchwałę Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Lublinie;
 - b) „funduszu” – rozumie się przez to Fundusz COVID-19 powołany Uchwałą;
 - c) „epidemii” – rozumie się przez to trwającą na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej epidemię choroby COVID-19, wywołanej wirusem SARS-CoV-2, przy czym stan epidemii został wprowadzony rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 marca 2020r. w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii (Dz. U. z 2020 r., poz. 491). O ile w niniejszym Regulaminie nie wskazano inaczej, stosuje się go również do przyznawania pomocy po zakończeniu epidemii, jednak nie później niż do 31 grudnia 2020 roku;
 - d) „Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych”, „Izbie” – rozumie się przez to Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Lublinie;
 - e) Prezydium – rozumie się przez to Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Lublinie
 - f) „wnioskodawcy” – rozumie się przez to pielęgniarkę bądź położną składającą wniosek o uzyskanie świadczenia z funduszu;
 - g) „świadczeniu” – rozumie się przez to bezzwrotną pomoc udzielaną wnioskodawcy przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w związku z trwającą epidemią.

§2

1. Fundusz tworzą środki finansowe pochodzące z budżetu Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych.
2. Wysokość funduszu wynosi 500.000,00 złotych. (pięćset tysięcy złotych)
3. Funduszem dysponuje Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych.
4. Środki funduszu przeznaczone są na:
 - a) udzielanie pomocy finansowej dla pielęgniarek i położnych, na zasadach wskazanych w niniejszym Regulaminie;
 - b) dokonanie przez Prezydium zakupów materiałowych, w szczególności środków używanych przez pielęgniarki i położne podczas trwania epidemii, rozdzielanych zgodnie z decyzją Prezydium pomiędzy pielęgniarki i położne zrzeszone w Izbie czynnie udzielające świadczeń zdrowotnych, zgodnie z zapotrzebowaniem i w miarę dokonywanych zgłoszeń.

§3

1. O pomoc z funduszu mogą ubiegać się pielęgniarki i położne czynnie udzielające świadczeń zdrowotnych w trakcie trwania w Polsce epidemii.
2. O pomoc może ubiegać się pielęgniarka, położna która:
 - a) należy do Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Lublinie;
 - b) złoży odpowiedni wniosek, o którym mowa w niniejszym Regulaminie.
3. Świadczenie może otrzymać wnioskodawca, który w trakcie trwania epidemii i w związku z nią, bądź po jej zakończeniu, w celu pozyskania niezbędnej pomocy w tym również w celu poratowania zdrowia poniósł wydatki finansowe, w szczególności na:
 - a) porady psychologiczne i psychiatryczne,
 - b) pobyt rekonwalescencyjny,
 - c) inne uzasadnione wydatki powstałe bądź w związku z trwającą epidemią, bądź po jej zakończeniu.
4. O pomoc z Funduszu można ubiegać się w trakcie trwania epidemii, oraz po jej zakończeniu, nie później niż do 31 grudnia 2020 roku.

§4

1. Możliwość skorzystania z pomocy, o której mowa w §3 nie dotyczy pielęgniarek, położnych, które w czasie trwania w Polsce epidemii:
 - a) przebywały na urlopie bezpłatnym;
 - b) przebywały na długotrwałym zasiłku chorobowym (powyżej 30 dni), którego przyczyną była choroba inna niż zakażenie wirusem COVID-19;
 - c) przebywały na zasiłku rehabilitacyjnym, opiekuńczym;

d) korzystały z urlopu macierzyńskiego, rodzicielskiego, wychowawczego;

§5

1. Wniosek o przyznanie świadczenia stanowi załącznik numer 1 do niniejszego Regulaminu. Wraz z wnioskiem składa się bezpośrednio dokumenty potwierdzające poniesienie wydatków.
2. Wniosek składa się bezpośrednio w siedzibie Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Lublinie, bądź przesyłając dokumenty za pośrednictwem poczty.
3. Dokumentem potwierdzającym poniesienie wydatków stanowią rachunki, faktury i inne dokumenty potwierdzające poniesienie określonych wydatków, wystawione imiennie.
4. Dokumenty o których mowa w ust. 3 powyżej składa się w oryginale.

§6

1. Wniosek rozpatrywany jest przez Prezydium niezwłocznie, nie później niż w terminie 14 dni od jego wpływu.
2. Rozpatrzeniu podlegają tylko prawidłowo złożone, wypełnione oraz kompletne wnioski, zgodne z niniejszym Regulaminem. W przypadku stwierdzenia jakichkolwiek braków, Prezydium pozostawia wniosek bez rozpoznania.
3. Po rozpatrzeniu wniosku, w przypadku jego zasadności i zgodności z niniejszym Regulaminem, Prezydium w składzie co najmniej 5 osób zatwierdza udzielenie pomocy z funduszu.

§7

1. Świadczenie może być przyznane każdej pielęgniarce i położnej jednorazowo.
2. Jednorazowa wysokość świadczenia wynika ze złożonych dokumentów, przy czym nie może ono wynieść więcej niż 1000 złotych (jeden tysiąc złotych).
3. Uzyskanie świadczenia z funduszu nie stoi na przeszkodzie uzyskiwaniu innych środków finansowych z Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Lublinie, w tym w szczególności przyznawanych przez Komisję Socjalną.

§8

Świadczenie przyznane na podstawie nieprawdziwych sfałszowanych bądź zatajonych informacji podlega natychmiastowemu zwrotowi. W przypadku, gdyby Wnioskodawca nie zwrócił świadczenia, o którym mowa w zdaniu poprzedzającym, Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Lublinie przysługuje prawo do skierowania sprawy na drogę postępowania prokuratorskiego lub sądowego.

§9

1. Zatwierdzenie udzielenia pomocy, o którym mowa w § 5 ust. 3 jest decyzją ostateczną i nie podlega zaskarżeniu.
2. Wypłata środków odbywa się po decyzji Prezydium na wskazany we wniosku numer konta bankowego w terminie 7 dni od zaakceptowania wniosku.

§10

1. Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych może podjąć decyzję o dokonaniu, ze środków Funduszu, zakupów materiałowych wszelkich materiałów używanych przez pielęgniarki i położne, w szczególności środków ochrony indywidualnej (np.: masek, przyłbic, fartuchów, środków dezynfekcji, rękawiczek i innych podobnych).
2. Prezydium dokonuje podziału zakupionych środków we własnym zakresie, zgodnie z przyjętym każdorazowo sposobem podziału, bacząc, by środki były rozdzielane równomiernie pomiędzy pielęgniarki i położne ze szczególnym uwzględnieniem zwiększonego zużycia tych środków, związanego z trwającą epidemią.

§11

Niniejszy Regulamin wchodzi w życie z dniem podjęcia uchwały przez Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Lublinie.

Przewodniczący
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych
w Lublinie
(-) Andrzej Tytuła

Opinia prawna dotyczy nakazania przejścia na bezpłatny urlop

Pytanie: Czy pracodawca może nakazać pracownikom przejścia na bezpłatny urlop? Otóż pracuje w szkole jako pielęgniarka szkolna i ze względu na zaistniałą sytuację aktualnie nie mam możliwości wykonywania swoich obowiązków, a pracodawca nie jest w stanie znaleźć mi innego sposobu wykonywania pracy. Czy w takim przypadku muszę przejść na bezpłatny urlop?

Odpowiedź:

W odpowiedzi na Pani zapytanie wskazuję, iż pracodawca nie może Pani zmusić do wzięcia urlopu bezpłatnego.

Urlop jest świadczeniem, którego pracodawca udziela w porozumieniu z pracownikiem. Wyjątek stanowią: tzw. urlop zaległy (przysługujący na mocy art. 168 Kodeksu pracy) lub urlop w okresie wypowiedzenia (art. 167[1] Kodeksu pracy), kiedy to pracodawca może jednostronnie zdecydować o tym, że pracownik będzie wykorzystywał urlop.

W kodeksie pracy jest mowa o zobowiązaniach pracodawcy względem pracownika w sytuacji, gdy trzeba tymczasowo zamknąć zakład pracy. W razie przestoju osoba zatrudniona zachowuje prawo do wynagrodzenia. Jego wysokość może zostać obniżona, jeżeli w umowie nie określono stawki godzinowej, ani miesięcznej. Zgodnie z art. 81. par. 1 Kodeksu pracy kwota pensji wypłacanej w takim przypadku nie może być jednak niższa od minimalnego wynagrodzenia za pracę.

Pracownikowi kodeksowemu, który jest gotowy do świadczenia pracy, nawet gdy ta nie może być świadczona z przyczyn dotyczących pracodawcy, przysługuje wynagrodzenie wynikające z jego osobistego zaszczerowania, określonego stawką godzinową lub miesięczną, a jeżeli taki składnik wynagrodzenia nie został wyodrębniony przy określaniu warunków wynagradzania, pracownik zachowuje prawo do 60% wynagrodzenia.

Pracodawca może tylko w dwóch przypadkach zobowiązać pracownika do wykorzystania urlopu wypoczynkowego: w okresie wypowiedzenia lub gdy zbliża się okres wykorzystania zaległego urlopu – przypomina Katarzyna Siemienkiewicz, ekspertka ds. prawa pracy z organizacji Pracodawcy RP. – W każdym innym przypadku urlopu udziela się na wniosek pracownika. Pracownik sam może zawnieść, aby pracodawca udzielił mu w tej sytuacji urlopu.

Piotr Widomski
advokat

Warszawa 08.04.2020 r.

OPINIA PRAWNA

w sprawie przeniesienia lub skierowania położnej do pracy na stanowisko pielęgniarki w związku z przekształceniem dotychczasowego szpitala wielospecjalistycznego w jednoimienny szpital zakaźny i likwidacji oddziałów ginekologicznych i położniczych

Przedmiot opinii:

Przedmiotem opinii jest udzielenie odpowiedzi na następujące pytania:

Czy położna może zostać przesunięta do pracy przez pracodawcę lub skierowana przez Wojewodę lub Ministra Zdrowia do opieki nad osobami zakażonymi wirusem SARS CoV-2, innymi niż kobiety w ciąży, porodzie lub połogu lub objęta opieką ginekologiczną?

Czy położna może odmówić pracodawcy lub Wojewodzie lub Ministrowi Zdrowia pracy na stanowisku pielęgniarki w celu opieki nad każdą osobą zakażoną wirusem SARS CoV-2?

Wstęp

1. Pracodawca ma prawo w drodze polecenia pracowniczego przeniesienia położnej do innej pracy niż określonej w umowie o pracę, w zakresie opieki nad kobietą w ciąży, porodu lub połogu oraz w ginekologii i ginekologii-onkologicznej oraz noworodkiem - podejrzanych lub zakażonych wirusem SARS CoV-2 na podstawie art. 42 § 4 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeksu pracy, tekst jedn. Dz.U.2019.1040, dalej: kp: „(...) w przypadkach uzasadnionych potrzebami pracodawcy, innej pracy niż określona w umowie o pracę na okres nieprzekraczający 3 miesięcy w roku kalendarzowym, jeżeli nie powoduje to obniżenia wynagrodzenia i odpowiada kwalifikacjom pracownika”.

Z powyższego wynika, że pracodawca ma prawo przenieść położną na inne stanowisko pracy tylko pod warunkiem spełnienia się łącznie czterech ustawowych przesłanek:

- 1) musi być to uzasadnione potrzebami pracodawcy,
 - 2) nie powoduje to obniżenia wynagrodzenia pracownika,
 - 3) odpowiada kwalifikacjom pracownika,
 - 4) powierzenie innej pracy w roku kalendarzowym nie może przekraczać trzech miesięcy.
- Oznacza to, że jeżeli są spełnione te cztery wyżej wymienione przesłanki - położna nie może odmówić pracodawcy podjęcia się wykonywania pracy, innej niż dotychczas wykonywanej.

2. Wojewoda lub Minister Zdrowia w drodze wydanej decyzji administracyjnej ma prawo skierować położną do opieki nad kobietą w ciąży, porodzie lub połogu oraz w zakresie opieki ginekologicznej i ginekologiczno-onkologicznej oraz noworodkiem - zakażonych wirusem SARS CoV-2 na podstawie art. 47 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi tekst jedn. Dz.U.2019.1239, dalej: ustawa o chorobach zakaźnych: 1. Pracownicy podmiotów leczniczych, osoby wykonujące zawody medyczne oraz osoby, z którymi podpisano umowy na wyko-

nywanie świadczeń zdrowotnych, mogą być skierowani do pracy przy zwalczaniu epidemii. Do pracy przy zwalczaniu epidemii mogą być skierowane także inne osoby, jeżeli ich skierowanie jest uzasadnione aktualnymi potrzebami podmiotów kierujących zwalczaniem epidemii.

Uzasadnienie

Polski ustawodawca wypracował ustawową definicję zawodu medycznego, zgodnie z którą, przez osobę wykonującą zawód medyczny należy rozumieć „osobę, która na podstawie odrębnych przepisów uprawniona jest do udzielania świadczeń zdrowotnych, oraz osobę legitymującą się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny” (art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, tekst jedn. Dz.U. z 2020 r. poz. 295, dalej: u.dz.l.). Pojęcie „świadczenie zdrowotne” zostało zdefiniowane ogólnie jako działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania (art. 2 ust. 1 pkt 10 u.dz.l.).

Ustawodawca zawężył zakres pojęcia świadczenia zdrowotnego w odniesieniu do zawodu pielęgniarki wskazując, iż jego wykonywanie polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w szczególności w zakresie określonym w art. 4 ust. 1 i art. 15a i 15 b ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (t.j. Dz.U. z 2020r., poz. 562, dalej: u.z.p.p.), a w odniesieniu do zawodu położnej w zakresie określonym w art. 5 ust.1 u.z.p.p. i art. 15a i 15 b u.z.p.p.

Stwierdzenie przez samorząd zawodowy prawa wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej wymaga bezwzględnego spełnienia ustawowych przesłanek, w tym okazania formalnego dokumentu poświadczającego uzyskania kwalifikacji zawodowych po ukończeniu szkoły pielęgniarskiej lub szkoły położniczych, zgodnie z przyjętym systemem kształcenia przeddyplomowego (art. 28 w zw. z art. 52 u.z.p.p. oraz art. 31 w zw. z 53 u.z.p.p.). Polski system kształcenia przeddyplomowego w zawodzie pielęgniarki i położnej jest zgodny z dyrektywą 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 7 września 2005 r. w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych (Dz. Urz. UE L 255 z 30.09.2005 z późn. zm.) - wdrożonej jako jeden z elementów zapewnienia swobodnego przepływu osób w ramach działalności prawa unijnego. Tym samym, w szkole pielęgniarskiej lub szkole położniczych - studentki

► **Ciąg dalszy na str. 17**

i studenci - nabywają kwalifikacje zawodowe w różnych obszarach procesu udzielania świadczeń zdrowotnych.

Proces poszerzania kwalifikacji zawodowych i nabywania umiejętności oraz kompetencji - następuje w ramach kształcenia podyplomowego (art. 61 u.z.p.p.) - w zakresie określonym przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 września 2016 r. w sprawie kształcenia podyplomowego pielęgniarzek i położnych, Dz.U. z 2016.1761 oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 12 grudnia 2013 r. w sprawie wykazu dziedzin pielęgniarstwa oraz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w których może być prowadzona specjalizacja i kursy kwalifikacyjne, Dz.U.2013.1562. Nabywanie umiejętności i kompetencji zawodowych w zakresie kształcenia podyplomowego jest wyraźnie ograniczone w/w aktach prawnych do wiedzy specjalistycznej zgodnej z zakresem przedmiotowym definicji zawodu położnej, o której mowa w art. 5 ust. 1 u.z.p.p.

Jednocześnie biorąc pod uwagę niezbędne kwalifikacje zawodowe oraz wymagany zakres umiejętności i obowiązków, minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, doprecyzowuje kompetencje pielęgniarzek i położnych w drodze rozporządzenia z Ministra Zdrowia z 28.02.2017 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego Dz.U.2017.497).

Niewątpliwie, zarówno zawód położnej, jak i zawód pielęgniarki polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Do wyłącznej kompetencji położnej należą świadczenia zdrowotne w zakresie opieki nad kobietą w okresie ciąży, porodu fizjologicznego, porodu i opieki nad noworodkiem oraz opieki nad kobietą przez cały okres życia z zakresu ginekologii. Natomiast do wyłącznej kompetencji pielęgniarki należy stawianie diagnozy pielęgniarskiej i planowanie i sprawowanie opieki pielęgnacyjnej nad pacjentami w pozostałych dziedzinach medycyny. Zarówno osoba wykonująca zawód położnej, jak i pielęgniarki udziela świadczeń zdrowotnych na podstawie zlecenia lekarskiego, lub bez zlecenia lekarskiego w granicach określonych przepisami prawa (art. 2 w zw. z art. 4-6 i art.15a i art.15 b u.z.p.p.) - przy zachowaniu ustawowych pryncypiów: z należytą starannością, zgodnie z zasadami etyki zawodowej, poszanowaniem praw pacjenta, dbałością o jego bezpieczeństwo, wykorzystując wskazania aktualnej wiedzy medycznej oraz zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami zawodowymi (art. 11 ust.1 i art. 12 ust. 1 u.z.p.p.). „**Pielęgniarka i położna są obowiązane, zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami zawodowymi, do udzielenia pomocy w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować stan nagłego zagrożenia zdrowotnego** (art. 12 ust. i u.z.p.p.). Ustawodawca wyraźnie wskazuje, że w sytuacji kiedy wykonanie zlecenia lekarskiego nie jest zgodne z kwalifikacjami ustawowymi - osoba wykonująca zawód położnej lub pielęgniarki - ma ustawowy obowiązek odmówić wykonania zlecenia lekarskiego zachowując tryb postępowania określony w art. 12-13 i art.15 u.z.p.p.). Zasada ta ma oczywiście odniesienie do czynności medycznych wykonywanych bez zlecenia lekarskiego.

Wykonanie czynności zawodowych przez osoby nie posiadające wymaganych kwalifikacji zawodowych stanowi podstawę odpowiedzialności cywilnej i zawodowej, w sytuacjach wskazanych w art. 84, art. 86. i art. 87.u.z.p.p.

Nie przekonuje głoszony w przestrzeni publicznej pogląd, że skoro położna może wykonać określone czynności medyczne wobec kobiety (np. wykonanie iniekcji, podłączanie kroplówki, podawanie tlenu, opieka pielęgnacyjno-opiekuńcza, czy asystowanie przy zabiegu operacyjnym - cięcia cesarskiego) - to może również czynności te wykonywać wobec kobiety lub mężczyzny w innej dziedzinie medycyny. Pogląd ten prowadzi do niezgodnego ze stanem prawnym zupełnego zatarcia różnicy pomiędzy zawodami pielęgniarki i położnej, skoro bowiem położna miałaby legalnie udzielać takich świadczeń zdrowotnych, jak rozpoznawanie warunków i potrzeb zdrowotnych oraz problemów pielęgnacyjnych każdego pacjenta zakażonego wirusem SARS CoV-2, który należy do uprawnień pielęgniarki, to wypadałoby uznać, że w zakres przedmiotowy definicji zawodu położnej wchodziły typowe pielęgniarskie zabiegi, do których położne nie nabyły kwalifikacji zawodowych, ani w ramach kształcenia przeddyplomowego, ani podyplomowego.

Oczywiście nie są zupełnie pozbawione znaczenia uwagi dotyczące nakładania się kompetencji położnej i pielęgniarki w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych w przywołanych powyżej rozporządzeniach wykonawczych. Wypada uznać, że nawet jeżeli położna udziela świadczeń zdrowotnych zgodnie z zakresem przedmiotowym swojego zawodu, to nie ozna-

cza to, że położna w żadnym wypadku nie może udzielić pomocy medycznej, np. mężczyźnie mającego atak padaczki. Taki obowiązek wynika z ogólnych zasad niesienia pomocy medycznej w stanach bezpośredniego zagrożenia życia lub zdrowia człowieka.

Nie zmienia to jednak faktu, że celem podejmowanych przez położne działań medycznych jest w szczególności prowadzenie ciąży i porodu fizjologicznego, oraz monitorowanie płodu z wykorzystaniem aparatury medycznej, opieka nad położnicą oraz noworodkiem oraz opieka nad kobietą w obszarze ginekologii.

Warto zwrócić uwagę, że podobnych wątpliwości w zakresie uprawnień zawodowych nie ma na gruncie wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentystry. Samorząd zawodowy lekarzy wypowiedział się w tej kwestii jednoznacznie, że lekarz i lekarz dentysta są to różne zawody medyczne i nakładanie się kompetencji nie zmienia faktu, że do wyłącznej kompetencji lekarza dentystry należą świadczenia zdrowotne w zakresie chorób zębów (zob. E. Zielińska, Komentarz do art. 2 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry, LEX/el, 2014). Tylko lekarzowi dentyście należałoby też pozostawić prawo podejmowania zabiegów w sytuacji, gdy celem procedury medycznej jest nie tyle leczenie zębów, ile poprawienie sprawności narządu zucia i estetyki uzębienia (Orzeczenie SN z dnia 27 lutego 2018 r. SDI 119/17 Świadczenia zdrowotne w zakresie chorób zębów a zakres wyłącznych kompetencji lekarza dentystry. Opublikowano: LEX nr 2499884).

Wnioski

1. Przeniesienie położnej do pracy przez pracodawcę lub skierowanie przez wojewodę lub Ministra Zdrowia do opieki nad osobami zakażonymi wirusem SARS CoV-2, innymi niż kobiety w ciąży, porodzie lub porożu lub objęte opieką ginekologiczną- jest niezgodne z posiadanymi przez nią kwalifikacjami zawodowymi.
2. Zgodnie z obowiązującym obecnie stanem prawnym położna może odmówić pracodawcy lub wojewodzie lub Ministrowi Zdrowia pracy na stanowisku pielęgniarki w celu opieki nad osobami zakażonymi wirusem SARS CoV-2.
3. Zawód pielęgniarki i zawód położnej to samodzielne dwa zawody medyczne, uregulowane w jednej ustawie. Identyfikacja, w jednym akcie prawnym uregulowano dwa różne zawody lekarskie: lekarza i lekarza dentystry.
4. „Zawód pielęgniarki” i „zawód położnej” są jednoznacznie zdefiniowane w przepisach ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej, poprzez arbitralne ustalenie określonych cech zawodu i przyjęcie rozwiązań regulujących sposób posługiwania się nazwą tych zawodów. Wybór cech zawodu pozwalającego odróżnić zawód pielęgniarki od innych zawodów medycznych, w tym od zawodu położnej dokonano w oparciu o ustalenia prawno-administracyjne.
5. Społeczny podział pracy na czynności pielęgniarskie i położnicze (tj. zbiór zdań), wynika przede wszystkim z przepisów prawnych regulujących warunki i zasady wykonywania tych zawodów.
6. Dana czynność może być uznana za pielęgniarskie świadczenie zdrowotne tylko wtedy, gdy jest ona profesjonalnie (zawodowo) wykonywana (art. 4 u.z.p.p. oraz art. 17 ust. 1 pkt 3 u.dz.l.). Jeżeli pielęgniarskie świadczenie zdrowotne może być wykonywane wyłącznie przez osoby wykonujące zawód pielęgniarki, to w zakres tego pojęcia powinny wchodzić te czynności, do wykonywania których ta osoba posiada odpowiednie kwalifikacje zawodowe. Pielęgniarskie świadczenia zdrowotne mogą udzielać tylko osoby, na których ciąży obowiązek osobistego wykonywania zawodu.
7. Jeżeli osoby wykonujące zawód położnej, lekarza dentystry czy inny zawód medyczny miałyby być przeniesione do pracy przez pracodawcę lub skierowane przez wojewodę lub Ministra Zdrowia do opieki nad każdą osobą zakażoną wirusem SARS CoV-2 - niezbędne jest w tym zakresie podjęcie czynności w zakresie zapewnienia im stanowiskowych szkoleń i wprowadzenia zmian do obowiązującego porządku prawnego.
8. **Zwracam uwagę, że nie ma obecnie podstaw prawnych, aby inne zawody medyczne udzielały świadczeń zdrowotnych pod nadzorem pielęgniarki.**
9. Przypomnę, iż skierowanie do pracy lekarzy stażystów i lekarzy rezydentów wiązało się z koniecznością wprowadzenia stosownych zmian ustawowych. Nastąpiło to na podstawie ustawy z dnia 28 marca 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w zakresie systemu ochrony zdrowia związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, Dz.U.2020.567.

OPINIA PRAWNA

w przedmiocie oddelegowywania pielęgniarek i położnych przez pracodawców do pracy w związku ze stanem epidemii, do opieki nad pacjentami podejrzanymi o zakażenie koronawirusem.

Przedmiot i cel opinii:

Przedmiotem opinii jest udzielenie odpowiedzi na następujące pytanie:

„Czy pielęgniarka lub położna może odmówić pracodawcy w momencie, kiedy przesuwana jest do opieki nad osobami z podejrzeniem koronawirusa? To zapytanie wynika z braku personelu, który przebywa na zwolnieniach lekarskich, a ma być zastąpiony przez pozostający w dyspozycji personel”.

Celem niniejszej opinii jest udzielenie jednoznacznej odpowiedzi, kiedy pielęgniarka lub położna można powierzyć sprawowanie opieki nad osobami podejrzanymi o zakażenie koronawirusem bez potrzeby uzyskania od niej zgody, a kiedy trzeba od niej uzyskać taką zgodę, oraz w jakich okolicznościach pielęgniarki lub położne są zwolnione z obowiązku opieki nad osobami podejrzanymi o zakażenie koronawirusem z mocy prawa.

I. Podstawy prawne:

Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy, tekst jedn. Dz.U.2019.1040, dalej: kp;
Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny, tekst jedn. Dz.U.2019.1145, dalej: kc;
Ustawa z dnia 20 maja 1971 r. Kodeks wykroczeń, tekst jedn. Dz.U.2019.821, dalej: kw;
Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, tekst jedn. Dz.U.2019.1239, dalej: ustawa o chorobach zakaźnych;
Ustawa z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych, Dz.U.2020.374, dalej: ustawa kryzysowa.

II. Wstęp

Generalnie można wskazać na dwa różne reżimy prawne przewidujące możliwość powierzenia osobom wykonującym zawód pielęgniarki lub położnej pracy polegającej na sprawowaniu opieki nad osobami podejrzanymi o zakażenie koronawirusem:

Stosunki zobowiązaniowe - czyli w ramach dotychczasowego zatrudnienia w podmiocie leczniczym, gdzie praca jest wykonywana na podstawie:

umowy o pracę, tj. pomiędzy pracownikiem i pracodawcą.

umowy cywilnej, tzw. umowy o świadczenie usług (kontrakt):

· świadczeniodawca (podmiot zatrudniający) - pielęgniarka wykonująca zawód w ramach indywidualnej/specjalistycznej praktyki zawodowej wyłącznie w zakładzie podmiotu leczniczego, tzw. samozatrudnienia;

· świadczeniodawca (podmiot zatrudniający)-pielęgniarka jako osoba fizyczna;

Reżim publicznoprawny, czyli tryb administracyjnoprawny - na podstawie decyzji wojewody o skierowaniu pielęgniarki do pracy przy zwalczaniu epidemii, bez względu na dotychczasową formę wykonywania zawodu.

III. Zatrudnienie pielęgniarki lub położnej na podstawie umowy o pracę i prawo pracodawcy do powierzenia pracownikowi innych zadań, niż przewidziane przez umowę o pracę.

1. Powierzenie pracownikowi innej pracy według przepisów kodeksu pracy

Pracodawca ma prawo wyznaczyć zadania pracownika w granicach uzgodnionego rodzaju pracy w umowie o pracę.

Rodzaj pracy może być określony szeroko, poprzez wskazanie na zawód, czyli rodzaj wykonywanej pracy - pielęgniarka lub położna. Wówczas miejscem wykonywania pracy może być każda jednostka organizacyjna podmiotu leczniczego, jeżeli zatrudnienie będzie zgodne z posiadanymi kwalifikacjami zawodowymi i stanem zdrowia pielęgniarki lub położnej.

Rodzaj pracy może być wskazany w sposób bardziej zawężający poprzez wskazanie oprócz zawodu - pielęgniarka lub położna, jej specjalizacji np. rodzaju wykonywanej pracy, specjalista z zakresu pielęgniarstwa chirurgicznego, albo bardziej precyzyjne określenie rodzaju wykonywanych czynności.

Natomiast pracodawca zawsze może, w razie uzasadnionej potrzeby pracodawcy, skorzystać z regulacji art. 42 § 4 kp. stanowiącej wyjątek od ogólnych zasad, który przewiduje możliwość czasowego (na okres nie dłuższy niż trzy miesiące) powierzenia pracownikowi innej pracy, niż przewidziana w umowie o pracę z zachowaniem wynagrodzenia w co najmniej dotychczasowym wymiarze. Czyli np. pielęgniarka dotychczas wykonująca zawód na oddziale pediatrycznym zostaje przeniesiona do pracy na oddział zakaźny, w tym powierza się jej opiekę nad osobami podejrzanymi o zakażenie koronawirusem. To samo dotyczy położnych.

Pracodawca ma prawo powierzyć pracownikowi wykonywanie pracy innego rodzaju, niż określonej w umowie o pracę, pod warunkiem spełnienia się łącznie czterech ustawowych przesłanek:

- 1) musi być to uzasadnione potrzebami pracodawcy,
- 2) nie powoduje to obniżenia wynagrodzenia pracownika,
- 3) odpowiada kwalifikacjom pracownika,

4) powierzenie innej pracy w roku kalendarzowym nie może przekraczać trzech miesięcy. Oznacza to, że jeżeli są spełnione te cztery wyżej wymienione przesłanki - pielęgniarka lub położna nie może odmówić pracodawcy podjęcia się wykonywania pracy, innej niż dotychczas wykonywanej.

2. Uzasadnione potrzeby pracodawcy i stan epidemii wynikający z zagrożenia rozprzestrzenienia się zakażeń wirusem SARS CoV-2

Przeniesienie pielęgniarki lub położnej do innej, niż dotychczas wykonywanej pracy musi być podyktowane „uzasadnionymi potrzebami pracodawcy”. Przepisy nie precyzują, jakie potrzeby pracodawcy uznać należy w tym przypadku za uzasadnione. Przez takie potrzeby pracodawcy z reguły rozumie się potrzeby wynikające z konieczności zapewnienia realizacji zadań zakładu pracy lub jego części, których niewykonanie naraziłoby pracodawcę na szkodę. Brak jest wymagań, by potrzeby zakładu pracy ograniczać tylko do potrzeb jednostki organizacyjnej (komórki, placówki) zakładu pracy, do której pracownik został skierowany. Potrzeby zakładu pracy należy rozumieć szeroko, a więc są to potrzeby zakładu pracy jako całości¹

W związku z wprowadzonym w Polsce stanem epidemii **publiczne podmioty lecznicze są obowiązane do wykonania zadań związanych z przeciwdziałaniem COVID-19, zgodnie z przepisami ustawy kryzysowej**. Zaistnienie ekstraordynaryjnej sytuacji wynikającej z zagrożenia rozprzestrzenienia się zakażeń wirusem SARS CoV-2 i koniecznością wprowadzenia szczególnych rozwiązań organizacyjnych w publicznych podmiotach leczniczych jest ustawową przesłanką „uzasadnionych potrzeb pracodawcy” i kierowania pracownikami do wykonywania innych zadań niż dotychczas, zgodnie z posiadanymi przez nich kwalifikacjami i stanem zdrowia (art. 10 ustawy kryzysowej).

Wykazanie istnienia uzasadnionej potrzeby w razie ewentualnego sporu z pracownikiem obciąża pracodawcę (art. 6 KC w zw. z art. 300 KP).

3. Adekwatność posiadanych kwalifikacji

Pielęgniarka lub położna może zostać przeniesiona tylko do takiego rodzaju pracy, która odpowiada kwalifikacjom pracownika, a więc nie może przekraczać jego kwalifikacji, ale jednocześnie posiadane kwalifikacje powinny znaleźć odpowiednie wykorzystanie przy wykonywanej pracy. Praca powierzona pracownikowi na okres przejściowy powinna być zgodna z posiadanymi przez niego kwalifikacjami, niekoniecznie jednak z tymi, jakich wymaga rodzaj pracy określony umową o pracę². Jedno miejsce pracy i stanowisko pracy z reguły nie będzie wypełniało zakresu pojęcia pracy zgodnej z poziomem posiadanych kwalifikacji³. Pracą odpowiednią do kwalifikacji pracownika jest praca, która ich nie przekracza i przy której te kwalifikacje znajdują choćby częściowe zastosowanie.

Należy także pamiętać, że pod pojęciem kwalifikacji, istotnym dla określenia rodzaju pracy wykonywanej przez daną pielęgniarkę lub położną u pracodawcy, należy rozumieć nie tylko przygotowanie zawodowe danej osoby - jej formalne wykształcenie, zdobyte doświadczenie i praktyki zawodowe⁴ i potrzebne umiejętności, ale także właściwości psychofizyczne pracownika, predyspozycje psychiczne oraz zdolności do wykonywania określonych czynności z punktu widzenia zdrowia fizycznego i psychicznego. Zgodnie z art. 229 § 1 pkt. 2 kp badaniom lekarskim podlegają pracownicy przenoszeni na stanowiska pracy, na których występują czynniki szkodliwe dla zdrowia lub warunki uciążliwe. Jeżeli lekarz medycyny pracy orzeknie czasowe lub trwałe przeciwwskazania do wykonywania prac na danym stanowisku pracy, pracownicy nie mogą wykonywać tych prac (art. 10 ust. 1 ustawy o chorobach zakaźnych). Pracodawca lub zlecający wykonanie prac jest obowiązany, z zachowaniem poufności, niezwłocznie odsunąć pracownika lub wykonującego prace od wykonywania tych prac.

Ponad wszelką wątpliwość, pracodawca powinien rozemniać, czy pracownikowi ze względu na jego wiek i obciążenie zdrowotne można powierzyć czasowo nowe obowiązki.

4. Okres przeniesienia

Powierzenie pracownikowi innej pracy może nastąpić na okres nieprzekraczający trzech miesięcy w roku kalendarzowym. Z uprawnienia tego pracodawca może skorzystać jednorazowo (przez okres kolejnych 3 miesięcy) lub kilka razy (na okresy trwające łącznie nie dłużej niż trzy miesiące). W praktyce, jeżeli wszystkie przesłanki powierzenia innej pracy są spełnione, pracodawca może taką pracę powierzyć w ostatnich trzech miesiącach jednego roku kalendarzowego oraz ponownie w pierwszych trzech miesiącach następnego roku kalendarzowego.

► **Ciąg dalszy na str. 19**

¹ Wyrok SN z 8.8.1979 r., I PR 55/79, OSNC 1980, Nr 1-2, poz. 30;

² Wyrok SN z 8.05.1997 r., I PKN 131/97, OSNP 1998/6, poz. 178.; Wyrok SN z 4.10.2000 r., I PKN 61/00, Pr. Pracy 2001, Nr 5, s. 33).

³ Wyrok SA w Poznaniu z 25.01.2017 r., III AUa 560/16, LEX nr 2265714.

⁴ Wyrok SA w Szczecinie z 20.06.2017 r., III AUa 895/16, LEX nr 2338473.

5. Tryb przeniesienia i środki odwoławcze

Pracodawca powierzając pracownikowi inną pracę, nie musi wręczać mu wypowiedzenia zmieniającego. Wystarczy, że wyda mu polecenie, które również niekoniecznie musi być w formie pisemnej⁵, ani zawierać uzasadnienia, nie wymaga uprzedniej konsultacji z reprezentującą pracownika organizacją związkową, a pracodawca nie ma obowiązku informowania pracownika o możliwości odwołania się do sądu⁶.

Od polecenia powierzającego inną pracę nie przysługują odwołanie do sądu⁷.

Dlatego jeżeli wymienione powyżej przesłanki są spełnione, odmowa spełnienia polecenia pracodawcy stanowi naruszenie obowiązków pracowniczych. W niektórych okolicznościach może być również ciężkim naruszeniem, uzasadniającym natychmiastowe rozwiązanie stosunku pracy w oparciu o art. 52 k.p.

6. Konsekwencje prawne dla pielęgniarki lub położnej w sytuacji odmowy przeniesienia

Pracownik ma prawo utrzymywać, że powierzenie mu okresowo innej pracy niż określona w umowie o pracę nie jest podyktowane uzasadnionymi potrzebami pracodawcy, czy też nie odpowiada kwalifikacjom pracownika. W sytuacji zaistnienia sporu pomiędzy pielęgniarką lub położną i pracodawcą mogą jednak zaistnieć poważne konsekwencje dla pracownika.

Odmowa przez pielęgniarkę lub położną świadczenia pracy nowo powierzonej może stanowić podstawę pozbawienia pracownika prawa do wynagrodzenia za czas niewykonania pracy⁸. Ponadto, odmowa przez wyżej wymienione osoby podjęcia pracy powierzonej może stanowić przyczynę uzasadniającą rozwiązanie umowy o pracę na podstawie art. 52 k.p. (tzw. zwolnienie dyscyplinarne).

Podmiotem, który może rozstrzygnąć kwestie sporne w związku z powierzeniem pielęgniarki lub położnej innej pracy jest sąd pracy⁹. W takim przypadku, sąd będzie ocenił czy były podstawy do powierzenia pracownikowi innej pracy i czy w związku z tym, odmowa przez pracownika podjęcia nowo powierzonych obowiązków pracowniczych mogła uzasadniać jego zwolnienie z pracy w trybie art. 52 k.p.¹⁰. Sąd będzie dokonywał oceny zachowania pracownika, który odmówił podjęcia pracy powierzonej przez przyzmat naruszenia obowiązku wykonywania poleceń przełożonych dotyczących pracy, które nie są sprzeczne z przepisami prawa lub umową o pracę (art. 100 § 1 k.p.)¹¹.

Ustawodawca nie przewidział w kodeksie pracy odszkodowania z tytułu niezgodnego z prawem powierzenia pracownikowi pracy na zasadach art. 42 § 4 k.p. Pracownik, może ewentualnie dochodzić naprawienia szkody na ogólnych zasadach przewidzianych w kodeksie cywilnym¹².

7. Brak spełnienia warunków BHP na nowym, czasowo powierzonym stanowisku pracy, a odmowa świadczenia pracy na nowym stanowisku

Zgodnie z art. 210 § 1 - 3 k.p., jeśli warunki pracy nie odpowiadają przepisom bezpieczeństwa i higieny pracy i stwarzają bezpośrednie zagrożenie dla zdrowia lub życia pracownika, pracownik ma prawo powstrzymać się od wykonywania pracy. Jeżeli powstrzymanie się od wykonywania pracy nie usuwa zagrożenia, o którym mowa powyżej, pracownik ma prawo oddalić się z miejsca zagrożenia. Pracownik nie może ponosić jakichkolwiek niekorzystnych dla niego konsekwencji z powodu powstrzymania się od pracy lub oddalenia się z miejsca zagrożenia w powyżej wskazanych wypadkach, a w szczególności nie można mu wypowiedzieć umowy o pracę. Jednocześnie pracownik zachowuje, za okres powstrzymania się od świadczenia pracy, wynagrodzenie.

Jednakże zgodnie z art. 210 § 5 kp, powyżej opisane uprawnienia nie przysługują pracownikom, do których obowiązków należy ratowanie zdrowia i życia ludzkiego.

Zgodnie z orzecznictwem Sądu Najwyższego: „Praca szpitalnego personelu medycznego odbywa się z natury rzeczy w warunkach bezpośredniego zagrożenia dla zdrowia czy nawet życia ludzkiego”. Sąd Najwyższy stwierdził, że personelowi lekarsko pielęgniarskiemu w zakresie obowiązków pracowniczych nie przysługują uprawnienia do powstrzymania się od wykonywania pracy niebezpiecznej (art. 210 § 5 w zw. z art. 210 § 1 kp), przysługującego ogółowi zatrudnionych. „Niejako w zamian, musi na szpitalu jako na pracodawcy, spoczywać zwiększone ryzyko odpowiedzialności za ewentualne zakażenia personelu medycznego”¹³.

Pracodawca powinien dopełnić obowiązków wynikających z art. 229 §1 pkt. 2 kp w zw. z art. to ust.1 ustawy o chorobach zakaźnych, tj. mieć na względzie, że wstępnym badaniem lekarskim podlegają pracownicy przenoszeni na stanowiska pracy, na których występują czynniki szkodliwe dla zdrowia lub warunki uciążliwe. Osoby, u których orzeczono czasowe lub trwale przeciwwskazania do wykonywania prac, określonych na podstawie art. 10 ust. 2 pkt 5 ustawy o chorobach zakaźnych, nie mogą wykonywać tych prac. Pracodawca lub zlecający wykonanie prac jest obowiązany, z zachowaniem poufności, niezwłocznie odsunąć pracownika lub wykonującego prace od wykonywania tych prac. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia rodzaje prac, przy

wykonywaniu których istnieje możliwość przeniesienia zakażenia lub choroby zakaźnej na inne osoby.

Ponadto, pracodawca musi mieć na uwadze brzmienie przepisów art. 207 kp i art. 227 kp. Zgodnie z art. 207 kp § 1 zd. 1 pracodawca ponosi odpowiedzialność za stan bezpieczeństwa i higieny pracy w zakładzie pracy, zaś zgodnie z art. 207 kp §2 zd. 1 pracodawca jest obowiązany chronić zdrowie i życie pracowników przez stosowanie bezpieczeństwa i higienicznych warunków pracy przy odpowiednim wykorzystaniu osiągnięć nauki i techniki. Natomiast na podstawie art. 227 § 1 kp pracodawca jest obowiązany stosować środki zapobiegające chorobom zawodowym i innym chorobom związanym z wykonywaną pracą. W tym miejscu należy też zwrócić uwagę na art. 11 ust. 1 i 2 pkt. 4) ustawy o chorobach zakaźnych, mianowicie na fakt, że kierownicy podmiotów leczniczych oraz inne osoby udzielające świadczeń zdrowotnych są obowiązani do podejmowania działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych, w szczególności poprzez stosowanie środków ochrony indywidualnej i zbiorowej w celu zapobieżenia przeniesieniu na inne osoby biologicznych czynników chorobotwórczych. Nie ulega wątpliwości, że sprostanie powyższym wymaganiom, będzie sprawiło dużą trudność pracodawcom, wobec bezprecedensowej sytuacji w kraju i dużej liczby nowych zachorowań na koronawirusa, a co za tym idzie znacznie zwiększonych potrzeb na środki ochrony w całym kraju.

IV. Zatrudnienie pielęgniarki lub położnej na podstawie umowy cywilnoprawnej

Zatrudnienie cywilnoprawne pielęgniarek lub położnych nie podlega rygorom prawa pracy, dlatego nie mają do nich zastosowania uwagi z pkt. III opinii.

Odpowiedź na pytanie, czy pielęgniarki lub położne zatrudnione na podstawie umowy cywilnoprawnej tzw. kontraktu - mogą być oddelegowane przez zleceniodawcę do innych zadań, w tym do opieki nad osobami podejrzanymi o zakażenie koronawirusem - co do zasady zależy od woli stron umowy.

W praktyce, decydujące znaczenie będzie miała treść już zawartej umowy albo nowe ustalenia pomiędzy pielęgniarką (zleceniobiorcą), a podmiotem zatrudniającym (zleceniodawcą). Z uwagi na obecny stan prawny, rodzaje i treści umów o zatrudnienie cywilnoprawne pielęgniarek lub położnych z podmiotami leczniczymi są w praktyce dość zróżnicowane. Umowy cywilnoprawne zawierane w celu zatrudnienia mogą mieć zarówno charakter umów nazwanych, jak i nienazwanych. Do umów tych stosuje się przepisy o umowach w ogólności, zawarte w części ogólnej prawa cywilnego (księga I kodeksu cywilnego), oraz odpowiednie przepisy części ogólnej prawa zobowiązań (księga III kodeksu cywilnego).

Istnieje tu znacznie większa swoboda w kształtowaniu treści umów. Strony zawierające umowę mogą ułożyć stosunek prawny według swego uznania, byleby treść lub cel nie sprzeciwiała się właściwości (naturze stosunku), ustawie ani zasadom współżycia społecznego (art. 3531 k.c.). Naruszenie któregośkolwiek z wymienionych w art. 3531 k.c. kryteriów swobody kontraktowej uruchamia sankcję nieważności, którą art. 58 k.c. odnosi do każdej czynności sprzecznej z przepisami ustawy.

Co do zasady, w przypadku, w którym umowa cywilnoprawna określa w sposób ścisły zakres obowiązków pomiędzy pielęgniarką (zleceniobiorcą) a podmiotem leczniczym (zleceniodawcą), a podmiot leczniczy chce powierzyć pielęgniarkę lub położnej inne zadania, konieczna jest zgoda pielęgniarki na tego rodzaju zmianę. W przypadku odmowy świadczenia nowych obowiązków przez pielęgniarkę lub położną, zachowuje ona prawo do wynagrodzenia, jeżeli pozostaje w gotowości do świadczenia dotychczasowych obowiązków. Można także spotkać na rynku pracy umowy cywilnoprawne, które przewidują ogólnie zarysowany obowiązek wykonywania świadczeń jedynie rodzajowo określony (np. usługi pielęgniarskie). W takim wypadku mniej jest argumentów przemawiających za możliwością odmowy przyjęcia nowych zadań mieszczących się w tzw. usługach pielęgniarskich lub położniczych. Wówczas trudno będzie wykazać, iż owe usługi pielęgniarskie lub położnicze nie obejmują np. opieki nad osobami podejrzanymi o zakażenie koronawirusem.

Należy również wyróżnić kolejną kategorię umów, które przewidują możliwość jednostronnej zmiany zakresu świadczeń umownych pielęgniarki lub położnej (zleceniobiorcy) przez podmiot leczniczy (zleceniodawcę). W takim wypadku co do zasady trzeba opowiedzieć się za bezskutecznością tego rodzaju regulacji, czyli brakiem możliwości jednostronnej zmiany treści umowy. Inaczej jednak będzie, jeśli w umowie określono ściśle, w jakich wypadkach będzie zachodziła możliwość wskazania przez podmiot leczniczy (zleceniodawcę) nowego, również szczegółowo określonego świadczenia w miejsce podstawowego. Co do zasady, taka regulacja jest dopuszczalna. Wówczas może to być zapis pozwalający na rozszerzenie zakresu świadczonych usług pielęgniarskich lub położniczych na opiekę nad osobami podejrzanymi o zakażenie koronawirusem.

Konkludując, jeżeli treść umowy cywilnoprawnej pozwala na stwierdzenie, że do nowych obowiązków pielęgniarki lub położnej należy również opieka nad osobami podejrzanymi o zakażenie koronawirusem - konsekwencją braku świadczenia jest odpowiedzialność odszkodowawcza pielęgniarki lub położnej na zasadach ogólnych. Możliwe jest także, że w umowie przewidziano karę umowną za niewywiązanie się z warunków umowy, co stanowi istotne ułatwienie dla zleceniodawcy w razie ewentualnego procesu sądowego, ponieważ nie będzie on związany obowiązkiem wykazania powstania szkody.

V. Tryb administracyjnoprawny - skierowanie pielęgniarki lub położnej do pracy na podstawie decyzji administracyjnej

Niezależnie od wyżej omówionych możliwości powierzenia pracownikowi pracy na podstawie art. 42 § 4 k.p. oraz możliwości sprawowania opieki nad osobami podejrzanymi o zaka-

5 Wyrok SN z 18.09.2014r., III PK 138/13, LEX nr 1504877.

6 Wyrok SN z 7.12.2017 r., II PK 323/16, LEX nr 2434447.

7 Wyrok SN z 25.7.2003 r., I PK 269/02, Legalis.

8 Wyrok SN z 29.03.1978 r., I PR 20/78, PZS 1979, Nr 11, s. 73.

9 Wyrok SN z 18.08.1976 r., I PR 103/76, OSP 1978, Nr 3, poz. 44.

10 Wyrok SN z 26.09.1978 r., I PRN 54/78, OSNC 1979, Nr 3, poz. 60.

11 Wyrok SN z 18.11.1999 r., I PKN 370/99, OSNAPIUS 2001, Nr 7, poz. 225.

12 Podstawę prawną odpowiedzialności odszkodowawczej pracodawcy może stanowić art. 471 k.c. w zw. z art. 300 k.p.; Wyrok SN z 25.07.2003 r., I PK 269/02, OSNP 2004, Nr 16, poz. 280.

13 Wyrok SN z dnia 15.5.2001 r., II UKN 395/00, OSNP 2003, Nr 3, poz. 70.

żenie koronawirusem na podstawie umów cywilnoprawnych - **ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi - przewiduje szczególnie regulacje prawne na wypadek zwalczania epidemii.**

1. Zasady skierowania do pracy przy zwalczaniu epidemii

Pielęgniarki i położne wykonujące zawód w podmiocie leczniczym zarówno na podstawie umowy o pracę, jak i na podstawie umów cywilnoprawnych mogą być skierowane do pracy przy zwalczaniu epidemii, czyli w tym m.in. do opieki nad osobami podejrzanymi o zakażenie koronawirusem (art. 42 ust.1 ustawy o chorobach zakaźnych).

Skierowanie pielęgniarki lub położnej do pracy przy zwalczaniu epidemii następuje w drodze decyzji, czyli do indywidualnej pielęgniarki lub położnej jest kierowana decyzja administracyjna (art. 42 ust.2 ustawy o chorobach zakaźnych).

Decyzję o skierowaniu pielęgniarki do pracy przy zwalczaniu epidemii na terenie województwa, w którym osoba skierowana posiada miejsce pobytu lub jest zatrudniona, wydaje właściwy wojewoda, a w razie skierowania do pracy na obszarze innego województwa - minister właściwy do spraw zdrowia.

Decyzja o skierowaniu do pracy przy zwalczaniu epidemii jest natychmiast wykonalna, jednak przysługuje na nią odwołanie do ministra zdrowia. Wniesienie środka odwoławczego nie wstrzymuje jednak wykonania decyzji, czyli pielęgniarka lub położna ma obowiązek podjęcia pracy, do której została skierowana (art. 42 ust.4-6 ustawy o chorobach zakaźnych).

Decyzja o skierowaniu do pracy przy zwalczaniu epidemii stwarza obowiązek pracy przez okres do 3 miesięcy w podmiocie leczniczym lub w innej jednostce organizacyjnej wskazanych w decyzji. Osobie skierowanej do pracy przy zwalczaniu epidemii dotychczasowy pracodawca jest obowiązany udzielić urlopu bezpłatnego na czas określony w decyzji. Okres urlopu bezpłatnego zalicza się do okresu pracy, od którego zależą uprawnienia pracownicze u tego pracodawcy. Wówczas podmiot leczniczy lub jednostka organizacyjna, do której została skierowana pielęgniarka lub położna, nawiązują z osobą skierowaną do pracy stosunek pracy na czas wykonywania określonej pracy, na okres nie dłuższy niż wskazany w decyzji (art. 42 ust.7-9 ustawy o chorobach zakaźnych).

Pielęgniarcie lub położnej skierowanej do pracy na podstawie decyzji, przysługuje wyłącznie wynagrodzenie zasadnicze w wysokości nie niższej niż 150% przeciętnego wynagrodzenia zasadniczego przewidzianego na danym stanowisku pracy w zakładzie wskazanym w tej decyzji lub w innym podobnym zakładzie, jeżeli w zakładzie wskazanym nie ma takiego stanowiska. Wynagrodzenie nie może być niższe niż wynagrodzenie, które osoba skierowana do pracy przy zwalczaniu epidemii otrzymała w miesiącu poprzedzającym miesiąc, w którym wydana została decyzja o skierowaniu jej do pracy przy zwalczaniu epidemii (art. 42 ust. 10 ustawy o chorobach zakaźnych). Ponadto, przysługuje jej zwrot kosztów przejazdu, zakwaterowania i wyżywienia, na zasadach określonych w przepisach o ustalaniu oraz wysokości należności, przysługującej pracownikom państwowych jednostek z tytułu podróży służbowych na obszarze kraju. Zwrot kosztów z tytułu zakwaterowania lub wyżywienia nie przysługuje w przypadku zapewnienia w miejscu wykonywania pracy bezpłatnego zakwaterowania lub wyżywienia (art. 42 ust. 11 ustawy o chorobach zakaźnych). Z pielęgniarką lub położną skierowaną do pracy przy zwalczaniu epidemii nie może być rozwiązany dotychczasowy stosunek pracy ani nie może być dokonane wypowiedzenie umowy o pracę, chyba że istnieje podstawa do rozwiązania umowy o pracę bez wypowiedzenia z winy pracownika albo w przypadku zmiany lub uchylenia decyzji. Przepisy art.63-67 Kodeksu pracy stosuje się odpowiednio (art. 42 ust. 13 ustawy o chorobach zakaźnych).

2. Wyjątek od zasady - wyłączenie osób, które nie mogą zostać skierowane do pracy przy zwalczaniu epidemii w trybie administracyjnym

Od ogólnej zasady, że pielęgniarka lub położna wykonująca zawód w podmiocie leczniczym bez względu na podstawę zatrudnienia może zostać skierowana do pracy przy zwalczaniu epidemii, czyli w tym m.in. opieki nad osobami podejrzanymi o zakażenie koronawirusem (art. 47 ust.1 ustawy o chorobach zakaźnych) ustanowiono wyjątek. Ustawodawca w art. 47 ust. 3 ustawy o chorobach zakaźnych wskazał zamknięty katalog osób, które nie podlegają skierowaniu do pracy niosącej ryzyko zakażenia przy zwalczaniu epidemii. Jest to następująca grupa osób:

- 1) kobiety w ciąży,
- 2) osoby wychowujące małoletnie dzieci, w tym osoby wychowujące samotnie dzieci do lat 18 (a zatem każdej osobie, która ma na wychowaniu dzieci, bez względu na to, czy opiekę nad dzieckiem może przejąć inna osoba),
- 3) osoby, które ukończyły 60 lat,
- 4) osoby z orzeczonymi chorobami przewlekłymi.

Tym samym, pielęgniarka czy położna zakwalifikowana do wyżej wymienionej grupy osób nie może zostać skierowana do pracy przy zwalczaniu epidemii na podstawie decyzji administracyjnej wojewody. Jeżeli jednak pomimo tego dojdzie do wydania takiej decyzji, to wówczas przysługuje na nią odwołanie do ministra zdrowia z uwagi na znajdowanie się w katalogu osób, których omawiany obowiązek nie dotyczy.

3. Sankcja za niewykonanie decyzji administracyjnej o oddelegowaniu

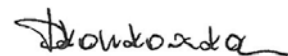
Brak podporządkowania się decyzji administracyjnej o skierowaniu do pracy przy zwalczaniu epidemii stanowi wykroczenie, za które grozi kara grzywny w wymiarze od 20 zł do 5.000 zł (art. 53 i 54 ustawy o zapobieganiu i zwalczaniu chorób zakaźnych u ludzi w zw. z art. 24 par. 1 i 3 k.w.). Wymierzając karę, bierze się pod uwagę dochody sprawcy, jego warunki osobiste i rodzinne, stosunki majątkowe i możliwości zarobkowe.

VI. Podsumowanie

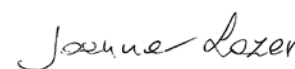
1. Osoby wykonujące zawód pielęgniarki lub położnej zatrudnione na podstawie umowy o pracę mogą zostać przeniesione do opieki nad osobami podejrzanymi o zakażenie koronawirusem zgodnie z przepisami prawa pracy i postanowieniami umowy o pracę.
2. Osoby wykonujące zawód pielęgniarki lub położnej w podmiocie leczniczym nie mogą odmówić przeniesienia do innej pracy, niż określonej w umowie o pracę, a tym bardziej nie mogą odmówić przeniesienia do pracy, która odpowiada rodzajowi pracy określonej w umowie o pracę. Zaś na szpitalu jako na pracodawcy, spoczywać będzie zwiększone ryzyko odpowiedzialności za ewentualne zakażenia personelu medycznego. Jak opisano szerzej w pkt. III. 7 niniejszej opinii, szpital musi zadbać o dopełnienie obowiązków wynikających z przepisów o bezpieczeństwie i higienie pracy, tj. art. 207 kp§ 1 zd. 1, art. 207 kp§ 2 zd. 1, art. 227 § 1 kp, art. 229 S1 pkt. 2 kp w zw. z art.10 ust.1 ustawy o chorobach zakaźnych oraz z art. 11 ust. 1 i 2 pkt. 4) ustawy o chorobach zakaźnych. Nie ulega wątpliwości, że sprostanie powyższym wymaganiom w obecnej sytuacji w kraju, będzie sprawiło dużą trudność pracodawcom. Sytuacja jest bowiem bezprecedensowa, liczba nowych zachorowań na koronawirusa z dnia na dzień wzrasta, a co za tym idzie znacznie zwiększają się potrzeby na środki ochrony w całym kraju.
3. Przeniesienie pracownika do innej pracy może nastąpić w przypadkach uzasadnionych potrzebami pracodawcy, na okres nieprzekraczający 3 miesięcy w roku kalendarzowym, jeżeli nie powoduje to obniżenia wynagrodzenia i odpowiada kwalifikacjom pracownika.
4. Obecnie za „uzasadnione potrzeby pracodawcy” można uznać zmiany organizacyjne, przeprowadzone w związku z realizacją przez publiczny podmiot leczniczy obowiązków wynikających z ustawy kryzysowej.
5. Osoby wykonujące zawód pielęgniarki lub położnej mające status pracownika, które zostają przeniesione do innej pracy niż określonej w umowie o pracę, w drodze polecenia pracowniczego wydanego zgodnie z art. 42 ust.4 kodeksu pracy - nie podlegają wyłączeniu od wykonania tego polecenia z uwagi na sprawowanie opieki nad małoletnim dzieckiem, przewlekłe chorem, lub z uwagi na ukończenie 60 roku życia.
6. Natomiast zgodnie z kodeksem pracy - wyłączeniu takiemu będą podlegały kobiety w okresie ciąży lub karmiące dziecko piersią. Zgodnie z art. 176 kp§ 1. Kobiety w ciąży i kobiety karmiące dziecko piersią nie mogą wykonywać prac uciążliwych, niebezpiecznych lub szkodliwych dla zdrowia, mogących mieć niekorzystny wpływ na ich zdrowie, przebieg ciąży lub karmienie dziecka piersią. Szczegółowa regulacja jest zawarta w rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 3 kwietnia 2017 r. w sprawie wykazu prac uciążliwych, niebezpiecznych lub szkodliwych dla zdrowia kobiet w ciąży i kobiet karmiących dziecko piersią Dz.U.2017.796.
7. O możliwości zobowiązania pielęgniarki lub położnej do opieki nad osobami podejrzanymi o zakażenie koronawirusem zatrudnionej na podstawie umowy cywilnoprawnej - decydują strony umowy poprzez oświadczenie woli w zawartej umowie.
8. Pielęgniarka lub położna bez względu na dotychczasową formę wykonywania zawodu może być skierowana do pracy przy zwalczaniu epidemii, w tym do opieki nad osobami podejrzanymi o zakażenie koronawirusem w trybie administracyjnoprawnym - na podstawie decyzji wojewody lub Ministra Zdrowia. W tym trybie nie mogą być skierowane pielęgniarki, jeżeli należą do jednej z grup podlegającej wyłączeniu z mocy prawa na podstawie art. 47 ust. 3 ustawy o chorobach zakaźnych.

VII. Zastrzeżenia:

- 1) Opinia została sporządzona według stanu prawnego na 23 marca 2020 r., godz. 9.00.
- 2) W opinii powołane zostały wprost podstawy prawne, orzecznictwo sądowe i dorobek doktryny prawa, o tyle, o ile było to niezbędne do wykazania słuszności przyjętych kwalifikacji prawnych. Co do zagadnień oczywistych i mogących być wywiedzionymi wprost z przepisów pominięto odwołanie się do judykatury i piśmiennictwa.
- 3) W związku z bezprecedensową i wciąż dynamicznie zmieniającą się sytuacją w Polsce w tym, na bieżąco powstającymi nowymi aktami prawnymi związanymi z ogłoszonym stanem epidemii, nie jest możliwe precyzyjne przewidywanie ewentualnych rozstrzygnięć sądów pracy, w razie ewentualnych sporów sądowych mogących powstać na tle omawianych w niniejszej opinii przepisów. Każda sprawa będzie bowiem podlegała indywidualnej ocenie sądu pracy, mając na uwadze okoliczności konkretnej sprawy.



prof. dr hab. Dorota Karkowska, radca prawny



Joanna Lazer, adwokat

OPINIA PRAWNA

w zakresie dopuszczalności wykonywania świadczeń przewidzianych dla zawodu pielęgniarki przed zdaniem egzaminu państwowego przez studentów szkół pielęgniarskich

1. Podstawy prawne

- 1) Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej,
- 2) Ustawa z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie,
- 3) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 sierpnia 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań dotyczących kształcenia pielęgniarek i położnych,
- 4) Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 13 marca 2017 roku w sprawie klasyfikacji zawodów szkolnictwa zawodowego,
- 5) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami,
- 6) Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 7 sierpnia 2014 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania,
- 7) Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 13 grudnia 2016 r. w sprawie klasyfikacji zawodów szkolnictwa zawodowego,
- 8) Uchwała Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych Nr 136NI/2013 z dnia 4 grudnia 2013 r. w sprawie przyjęcia katalogu czynności wykonywanych przez opiekuna medycznego u osoby chorej i niesamodzielnej na zlecenie i pod nadzorem pielęgniarki

2. Prawo wykonywania zawodu pielęgniarki

Wymagania do uzyskania prawa wykonywania zawodu pielęgniarki zostały uregulowane w ustawie o zawodach pielęgniarki i położnej. W myśl art. 7 ustawy zawód pielęgniarki może wykonywać osoba posiadająca prawo wykonywania zawodu stwierdzone albo przyznane przez właściwą okręgową radę pielęgniarek i położnych. Zgodnie z art. 28 ust. 1 tej ustawy do wykonywania zawodu pielęgniarki konieczne jest posiadanie dyplomu ukończenia polskiej szkoły pielęgniarskiej. Zaś kwalifikacje zawodowe do wykonywania zawodu pielęgniarki uzyskuje się po ukończeniu szkoły pielęgniarskiej (art. 52 ust. 1 ustawy).

Ustawa nie przewiduje możliwości przyznania ograniczonego prawa wykonywania zawodu dla absolwentów najwyższych roczników szkół pielęgniarskich, czy osób które odbywają szkolenie zawodowe na ostatnim roku szkolenia.

Jednocześnie należy wskazać, że wprowadzenie tego rodzaju rozwiązań wymagałoby zmiany ustawy. Omawiana regulacja nie może być wprowadzona rozporządzeniem Ministra Zdrowia.

3. Praktyki studenckie

Wydaje się, że osoby, których dotyczy zapytanie mogłyby uczestniczyć pomocniczo w udzielaniu świadczeń medycznych jedynie w ramach praktyk studenckich odbywanych w podmiotach leczniczych w rozumieniu art. 54 ust. 1 - 3 ustawy w związku z par. 4 pkt. 5 Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowych wymagań dotyczących kształcenia pielęgniarek i położnych.

Odbycie tego rodzaju praktyk wymaga umowy zawartej przez podmiot leczniczy z uczelnią.

4. Studenci studiów pielęgniarskich jako opiekunowie medyczni

Zawód opiekuna medycznego jest ujęty w rozporządzeniu Ministra Edukacji Narodowej z dnia 13 marca 2017 w sprawie klasyfikacji zawodów szkolnictwa zawodowego i zaliczony do klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy w ramach Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 7 sierpnia 2014 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych w załączniku nr 1 do uchwały Nr 136NV/2013 z dnia 4 grudnia 2013 r. w sprawie przyjęcia katalogu czynności wykonywanych przez opiekuna medycznego u osoby chorej i niesamodzielnej na zlecenie i pod nadzorem pielęgniarki, ustaliła „katalog czynności wykonywanych przez opiekuna medycznego u osoby chorej i niesamodzielnej na zlecenie i pod nadzorem pielęgniarki”. Do katalogu tych czynności zaliczono:

- sianie łóżka z chorym
- toaleta jamy ustnej
- mycie głowy w łóżku
- toaleta całego ciała w łóżku
- toaleta całego ciała pod natryskiem
- toaleta całego ciała w wannie
- higiena intymna
- ułożenie pacjenta i zmiana pozycji ułożeniowej
- zmiana bielizny osobistej i pościelowej w łóżku
- toaleta przeciwoleżynowa
- zastosowanie udogodnień w łóżku
- zastosowanie materaca p/odleżynowego
- pomiar ciśnienia tętniczego krwi
- pomiar tętna
- pomiar temperatury
- pomiar oddechów
- pomiar masy ciała. pomiar wzrostu
- przygotowanie i założenie okładu zimnego suchego
- przygotowanie i założenie okładu zimnego wilgotnego
- przygotowanie i założenie okładu ciepłego suchy
- przygotowanie i założenie okładu ciepłego wilgotny
- karmienie przez zgłębnik i gastrostomię
- wymiana worka stomijnego
- założenie i zmiana cewnika zewnętrznego (nakładki na prącie wykonanej z miękkiego silikonu, przez którą mocz spływa do worka na mocz)
- wymiana worka na mocz
- wymiana worka zewnętrznego na stolec
- stawianie baniek próżniowych
- prowadzenie dobowej zbiórki moczu
- kontrola oddawania moczu i stolca
- wykonanie ćwiczeń biernych w łóżku
- pomoc w korzystaniu ze sprzętu rehabilitacyjnego
- pomoc w przygotowaniu pacjenta do badań diagnostycznych wykonywanych przez pielęgniarkę
- asystowanie pielęgniarcie podczas wykonywania zabiegów pielęgniarskich
- asystowanie pielęgniarcie w zastosowaniu przymusu bezpośredniego.

Wykluczone jest zatrudnianie osób objętych zapytaniem z obowiązkami właściwymi dla opiekuna medycznego. Jest to bowiem wyodrębniony zawód medyczny, do którego wykonywania jest przewidziany wymóg posiadania tytułu zawodowego higienistki szpitalnej lub asystentki pielęgniarskiej lub ukończenie zasadniczej szkoły zawodowej publicznej lub niepublicznej o uprawnieniach szkoły publicznej lub szkoły policealnej publicznej lub niepublicznej o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskanie dyplomu potwierdzającego kwalifikacje zawodowe w zawodzie opiekun medyczny (poz. 133 i 134 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami).

5. Wolontariat

Zgodnie z art. 42 ust. 1 pkt. 4 ustawy o organizacjach pożytku publicznego i wolontariacie można świadczyć wolontariat nieodpłatnie na rzecz podmiotów prowadzących działalność leczniczą. Zgodnie z art. 44 ust. 1, 2 i 4 ustawy o organizacjach pożytku publicznego i wolontariacie, jeżeli świadczenie wolontariusza miało trwać dłużej niż 30 dni powinna być w tym zakresie zawarta umowa pisemna. W pozostałych wypadkach na żądanie wolonta-

► *Ciąg dalszy na str. 22*

riusza korzystający (podmiot leczniczy) jest zobowiązany potwierdzić warunki wykonywania wolontariatu.

Przedmiotem umowy o wolontariat nie mogą być jednak świadczenia przewidziane dla wykonywania zawodu pielęgniarstwa, położnej, czy opiekuna medycznego, a jedynie świadczenia pomocnicze.

Co istotne wolontariusz po zakończeniu świadczenia może zażądać opinii pisemnej (art. 44 ust. 3 ustawy o organizacjach pożytku publicznego i wolontariacie). Co do zasady świadczenia wolontariusza są nieodpłatne, ale ustawa wskazuje, że do świadczeń wolontariusza odpowiednio stosuje się kodeks cywilny. W kodeksie cywilnym przewidziano regulację umów o świadczenie usług (zlecenie). Tego rodzaju umowy ze względu na przedmiot świadczenia i dopuszczalność świadczenia nieodpłatnego (art. 735 par. 1 k.c. w zw. z art. 750 k.c.) wykazują największe podobieństwa do umowy o wolontariat spośród wszystkich umów wyszczególnionych w k.c. Przy umowie zlecenie (umowie o świadczeniu usług) przewiduje się zwrot wydatków związanych z jej wykonaniem (art. 742 par. 1 k.c. w zw. z art. 750 k.c.). Korzystający (podmiot leczniczy) będzie zatem zobowiązany do zwrotu wolontariuszowi kosztów dojazdu do miejsca świadczenia wolontariatu. Z ostrożności jednak zakres zwrotu wydatków należy szczegółowo ustalić w umowie o wolontariat.

Ponadto w myśl art. 45 ust. 1 pkt. 1 i 2 podmiot leczniczy jako korzystający powinien informować wolontariusza o ryzyku dla zdrowia i bezpieczeństwa związanym z wykonywanymi świadczeniami oraz o zasadach ochrony przed zagrożeniami, jak również zapewnić wolontariuszowi, na dotyczących pracowników zasadach określonych w odrębnych przepisach, bezpieczne i higieniczne warunki wykonywania przez niego świadczeń, w tym - w zależności od rodzaju świadczeń i zagrożeń związanych z ich wykonywaniem - odpowiednie środki ochrony indywidualnej. Podmiot leczniczy musi również pokrywać koszty podróży służbowych i diet wolontariusza, chyba że wolontariusz zrzeknie się tych uprawnień na piśmie pod rygorem nieważności (art. 45 ust. 1 pkt 3 w zw. z art. 45 ust. 4 ustawy o organizacjach pożytku publicznego i wolontariacie).

Art. 46. ust. 1 - 3 i 6 ustawy o organizacjach pożytku publicznego i wolontariacie wolontariuszowi:

1) mogą przysługiwać świadczenia zdrowotne na zasadach przewidzianych w przepisach o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

- 2) przysługuje zaopatrzenie z tytułu wypadku przy wykonywaniu świadczeń,
- 3) zostaje zapewnione ubezpieczenie od następstw nieszczęśliwych wypadków, jeśli wykonuje świadczenia przez okres nie dłuższy niż 30 dni,
- 4) może zostać zapewnione ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej, w zakresie świadczeń wykonywanych zgodnie z umową o wolontariat.

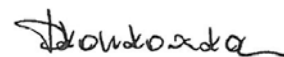
6. Podsumowanie

W ustawie o zawodach pielęgniarstwa i położnej przewidziano, że prawo wykonywania zawodu pielęgniarstwa przysługuje po zakończeniu szkoły pielęgniarstwa. Ustawodawca nie przewidział żadnych form ograniczonego wykonywania tego zawodu w szczególności przez studentów szkół pielęgniarstwa. Ponadto, żadna z regulacji przewidzianych na okres trwania epidemii nie wprowadza tego typu rozwiązań.

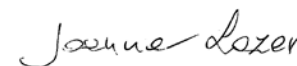
Świadczenie usług pokrewnych, pomocniczych do pielęgniarstwa i opiekuna medycznego możliwe jest jedynie na zasadach praktyk studenckich czy wolontariatu, który przewiduje szereg uprawnień dla wolontariuszy pokrewnych dla pracowniczych. Będą to jednak usługi pomocnicze a nie świadczenia zastrzeżone dla pielęgniarstwa.

7. Zastrzeżenia:

- 1) Opinia została sporządzona według stanu prawnego na 23 marca 2020 r., godz. 14:00,
- 2) W opinii powołano się wprost na podstawy prawne, orzecznictwo sądowe i dorobek doktryny prawa, o tyle, o ile było to niezbędne do wykazania słuszności przyjętej kwalifikacji prawnych. Co do zagadnień oczywistych i mogących być wywiedzionych wprost z przepisów pominięto odwołanie się do judykatury i piśmiennictwa,
- 3) Opinia nie jest wystarczająca do samodzielnego podejmowania dalszych czynności w sprawie będącej przedmiotem opinii.



prof. dr hab. Dorota Karkowska, radca prawny



Joanna Lazer, adwokat



Dołącz do nas
na **facebooku**

Streszczenie

Zaktualizowane rekomendacje IPAC (Centrum profilaktyki i kontroli zakażeń w Ontario, przyp.tłum.) odnośnie stosowania środków ochrony osobistej podczas sprawowania opieki nad osobami z podejrzeniem lub potwierdzeniem zakażenia COVID-19.

12.03.2020

Kluczowe odkrycia

- W świetle najnowszych danych dotyczących COVID-19, zaleca się stosowanie środków ochrony osobistej przed zakażeniami drogą kontaktową i kropelkową podczas sprawowania opieki nad osobami z podejrzeniem lub rozpoznaniem zakażenia COVID-19.
- Należy powziąć środki ostrożności przed zakażeniem drogą powietrzną podczas planowania procedur generujących aerozole (PGA) u pacjentów z podejrzeniem lub rozpoznaniem zakażenia COVID-19.

Wprowadzenie

W styczniu 2020, gdy Ministerstwo Zdrowia (Kanady, przyp.tłum.) wydało pierwsze wytyczne dla IPAC i OHS (kanadyjski odpowiednik PZH, przyp. tłum.) odnośnie COVID-19, nie było jeszcze wielu danych ani odnośnie transmisji koronawirusa ani spektrum chorób przez niego wywołanych.

Ponieważ sytuacja epidemiologiczna ewoluowała, a wciąż dysponowano małą ilością danych, Ministerstwo wydało zbiór zasad ostrożności i początkowo zarekomendowało używanie respiratorów N95 w opiece nad pacjentem oraz dla potrzeb pobrania próbek. Polecono też umieszczać pacjentów w salach izolacyjnych dla pacjentów z chorobami przenoszonymi drogą powietrzną (Airborne infection isolation room - AIIR), jeśli to możliwe. Zalecenia te miały zostać zrewidowane, gdy tylko pojawią się nowe doniesienia.

Po dwóch i pół miesiąca zbierania doświadczeń z całego świata oraz po ukazaniu się nowych doniesień naukowych i epidemicznych, a także danych dotyczących dróg rozprzestrzeniania się COVID-19 ustalono poniższe fakty.

- Studium pojedynczych przypadków i klastrow osób zakażonych COVID-19 wykazało, że wirus rozprzestrzenia się drogą kontaktową i kropelkową.
- Większość przypadków wiąże się z bezpośrednią transmisją z człowieka na człowieka poprzez bliski kontakt z osobą zakażoną COVID-19.
- Nie ma dowodów na to, aby COVID-19 przenosił się drogą powietrzną.

Preambuła

Ochrona pracowników służby zdrowia (PrSłZd) we wszystkich placówkach medycznych zawsze będzie dla nas najważniejsza. Pojęcie placówki medycznej obejmuje: pomoc doraźną, opiekę przedszpitalną, opiekę długoterminową, opiekę podstawową, opiekę ambulatoryjną, opiekę pozaszpitalną, wliczając w to opiekę domową oraz inne miejsca, w których można świadczyć opiekę (n.p. dom pacjenta czy zakład opiekuńczo-wychowawczy).

Rekomendacje odnośnie środków ochrony osobistej (ŚOO), streszczone w poniższej tabeli są oparte o najlepsze dostępne doniesienia i zostały zaczerpnięte z dokumentu Światowej Organizacji Zdrowia [Rational Use of Personal Protective Equipment for Coronavirus Disease 2019](#) oraz z dokumentu Rady Doradczej ds. zwalczania zakażeń Prowincji Ontario [Routine Practices and Additional Precautions](#).

W miarę pojawiania się kolejnych doniesień niniejszy dokument będzie aktualizowany.

Legislacja

Placówki służby zdrowia (w Kanadzie, przyp. tłum.) muszą stosować się do wymogów aktu o zdrowiu zawodowym i bezpieczeństwie (OHSA – Occupational Health and Safety Act) i do jej postanowień, a te obligują do powzięcia środków potrzebnych do ochrony pracowników przed zakażeniem COVID-19. Pracodawcy, inspektorzy i pracownicy mają prawa, obowiązki i zobowiązania na mocy aktu OHSA. Konkretne wymogi oraz regulacje zawarte w OHSA są dostępne (częściowo) w poniższych odnośnikach:

Occupational Health and Safety Act: <https://www.ontario.ca/laws/statute/90o01>

Ontario Regulation 67/93 Health Care and Residential Facilities: <https://www.ontario.ca/laws/regulation/930067>

Rekomendowane oceny ryzyka

Zakładowa ocena ryzyka

Rekomendowaną praktyką jest prowadzenie Zakładowej Oceny Ryzyka (ZOR). ZOR jest metodycznym podejściem do oceny efektywności środków ostrożności podjętych w celu zmniejszenia transmisji zakażeń w placówce służby zdrowia. Techniczne środki ostrożności obejmują fizyczne bariery podczas przesiewu pacjentów oraz dostęp do alkoholowych środków do dezynfekcji rąk

► Ciąg dalszy na str. 24

(AŚDR). Administracyjne środki ostrożności obejmują procedury związane z przesiewem pacjentów oraz adekwatnym zastosowaniem ŚOO.

ZOR jest w placówkach służby zdrowia kluczowa dla ochrony pracowników. Zakłady są odpowiedzialne za przeszkolenie i edukowanie personelu w dziedzinie ZOR, wliczając w to dawanie wytycznych odnośnie stosowania ŚOO oraz współpracę z Łączonym Komitetem zdrowia i bezpieczeństwa lub z przedstawicielami służby zdrowia (w Polsce z Inspekcją Sanitarną - przyp.red.), jeśli zajdzie stosowna potrzeba.

Ocena ryzyka związana z opieką

Ocena ryzyka związana z opieką (ORZO) odnosi się do procedur, pacjenta i jego otoczenia. ORZO jest dynamiczną oceną, przeprowadzaną przez PrSłZd przed każdą interakcją z pacjentem. Ma to na celu oszacowanie ryzyka ekspozycji na zakażenie.

Przeprowadzanie ORZO jest pierwszym krokiem w codziennej praktyce zawodowej. Powinna być przeprowadzana u każdego pacjenta, w każdej placówce, przy każdej interakcji z pacjentem. ORZO pomaga dobrać odpowiedni ŚOO by chronić PrSłZd podczas kontaktu z pacjentem i jego otoczeniem.

Stosowanie hierarchii kontroli ryzyka

Według CDC (amerykańskie Centrum kontroli i prewencji chorób, przyp. tłum.) oraz NIOSH (National Institute for Occupational Safety and Health), podstawową metodą ochrony pracowników jest stosowanie hierarchii kontroli ryzyka. Stopnie kontroli wahają się od tych najwyższych, uważanych za najbardziej efektywne w redukowaniu ryzyka ekspozycji (tj. eliminacja i substytucja), do tych najniższych (ŚOO).

Stosowanie hierarchii kontroli ryzyka jest uznanym sposobem minimalizowania ryzyka i jest kluczowe dla zdrowia i bezpieczeństwa zakładowego. Rozumienie mocnych i słabych stron każdego stopnia kontroli pozwala placówkom służby zdrowia określić, jak środowisko zakładowe (tj. infrastruktura, sprzęt, procedury) zwiększają bądź zmniejszają ryzyko infekcji związane z ekspozycją w obrębie placówki.

Współpraca pomiędzy IPAC, OHS (inspekcją sanitarną, przyp. tłum.) a budowniczymi placówek medycznych służy wdrażaniu rozwiązań, zmniejszających ryzyko ekspozycji PrSłZd na patogeny.

Eliminacja i substytucja

Eliminacja i substytucja są uważane za najbardziej efektywne środki w hierarchii kontroli, choć zazwyczaj nie są możliwe do wdrożenia, szczególnie w kontekście chorób zakaźnych w placówkach służby zdrowia.

Techniczne i systemowe środki ostrożności

Techniczne środki ostrożności zmniejszają ryzyko ekspozycji na patogen lub źródło zakażenia poprzez izolację lub wentylację. Środki te zmniejszają lub eliminują ekspozycję poprzez odizolowanie źródła zakażenia od pracownika oraz poprzez fizyczne kierowanie działaniami, mającymi na celu zmniejszenie ryzyka popełnienia błędu ludzkiego.

Przykłady obejmują fizyczne bariery pomiędzy pacjentem a personelem, pracującym w recepcji i w segregacji (triażu) pacjentów. Inne przykłady to zapewnienie dostępu do pojemników na ostre odpady oraz do AŚDR. Jeśli chodzi o wentylację, przykład stanowią AIIR. Innymi przykładami są przedsionki, w których pracownicy mogą założyć lub zdjąć ŚOO. Korzystanie z nich musi jednak wymagać należytego przeszkolenia, jako że miejsca te mogą ulec kontaminacji.

Administracyjne środki ostrożności

Administracyjne środki ostrożności mają zmniejszać ryzyko transmisji zakażeń na PrSłZd poprzez wdrażanie procedur, organizację szkoleń i edukację.

Efektywne administracyjne środki ostrożności wymagają wsparcia dyrektora placówki w porozumieniu z zarządem i personelem poprzez zarząd pracowników szpitala. Konieczne jest wypracowanie procedur, zabezpieczenie zasobów, edukowanie personelu oraz przeprowadzanie szkoleń. Ma to na celu kontrolę stosowania się personelu do procedur.

Przykładami administracyjnych środków ostrożności są systemy elektronicznego ostrzegania szpitali w przypadku zarejestrowania czerwonych flag infekcji układu oddechowego. Aktywny przesiew, pasywny przesiew i ograniczanie odwiedzin to kolejne przykłady administracyjnych środków ostrożności. Ponadto, administracyjne środki ostrożności obejmują ograniczanie liczby wejść na teren szpitala, kohortowanie personelu i pacjentów oraz tworzenie wyznaczonych centrów do przesiewu i leczenia pacjentów.

Środki ochrony osobistej

Choć kontrola życia ŚOO jest najbardziej wyrazistym stopniem w hierarchii kontroli, jest ona ostatnia w hierarchii. ŚOO nie powinny być głównym ani samodzielnym narzędziem w kontroli transmisji zakażeń. W hierarchii kontroli, użycie ŚOO definiuje się jako dostępność, wsparcie i prawidłowe użycie fizycznych barier pomiędzy PrSłZd i czynnikiem infekcyjnym/zainfekowanym źródłem. Ma ono na celu zmniejszenie ryzyka ekspozycji i ustrzec przed transmisją. Przykładem ŚOO są rękawiczki, fartuchy jednorazowe, ochrona twarzy (wliczając w to maseczki chirurgiczne i respiratory N95) oraz ochronę oczu (wliczając w to okulary ochronne, osłony twarzowe). Placówki służby zdrowia odgrywają kluczową rolę w zapewnieniu PrSłZd odpowiednich ŚOO potrzebnych do wykonania odpowiedniej procedury. Są też odpowiedzialne za konieczną edukację i przeszkolenie, potrzebne do właściwego wyboru, użycia i utylizacji ŚOO. Wszystko to ma na celu zmniejszenie ryzyka ekspozycji.

Lokowanie pacjentów

Pacjenci z podejrzeniem lub potwierdzeniem zakażenia COVID-19 powinni być umieszczeni w pokoju jednoosobowym. Lokowanie w AIIR jest rekomendowane podczas PGA. Jeśli AIIR nie jest dostępny, procedurę należy przeprowadzić w pokoju jednoosobowym przy zamkniętych drzwiach. Pobieranie wymazu z nosogardzieli lub gardła NIE jest uważane za PGA.

► *Ciąg dalszy na str. 25*

Procedury generujące aerozole.

Procedury generujące kropelki/aerozole:

- Intubacja dotchawicza, wliczając w to tę przeprowadzaną podczas resuscytacji krążeniowo-oddechowej
- Resuscytacja krążeniowo-oddechowa
- Odsysanie wydzieliny z otwartych dróg oddechowych
- Bronchoskopia (diagnostyczna i terapeutyczna)
- operacja i sekcja zwłok
- indukcja płwociny (diagnostyczna i terapeutyczna)
- nieinwazyjne wentylowanie dodatnim ciśnieniem podczas ostrej niewydolności oddechowej (CPAP, BiPAP3-5)
- Terapia tlenem o wysokim przepływie

Źródło:

<https://www.publichealthontario.ca/en/health-topics/infection-prevention-control/routinepractices-additional-precautions>

Podsumowanie Rekomendacji na temat stosowania ŚOO

Niniejszy przewodnik ma na celu przedstawić minimum oczekiwań odnośnie użycia ŚOO. Należy jednak przestrzegać przede wszystkim wewnętrznych wytycznych placówki służby zdrowia. Ponadto, PrSłZd powinni przeprowadzać ZOR przy każdym kontakcie z pacjentem. Należy też przestrzegać czterech momentów higieny rąk (<https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/bp-hand-hygiene.pdf?>) (pięciu momentów higieny rąk wg WHO, przyp. tłum.)

Miejsce	Osoba	Czynność	Rodzaj ŚOO lub procedury
Okoliczności – pacjenci hospitalizowani			
Pokój pacjenta	Pracownicy służby zdrowia	Zapewnianie bezpośredniej opieki pacjentowi z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem COVID-19, wliczając pobieranie wymazu z gardła lub nosogardzieli	Środki ochrony kontaktowej i kropelkowej, w tym: maseczka chirurgiczna fartuch jednorazowy rękawiczki ochrona oczu (gogle lub osłona twarzy)
		Procedury generujące aerozole przeprowadzone u pacjenta z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem COVID-19.	Środki ochrony kontaktowej, kropelkowej i powietrznej, w tym: respirator N95 (sprawdzony pod kątem rozmiaru i szczelności) fartuch jednorazowy rękawiczki ochrona oczu (gogle lub osłona twarzy) pomieszczenie podciśnieniowe, jeśli jest dostępne
	Pozostały personel (sallowe, serwisanci, technicy – przyp. tłum.)	Wchodzenie do pomieszczenia pacjenta z podejrzeniem lub potwierdzeniem zakażenia COVID-19.	Środki ochrony kontaktowej i kropelkowej, w tym: maseczka chirurgiczna fartuch jednorazowy rękawiczki ochrona oczu (gogle lub osłona twarzy)
	odwiedzający	Wchodzenie do pomieszczenia pacjenta z podejrzeniem lub potwierdzeniem zakażenia COVID-19. Wizyty powinny być ograniczone do minimum	Środki ochrony kontaktowej i kropelkowej, w tym: maseczka chirurgiczna fartuch jednorazowy rękawiczki ochrona oczu (gogle lub osłona twarzy)
Miejsca, przez które pacjent przejeżdża (oddział, korytarz)	Cały personel, wliczając pracowników służby zdrowia	Jakakolwiek czynność, która nie wymaga kontaktu z pacjentem podejrzanym lub z potwierdzonym zakażeniem COVID-19.	Rutynowe procedury i dodatkowe środki ostrożności w zależności od oceny ryzyka.

Segregacja (triaż)	Pracownicy służby zdrowia	Wstępny przesiew, niewymagający bezpośredniego kontaktu	Jeśli jest możliwe zachowanie odstępu przynajmniej 2m lub oddzielenie fizyczną barierą: Żaden ŚOO nie jest wymagany W przeciwnym wypadku, środki ochrony kontaktowej i kropelkowej, w tym: maseczka chirurgiczna fartuch jednorazowy rękawiczki ochrona oczu (gogle lub osłona twarzy)
	Pacjenci podejrzani lub z rozpoznaniem zakażeniem COVID-19	jakakolwiek	Należy zachować odstęp przynajmniej 2 m lub odgrodzić się fizyczną barierą. Należy zapewnić pacjentowi maseczkę chirurgiczną, jeśli ją będzie tolerował. Należy nakazać pacjentowi przestrzegać higieny rąk.
Pomieszczenia administracyjne	Każdy członek personelu, wliczając w to pracowników służby zdrowia	Czynności administracyjne, niewymagające kontaktu z pacjentem.	żaden ŚOO nie jest wymagany

Miejsce	Osoba	Czynność	Rodzaj ŚOO lub procedury
Pacjenci ambulatoryjni			
Gabinet	Pracownicy służby zdrowia	Badanie przedmiotowe pacjenta z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem COVID-19	Środki ochrony kontaktowej i kropelkowej, w tym: maseczka chirurgiczna fartuch jednorazowy rękawiczki ochrona oczu (gogle lub osłona twarzy)
	Pacjenci z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem COVID-19	jakakolwiek	należy zapewnić pacjentowi maseczkę chirurgiczną, jeśli ją toleruje Należy nakazać pacjentowi przestrzegać higieny rąk.
	Pozostały personel (sallowe, serwisanci, technicy – przyp. tłum.)	Po i pomiędzy konsultacjami pacjentów z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem COVID-19	Środki ochrony kontaktowej i kropelkowej, w tym: maseczka chirurgiczna fartuch jednorazowy rękawiczki ochrona oczu (gogle lub osłona twarzy)
Poczekalnia	Pacjenci z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem COVID-19	jakakolwiek	należy zapewnić pacjentowi maseczkę chirurgiczną, jeśli ją toleruje Należy natychmiast umieścić w osobnym pomieszczeniu lub w miejscu oddalonym od innych ludzi. Jeśli nie jest to możliwe, należy zapewnić odstęp przynajmniej 2m od innych pacjentów.
Pomieszczenia administracyjne	Każdy członek personelu, wliczając w to pracowników służby zdrowia	Czynności administracyjne, niewymagające kontaktu z pacjentem.	żaden ŚOO nie jest wymagany
Segregacja (triaż)	Pracownicy służby zdrowia	Wstępny przesiew, niewymagający bezpośredniego kontaktu	Jeśli jest możliwe zachowanie odstępu przynajmniej 2m lub oddzielenie fizyczną barierą: Żaden ŚOO nie jest wymagany W przeciwnym wypadku, środki ochrony kontaktowej i kropelkowej, w tym: maseczka chirurgiczna fartuch jednorazowy rękawiczki ochrona oczu (gogle lub osłona twarzy)
	Pacjenci podejrzani lub z rozpoznaniem zakażeniem COVID-19	jakakolwiek	Należy zachować odstęp przynajmniej 2 m lub odgrodzić się fizyczną barierą. Należy zapewnić pacjentowi maseczkę chirurgiczną, jeśli ją będzie tolerował. Należy nakazać pacjentowi przestrzegać higieny rąk.

Miejsce	Osoba	Czynność	Rodzaj ŚOO lub procedury
Inne miejsca			
Opieka domowa	Pracownik służby zdrowia	Wizyta u pacjenta z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem COVID-19	Środki ochrony kontaktowej i kropelkowej, w tym: maseczka chirurgiczna fartuch jednorazowy rękawiczki ochrona oczu (gogle lub osłona twarzy)
Opieka długoterminowa	Pracownik służby zdrowia	Opieka nad osobą z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem COVID-19, wliczając pobranie wymazu z gardła lub nosogardzieli	Środki ochrony kontaktowej i kropelkowej, w tym: maseczka chirurgiczna fartuch jednorazowy rękawiczki ochrona oczu (gogle lub osłona twarzy)
	Pracownik służby zdrowia	Prowadzenie CPAP lub odsysanie wydzieliny z otwartych dróg oddechowych u osoby z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem COVID-19	Środki ochrony kontaktowej. Respirator N95. zamykanie drzwi podczas procedury. Ograniczanie ludzi obecnych w pomieszczeniu do minimum.
	Pozostały personel (sallowe, serwisanci, technicy – przyp. tłum.)	Wchodzenie do pomieszczenia osoby z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem COVID-19.	Środki ochrony kontaktowej i kropelkowej, w tym: maseczka chirurgiczna fartuch jednorazowy rękawiczki ochrona oczu (gogle lub osłona twarzy)
	Każdy członek personelu, wliczając w to pracowników służby zdrowia	Czynności administracyjne, niewymagające kontaktu z pacjentem.	żaden ŚOO nie jest wymagany
	odwiedzający	Wchodzenie do pomieszczenia osoby z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem COVID-19. Odwiedziny powinny być ograniczone do minimum.	Środki ochrony kontaktowej i kropelkowej, w tym: maseczka chirurgiczna fartuch jednorazowy rękawiczki ochrona oczu (gogle lub osłona twarzy)

Disclaimer

Niniejszy dokument został przygotowany przez Public Health Ontario (PHO). PHO zapewnia wsparcie naukowe i techniczne rządowi Ontario, organizacjom i świadczeniodawcom służby zdrowia. Praca PHO jest oparta na najlepszych doniesieniach, dostępnych w czasie sporządzania publikacji.

Zastosowanie niniejszego dokumentu odbywa się na odpowiedzialność użytkownika. PHO nie bierze żadnej odpowiedzialności za wykorzystanie i użycie niniejszego dokumentu.

Niniejszy dokument może być reprodukowany bez pozwolenia wyłącznie dla celów niekomercyjnych pod warunkiem właściwego powołania się na PHO. Żadne zmiany ani modyfikacje nie mogą być dokonane w niniejszym dokumencie bez pisemnej zgody PHO.

Źródła

ASGE Ensuring Safety in the Gastrointestinal Endoscopy Unit Task Force, Calderwood AH, Chapman FJ, et al. Guidelines for safety in the gastrointestinal endoscopy unit. *Gastrointest Endosc.* 2014;79(3):363– 372. doi:10.1016/j.gie.2013.12.015.

Ontario Agency for Health Protection and Promotion, Provincial Infectious Disease Advisory Committee. Annex B: Best Practices for Prevention of Transmission of Acute Respiratory Infection. Annexed to: Routine Practices and Additional Precautions in All Health Care Settings. Toronto, ON: Queen’s Printer for Ontario; 2013. Available from: <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/bpprevention-transmission-ari.pdf?la=en>.

Smith JD, MacDougall CC, Johnstone J, Copes RA, Schwartz B, Garber GE. Effectiveness of N95 respirators versus surgical masks in protecting health care workers from acute respiratory infection: a systematic review and meta-analysis. *CMAJ.* 2016;188(8):567-74.

Tran K, Cimon K, Severn M, Pessoa-Silva CL, Conly J. Aerosol generating procedures and risk of transmission of acute respiratory infections to healthcare workers: a systematic review. *PLoS One.* 2012;7(4):e35797.

Kraków, 14 kwietnia 2020 r.

Wybrane zalecenia postępowania w oddziałach anestezyjologii i intensywnej terapii z pacjentami z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem koronawirusem SARS-CoV-2

Poniższe zalecenia nie zawierają pełnych opisów poszczególnych procedur wykonywanych w oddziałach anestezyjologii i intensywnej terapii, odnoszą się do szczególnych czynności i działań w przypadku postępowania z pacjentami z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem koronawirusem SARS-CoV-2.

- Konieczność opracowania i weryfikacja istniejących wewnątrzoddziałowych procedur postępowania z pacjentem z COVID-19, uwzględniających specyfikę, organizację i infrastrukturę oddziału oraz dostępne środki; wyznaczenie poszczególnych stref (pobytu pacjenta, buforowej, śluzy itp.), ciągów komunikacyjnych, sposobów przemieszczania się, przekazywania materiałów czystych i usuwania odpadów, postępowania po kontakcie z pacjentem z COVID-19; opracowanie sposobu komunikowania się zespołu bezpośrednio opiekującego się pacjentem z osobami wspierającymi poza strefą.
 - Zapoznanie personelu z przyjętymi procedurami, przeprowadzenie szkoleń w tym zakresie oraz szkoleń dotyczących stosowania niezbędnych środków ochrony indywidualnej – w odniesieniu do całego personelu medycznego i wspomagającego, w tym serwisu sprzętającego.
 - W miarę możliwości ograniczenie liczby personelu pozostającego w bezpośrednim kontakcie z pacjentem do bezpiecznego minimum.
 - Wyznaczanie zespołów do bezpośredniej opieki nad pacjentem (lekarz – pielęgniarka/ki), wspierane przez wyznaczoną osobę w strefie buforowej (utrzymanie kontaktu, przekazywanie materiału do badań, uzupełnianie niezbędnego sprzętu itp.).
 - Organizowanie i planowanie opieki nad pacjentem w sposób racjonalny, zapewniający pełną opiekę, przy minimalizacji czasu kontaktu bezpośredniego personelu z pacjentem.
 - Wyposażenie oddziału w niezbędne zalecane środki ochrony indywidualnej, dostępne w odpowiednich dla personelu rozmiarach, takich jak:
 - jednorazowe ubrania robocze,
 - obuwie z możliwością skutecznej dekontaminacji / sterylizacji, lub jednorazowe ochraniacze,
 - kombinezony / fartuchy barierowe,
 - czepki chirurgiczne oraz czepki chirurgiczne wiązane,
 - maski:
 - chirurgiczne,
 - FFP2, FFP3,
 - przyłbice / gogle,
 - rękawiczki niesterylne, również z długimi mankietami,
 - zabezpieczenie odpowiedniej ilości środków dezynfekcyjnych (zakaz stosowania środków w postaci aerozoli).
 - Wykorzystanie środków ochrony osobistej zgodnie z istniejącym ryzykiem w kontakcie z pacjentem i wykonywaniu poszczególnych procedur – rygorystyczne szkolenia personelu oraz bieżący nadzór.
 - Przy wykonywaniu procedur inwazyjnych, szczególnie z możliwością generowania aerozoli zaleca się stosowanie następujących środków ochrony indywidualnej dla wykonujących i asystujących osób:
 - kombinezon / fartuch barierowy z ochraniaczami na obuwiu,
 - czepki,
 - maska FFP3 lub FFP2,
 - przyłbica, ew. gogle,
 - rękawiczki podwójne.
- Do procedur generujących aerozole należą: intubacja, ekstubacja, tracheotomia, odsysanie wydzieliny z dróg oddechowych, odłączanie od respiratora, wentylacja nieinwazyjna dodatkimi ciśnieniami, bronchoskopia, nebulizacja, resuscytacja krążeniowo-oddechowa, układanie pacjenta w „prone position”.
- W obsadzie personelu uwzględnienie konieczności zmiany zespołu bezpośrednio zaangażowanego w opiekę nad pacjentem przynajmniej co 4 godziny.
 - W opiece nad pacjentami zapewnienie zdalnego kontaktu zespołu bezpośrednio zaangażowanego w opiekę z osobami poza strefą zakażoną, a także zapewnienie możliwości natychmiastowego wsparcia zespołu zaangażowanego przy pacjencie.
 - W salach chorych intensywnej terapii, szczególnie gdzie wykonywane są zabiegi generujące aerozol, preferowane utrzymanie podciśnienia.
 - Przed przystąpieniem do wykonania poszczególnych czynności i interwencji przy pacjencie staranne przygotowanie niezbędnego sprzętu.
 - Intubacja dotchawicza:
 - w miarę możliwości rozważyć wczesną intubację, co zapobiega wystąpieniu konieczności wykonania pilnej intubacji, w przypadku której istnieje ryzyko niedostatecznego przygotowania się zespołu,

► Ciąg dalszy na str. 29

- zabieg powinien wykonywać doświadczony lekarz – unikanie przedłużonej bądź powtarzanych prób intubacji,
- zalecane stosowanie videolaryngoskopu,
- po intubacji zabezpieczenie sprzętu celem wykonania dekontaminacji i sterylizacji – jeżeli brak jednorazowych zestawów laryngoskopowych,
- worek samorozprężalny, układ oddechowy respiratora lub aparatu do znieczulenia koniecznie zabezpieczony filtrem – wymiennikiem ciepła i wilgoci od pierwszego użycia przy pacjencie,
- do układu oddechowego podłączyć zestaw do odsysania w systemie zamkniętym celem uniknięcia konieczności rozłączania układu podczas toalety dróg oddechowych.
- Resuscytacja krążeniowo-oddechowa:
 - zabezpieczenie w środki ochrony indywidualnej dotyczą wszystkich członków zespołu resuscytacyjnego,
 - rozpoczęcie czynności resuscytacyjnych możliwe dopiero po zastosowaniu tych środków przez członków zespołu.
- „Prone position”:
 - wykonywana przez zespół wyćwiczony w procedurze, z jedną wyznaczoną osobą do koordynowania wszystkich czynności,
 - dla dorosłego pacjenta potrzeba od czterech do sześciu osób dla bezpiecznej zmiany pozycji,
 - przed przystąpieniem do odwracania pacjenta przygotowanie niezbędnego sprzętu – udogodnienia, wałki, podkładki,
 - cały zespół zabezpieczony jak do procedur generujących aerozole,
 - pozostałe postępowanie zgodnie z przyjętą w danym miejscu procedurą / standardem.
- Respirator / wentylacja mechaniczna:
 - układ oddechowy zabezpieczony zawsze filtrem – wymiennikiem ciepła i wilgoci – zwracać uwagę na częstotliwość wymiany filtra zgodnie z zaleceniem producenta lub w przypadku widocznego zawilgocenia,
 - stosowanie układów zamkniętych do odsysania wydzieliny z dróg oddechowych, unikanie rozłączania układu oddechowego,
 - zabezpieczenie przed przypadkowym rozłączeniem układu,
 - w sytuacji konieczności rozłączenia układu (np. wymiana filtra oddechowego), stosowanie klemowania rurki intubacyjnej – utrzymanie dodatniego ciśnienia w drogach oddechowych, zapobieganie wydostania się aerozolu pod ciśnieniem z dróg oddechowych.
- Bronchoskopia:
 - w miarę możliwości stosowanie bronchofiberoskopów jednorazowych,
 - stosowanie sterylnych osłon zabezpieczających miejsce połączenia bronchoskopu z układem oddechowym (portem do wykonywania bronchoskopii), zapobiegających wydostawaniu się aerozolu z dróg oddechowych w czasie zabiegu,
 - zabezpieczenie podwójnym opakowaniem zużytego sprzętu na czas transportu do kontaminacji i sterylizacji (przy braku bronchoskopów jednorazowych), lub wykonanie dezynfekcji wstępnej przez zanurzenie z użyciem środka o spektrum na bakterie, grzyby i wirusy, jeżeli nie można bezpośrednio po zabiegu przekazać sprzętu do centralnej sterylizatorni.
- Czynności pielęgnacyjne:
 - stosowanie środków ułatwiających wykonywanie czynności pielęgnacyjnych takich jak np.: zestawy do bezwodnego mycia pacjenta, dedykowane zestawy do toalety jamy ustnej,
 - przy wykonywaniu czynności pielęgnacyjnych stosowanie pełnego zabezpieczenia w środki ochrony indywidualnej.
- Zapewnienie możliwości wykonania czynności higienicznych personelowi po kontakcie z pacjentem z COVID-19 – toaleta twarzy, jamy ustnej, kąpiel pod prysznicem, zabezpieczenie w zamienną jednorazową odzież roboczą i obuwie.
- Zapewnienie miejsca odpoczynku dla personelu po okresie bezpośredniej opieki nad pacjentem, przed następną zmianą.
- Dbanie o przestrzeganie przyjętych zasad postępowania przez wszystkich członków zespołu.
- Szczególne zwrócenie uwagi na przestrzeganie podstawowych zasad bezpiecznego postępowania:
 - przygotowanie do pracy:
 - spięcie włosów, eliminacja zarostu na twarzy,
 - usunięcie kolczyków, łańcuszków i inne ozdób,
 - nieużywanie identyfikatorów przypinanych ani na smyczy.
 - przygotować ręce zgodnie z obowiązującą procedurą – nic na rękach do wysokości łokcia” (zdjęć zegarek, obrączkę etc.),
 - ręce – mycie i dezynfekcja zgodnie z obowiązującą procedurą,
 - stosowanie rękawic ochronnych,
 - ograniczenie kontaktu z powierzchniami dotykowymi w otoczeniu pacjenta do niezbędnego minimum,
 - nie korzystanie z telefonów komórkowych,
 - w trakcie pracy aż do momentu zdjęcia odzieży ochronnej i pozostałych środków ochrony osobistej nie dotykać maski, twarzy i błon śluzowych.

Opracowano na podstawie:

- Zalecenia Grupy Roboczej ds. Praktyki Polskiego Towarzystwa Pielęgniarek Anestezjologicznych i Intensywnej Opieki – <https://ptpaio.pl/?id=58>
- Zalecenia Grupy Roboczej Konsultanta Krajowego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii – <https://konsultantait.gumed.edu.pl/>
- Wójtewicz M. i wsp.: COVID-19 – co dzisiaj powinien wiedzieć anestezjolog. *Anestezjologia Intensywna Terapija* 2020; 52, 1, 1-9.

Wytyczne do stosowania przez pielęgniarki POZ w czasie epidemii wirusa SARS-CoV-2

W związku z ogłoszeniem stanu epidemii w Polsce i stale rosnącą liczbą zachorowań na **COVID-19** – chorobę wywołaną przez wirusa **SARS-CoV-2** wprowadza się dla pielęgniarek POZ wytyczne, których należy bezwzględnie przestrzegać podczas realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie pielęgniarstwa POZ.

Organizacja pracy pielęgniarki POZ w czasie ogłoszonej epidemii koronawirusem SARS-CoV-2

Zaplanuj pracę w ciągu dnia na:

1. Wizyty domowe – tylko pacjenci wymagający pilnej wizyty domowej w przypadkach uzasadnionych medycznie- po wcześniejszym uzgodnieniu telefonicznym
2. Wizyty w gabinecie pielęgniarki POZ – minimalizuj wizyty - tylko pacjenci z pilnym skierowaniem na zabiegi pozostające w kompetencji pielęgniarki POZ
3. Teleporady w gabinecie pielęgniarki POZ

Wizyty domowe

1. Ogranicz wizyty domowe do wizyt niezbędnych, wyłącznie do pacjentów pilnych! Zminimalizuje to ryzyko dla Ciebie i pacjenta transmisji infekcji COVID-19
2. Pacjent stabilny powinien być poinformowany poprzez rozmowę telefoniczną o możliwości konsultacji z pielęgniarką rodzinną metodą teleporady z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności. Pacjent powinien otrzymać również informację o możliwości otrzymania kodu do e- recepty oraz środków pomocniczych poprzez łączność telefoniczną.
3. Wszystkie wizyty domowe wynikające ze zlecenia lekarza oraz te pozostające w kompetencji pielęgniarki POZ, powinny być poprzedzone wcześniej wywiadem telefonicznym, z pacjentem lub jego rodziną. Wiedza zdobyta podczas wywiadu epidemiologicznego telefonicznego pozwoli na podjęcie szczególnych środków ostrożności podczas wizyty domowej oraz pozwoli na dokładne zaplanowanie działań podczas wizyty domowej. **W rozmowie telefonicznej zadaj pytania:**
 - ▶ czy ktoś z domowników w okresie ostatnich 14 dni przebywał w rejonie transmisji koronawirusa?
 - ▶ czy w ostatnich 14 dniach pacjent miał kontakt z osobą, która wróciła z kraju transmisji koronawirusa?
 - ▶ czy w okresie ostatnich 14 dni pacjent miał kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie koronawirusem SARS CoV-2 ?
 - ▶ czy pacjent lub ktoś z domowników obserwują u siebie objawy ostrej infekcji dróg oddechowych - jak gorączka po wyżej 38°C, kaszel, duszność, trudności w oddychaniu?

Jedna z tych odpowiedzi twierdząca powoduje, że pilna wizyta domowa pielęgniarki rodzinnej musi odbyć się bezwzględnie z zastosowaniem środków ochrony indywidualnej !!

Środki ochrony indywidualnej zgodne z wytycznymi GIS i WHO

UWAGA! Jeżeli pacjent informuje pielęgniarkę, że sam lub inna osoba z domowników ma gorączkę powyżej 38 °C, kaszel, trudności w oddychaniu – proszę ustalić w porozumieniu z lekarzem POZ- teleporadę lekarza POZ. Lekarz POZ podejmie wówczas decyzję co dalej z pacjentem. Natomiast, gdy pacjent informuje, że jest z kontaktu, a nie ma objawów (pacjent bezobjawowy) powinien otrzymać informację od pielęgniarki POZ o konieczności kontaktu telefonicznego ze stacją SANEPID (proszę podać pacjentowi telefon do SANEPID).

Przed wizytą domową przygotuj zestaw środków ochrony indywidualnej

PAMIĘTAJ!!!

Brak dostępności do środków ochrony indywidualnej powoduje, że wizyta domowa powinna zostać przełożona do czasu otrzymania lub wyposażenia pielęgniarkę w środki ochrony indywidualnej !!!

Nie narażaj siebie na zakażenie i przymusową izolację. Pozbawisz przez to innych pacjentów opieki, której przecież potrzebują!

Zalecany zestaw środków ochrony indywidualnej, dla personelu opiekującego się osobą chorą lub podejrzaną o zakażenie

1. 3 - czerwone plastikowe worki- ponumeruj worki 1,2,3
 2. 1- worek plastikowy w innym kolorze
 3. 2 pary rękawiczek
 4. Maski twarzowe z filtrem HEPA, ewentualnie chirurgiczna
 5. Fartuch ochronny nieprzeziąkliwy (lub flizelinowy jeżeli wizyta jest dedykowana wykonaniu iniekcji, innych zabiegów z przerwaniem ciągłości tkanek)
 6. Gogle lub przyłbica
 7. Preparat do dezynfekcji rąk na bazie alkoholu
 8. Pamiętaj o związaniu lub upięciu włosów
- Do wizyty domowej przygotuj tylko niezbędny i potrzebny do wykonania świadczenia zdrowotnego sprzęt.

Organizacja wizyty domowej

1. Umów telefonicznie wizytę domową
 2. Zbierz wywiad epidemiologiczny zgodnie z procedurą wskazaną wyżej. Zbierz potrzebne informacje w celu zaplanowania wizyty
 3. Poproś rodzinę lub pacjenta o wywietrzenie pokoju, w którym przebywa chory bezpośrednio przed wizytą
 4. Poproś aby w pokoju pacjenta podczas wizyty przebywał tylko pacjent, bez rodziny
 5. Poproś aby pacjent miał założoną maskę jednorazową w trakcie pielęgniarstwa wizyty, w sytuacji gdy jej nie posiada, a wynika to z przeprowadzonej wcześniej rozmowy telefonicznej, weź ze sobą dodatkową maskę. Jeśli nie ma takiej możliwości poproś pacjenta, aby zasłonił usta i nos np. rękawnikiem
 6. Ciąg komunikacyjny do miejsca, w którym przebywa chory powinien być drożny, drzwi do pokoju chorego otwarte
 7. Załóż środki ochrony indywidualnej zaraz po wejściu do domu
- Zastosuj poniższy algorytm

Algorytm zakładania środków ochrony osobistej

1. Swoje wierzchnie ubranie włóż do worka foliowego innego koloru niż czerwony.
2. Pamiętaj o zasadzie: „nic po niżej łokcia” co oznacza, że nie możesz mieć na ręku zegarka, pierścionków, innych ozdób na nadgarstkach.
3. Zepnij włosy.
4. Przed założeniem środków ochrony indywidualnej, zdezynfekuj ręce i nadgarstki roztworem na bazie alkoholu zgodnie z instrukcją producenta
5. Załóż pierwsze rękawice (wewnętrzne)
6. Załóż fartuch ochronny, mankiety powinny zachodzić na pierwsze rękawice
7. Załóż maskę ochronną z filtrem HEPA przykładając starannie do twarzy w okolicy ust i nosa i rozłóż ją tak, by dobrze przywieriała (bez żadnych szczelin pomiędzy twarzą a maską), zlokalizuj metalowy pasek i rozmieść na twarzy tak, by środek był w okolicach nosa.

► Ciąg dalszy na str. 31

Zalecenia Konsultanta

Jeżeli nie posiadasz maski z filtrem HEPA, zastępczo załóż maskę chirurgiczną i dopasuj metalowy klips na nosie.

8. Załóż okulary ochronne (gogle) lub przyłbice
9. Załóż rękawice zewnętrzne (drugie)

Nigdy nie dotykaj maseczki w trakcie jej noszenia.

Pamiętaj! w domu chorego masz ograniczone możliwości bezpiecznej wymiany maseczki.

8. Wizyta powinna trwać jak najkrócej, maksymalnie 15 minut.
9. Wszystkie zalecenia po wizycie powinny być omówione poprzez teleporadę
10. Zdejmij środki ochrony osobistej stosując poniższy algorytm

Algorytm zdejmowania środków ochrony osobistej

1. Zdejmij zewnętrzne rękawice wraz z fartuchem ochronnym i umieść natychmiast w 1 czerwonym worku
2. Zdejmij gogle lub przyłbice i natychmiast umieść w 2 czerwonym worku (po powrocie z wizyty będziesz musiała je umyć i zdezynfekować)
3. Zdezynfekuj rękawice wewnętrzne
4. Zdejmij maskę ochronną twarzą, (jeżeli użyłaś maski z filtrem HEPA pamiętaj aby najpierw zdjąć taśmy nagłowia potyliczną i szyjną i trzymając czaszę maski odsuń maskę od twarzy zdejmując ją - umieść natychmiast w 1 czerwonym worku
5. Zdejmij wewnętrzne rękawice i umieść w 1 czerwonym worku,
6. Worek zwiń i włóż do 3 czerwonego worka.
7. Zamknij szczelnie tak aby w trakcie jazdy samochodem brudne akcesoria nie miały możliwości przemieszczania się
8. Zdezynfekuj dłonie i nadgarstki preparatem na bazie alkoholu zgodnie z instrukcją producenta
9. Pamiętaj o dezynfekcji sprzętu, który użyłaś podczas udzielania świadczenia

Pamiętaj!

Pacjent, który wymaga pilnej wizyty pielęgniarki rodzinnej – uzasadnionej jego stanem zdrowia, **nie może pozostać bez opieki!**

Na bieżąco śledź wytyczne Głównego Inspektora Sanitarnego! Na bieżąco śledź ogłoszenia i komunikaty Ministra Zdrowia!
Sytuacja zmienia się dynamicznie.

Realizacja świadczeń pielęgniarskich w gabinecie pielęgniarki POZ w trakcie epidemii koronawirusa

1. Umieść informacje w widocznym miejscu o dostępności świadczeń pielęgniarskich w gabinecie pielęgniarki POZ – harmonogram
2. Realizacja zabiegów pozostających w kompetencji pielęgniarki POZ odbywa się zgodnie z ustalonym i podanym do wiadomości pacjentów harmonogramem.
3. Każdy pacjent wymagający pilnej realizacji świadczeń pielęgniarskich musi być przyjęty z zachowaniem bezpieczeństwa – przeprowadź wywiad epidemiologiczny dotyczący wirusa SARS-CoV-2, w celu oceny ryzyka COVID-19 (schemat jak wyżej)
4. Świadczenia wykonuj z założeniem środków ochrony indywidualnej
5. Pacjent do gabinetu pielęgniarki POZ powinien wejść w maseczce ochronnej, przekazać maseczkę ochronną pacjentowi natychmiast po wejściu do przychodni
6. Wizyta powinna trwać krótko
7. Wywietrz gabinet po każdym pacjencie
8. Nie zapominaj o częstym myciu rąk oraz dezynfekcji
9. Dezynfekuj klamki oraz miejsca dotykowe kilka razy w ciągu dnia
10. Pamiętaj o dezynfekcji sprzętu, który używasz- glukometr, stetoskop oraz każdy inny

Wszystko dokumentujemy w indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta

Teleporady w gabinecie pielęgniarki POZ

1. Przygotuj się do teleporady, przygotuj dokumentację pacjenta

2. Zbierz dokładny wywiad, zdefiniuj problemy.
3. Udzielaj teleporady jednocześnie tylko jednemu pacjentowi.
4. Udzielanie kilku teleporad jednocześnie - grozi popełnieniem błędu!
5. Jeżeli udzielasz teleporady a w trakcie przyszedł pacjent do gabinetu, poproś aby zaczekał. Udzielanie jednocześnie dwóch konsultacji obciążone jest błędem!
6. Zawsze pytaj pacjenta czy dobrze zrozumiał, to o czym rozmawialiście
7. Formułuj jasno zalecenia i upewnij się czy pacjent będzie je stosował
8. Edukuj pacjenta, monitoruj telefonicznie efekty edukacji
9. Kontroluj. Jeżeli wydałaś zalecenia, poproś aby pacjent dzwonił i zwrótnie informował o realizacji zaleceń.
Jeżeli to możliwe poproś o przysłanie zdjęcia, aby się upewnić, że nie doszło do błędu.

Wszystkie teleporady muszą być udokumentowane w indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta.

Ważne!

Pamiętaj o wpisaniu również godziny teleporady.

Może się zdarzyć, że będziesz zmuszona poddać się obowiązkowej kwarantannie. W domu masz małe dzieci lub osobę starszą, poproś Wojewodę z Twojego terenu o wskazanie miejsca odbycia kwarantanny poza domem.

Masz takie prawo.

Telefon znajdziesz na stronie Zarządzania Kryzysowego właściwego Urzędu Wojewódzkiego

Pamiętaj!

W Okręgowych Izbach Pielęgniarek i Położnych istnieje możliwość rozmowy z psychologiem. Jeżeli potrzebujesz pomocy -skontaktuj się z Twoją Okręgową Izbą a otrzymasz pomoc psychologiczną.

Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie uruchomiło porady dla pielęgniarek. Masz wątpliwości – zadzwoń i upewnij się abyś czuła się bezpiecznie. **Tel. 22 398 18 72**

WYTYCZNE POSTĘPOWANIA DLA PIELĘGNIAREK MAJĄCYCH KONTAKT Z OSOBĄ ZAKAŻONĄ SARS-CoV-2

Zalecenia Ministerstwa Zdrowia, Państwowej Inspekcji Sanitarnej

1. Podstawą wszelkich działań pielęgniarki jest postępowanie zgodne z procedurami przewidzianymi dla postępowania z pacjentami chorymi na choroby zakaźne układu oddechowego.
2. W przypadku podjęcia przez pielęgniarkę podejrzenia o zakażenie koronawirusem (np. w wyniku postępowania niezgodnego z ww. procedurami lub wystąpienia zdarzenia ryzykownego), wskazane jest przeprowadzenie badania w kierunku koronawirusa.
3. Badanie może być przeprowadzone dla personelu medycznego bez konieczności pojawienia się typowych objawów jak gorączka, kaszel, duszność.
4. Badanie można przeprowadzić dopiero na następny dzień po zaobserwowaniu objawów (optymalny punkt pobrania materiału gwarantujący 95% wiarygodności wyniku).
5. Jedynie badanie przeprowadzone w 7 dniu (co wynika z okresu wylegania 2-14 dni, średnio 5-7 dni) od wystąpienia zdarzenia o wysokim ryzyku kontaktu, może potwierdzić lub wykluczyć zakażenie SARS-CoV-2
6. Badanie polega na pobraniu próbki (głęboki wymaz z gardła) wyłącznie przez delegowane i wykwalifikowane w tym kierunku osoby, z zachowaniem przyjętych procedur.
7. Wynik ujemny badania na zakażenie SARS-CoV-2 w podanym terminie (7 dni od zdarzenia – połowa okresu kwarantanny) lub w terminie późniejszym należy interpretować, jako brak zakażenia.
8. Po uzyskaniu wyniku ujemnego pielęgniarka może niezwłocznie wrócić do pracy, obserwując swój stan zdrowia.

Na bieżąco śledź wytyczne Głównego Inspektora Sanitarnego! Na bieżąco śledź ogłoszenia i komunikaty Ministra Zdrowia!
Sytuacja zmienia się dynamicznie.

Zalecenia Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Instrumentariuszek dla pielęgniarek operacyjnych pracujących przy operacjach pacjentów z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem wirusem SARS-CoV-2

Poniższe zalecenia nie oddają całości opieki pielęgniarek operacyjnych w fazie przedoperacyjnej, śródoperacyjnej i pooperacyjnej. Charakter tej opieki został opisany w standardach pielęgniarskiej praktyki klinicznej w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego i obowiązują one również podczas opieki nad pacjentem z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem wirusem SARS-CoV-2.

Celem niniejszego dokumentu jest wskazanie dodatkowych zachowań i podkreślenie tych aspektów opieki, które mają na celu zwiększenie bezpieczeństwa operowanego pacjenta i personelu.

Poniższe zalecenia nie uwzględniają wszystkich rozwiązań architektonicznych występujących w blokach operacyjnych w Polsce. Należy zatem dostosować je do swoich warunków lokalowych. Zdaniem Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Instrumentariuszek należy pracować według procedur obowiązujących w danych jednostkach w sytuacji kontaktu z pacjentem zakażonym lub podejrzanym o zakażenie patogenem alarmowym.

Niedopuszczalne są praktyki delegowania personelu do pracy w dwóch jednostkach organizacyjnych danego szpitala podczas jednego dyżuru (na przykład delegowanie pielęgniarek operacyjnych do pracy w oddziale, czy na SOR, a potem powrotu na blok operacyjny).

Przy opracowywaniu niniejszych zaleceń korzystano z:

1. Zalecenia ECDC dotyczące zakładania i zdejmowania środków ochrony indywidualnej w czasie opieki nad pacjentami z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem wirusem SARS-CoV-2.
2. Dołba A. Blok operacyjny. Praktyczne ABC, Medipage, 2019
3. Ciuruś M. Procedury higieny w placówkach ochrony zdrowia, Instytut Problemów Ochrony Zdrowia, 2013
4. Ming Hua Zeng i wsp. Minimally invasive surgery and the novel coronavirus outbreak: lessons learned in China and Italy,

Faza przedoperacyjna:

1. Po otrzymaniu wiadomości o konieczności przeprowadzenia operacji u pacjenta z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 obie pielęgniarki pracują zgodnie z wewnętrznymi procedurami dotyczącymi pracy z pacjentem zakażonym lub podejrzanym o zakażenie patogenem alarmowym.
2. Pielęgniarki operacyjne mają być powiadomione o rodzaju operacji, metodzie (operacja klasyczna czy techniki małoinwazyjne) oraz o dodatkowym sprzęcie (nie używanym standardowo), w przypadku posiadania kilku rodzajów aparatury lekarz powinien określić swoje wymagania przed przybyciem pacjenta na blok operacyjny (unikanie zbędnego otwierania drzwi z sali operacyjnej)
3. Zaleca się stosowanie ubrania operacyjnego jednorazowego, jednorazowych czapek oraz masek chirurgicznych wiązanych (lepiej przylegają do twarzy). Rekomenduje się stosowanie półmasek FFP2/FFP3 z zastawką lub bez.
4. Zaleca się stosowanie przyłbicy lub gogli. Osoba pracująca w okularach korekcyjnych powinna założyć przyłbicę.
5. Zaleca się pracę w dwóch parach rękawic.
6. Podczas wykonywania procedur wymagających stosowania sterylnych zestawów, w tym procedur wykonywanych w pracowniach radiologii zabiegowej u pacjentów z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 **wymagana jest obecność co najmniej dwóch wyszkolonych pielęgniarek operacyjnych**. Niedopuszczalne jest by funkcję pielęgniarki operacyjnej pomagającej pełniła osoba spoza bloku operacyjnego/pracowni radiologii zabiegowej, na przykład pielęgniarka z oddziału.
7. Na sali operacyjnej powinna zostać zgromadzona aparatura medyczna, niezbędna do przeprowadzenia operacji. Na sali operacyjnej nie można gromadzić rzeczy „na wszelki wypadek”
8. Zaleca się by podczas operacji wykonywanych u pacjentów z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 była dostępna dodatkowa pielęgniarka operacyjna, mająca za zadanie bycia łącznikiem zespołu operacyjnego, przebywająca poza salą operacyjną. Do jej obowiązków należy przyniesienie potrzebnych wyrobów medycznych z innych pomieszczeń bloku operacyjnego i oddanie ich w ręce pielęgniarki operacyjnej poma-

gającej, która - w miarę możliwości architektonicznych - nie wychodzi na korytarz czysty. Pielęgniarka operacyjna dodatkowa, ma podawać pakiety w rękawicach ochronnych. Celem komunikacji z dodatkową pielęgniarką operacyjną należy używać wewnętrznego interkomu, telefonu wewnętrznego itp. W przypadku braku takiego systemu łączności - ustalić inny sposób, na przykład kartki z nazwą sprzętu pokazywane przez szybę.

9. Jeżeli nie ma możliwości korzystania z pomocy dodatkowej pielęgniarki operacyjnej - wyroby medyczne, które pielęgniarki operacyjne przygotowują „na wszelki wypadek” (na przykład w razie przewidywanej konwersji, rozszerzenia zabiegu itp.) nie powinny być wnoszone na salę operacyjną, lecz przygotowane na odrębnym wózku i pozostawione w „korytarzu czystym”, do którego pielęgniarka operacyjna pomagająca wchodzi przez myjnię, gdzie po zdjęciu rękawic ochronnych, dezynfekuje dłonie. Na stoliku powinno być pudełko z rękawicami ochronnymi, które zakłada pielęgniarka operacyjna pomagająca przed zabraniem potrzebnego przedmiotu. Ponowne wejście na salę operacyjną odbywa się przez służbę pacjenta/ myjnię.
10. Pielęgniarki operacyjne wchodzą na salę operacyjną celem przygotowania potrzebnych wyrobów medycznych do zabiegu operacyjnego/ procedury radiologii zabiegowej (zestaw z narzędziami, zestaw do obłożenia pola operacyjnego, nici chirurgiczne itp.) ubrane w czapkę, maskę i po wykonaniu higieny rąk (mycie + dezynfekcja). Zgromadzenie niezbędnych wyrobów medycznych ma nastąpić przed przyjazdem pacjenta na salę operacyjną.
11. Pielęgniarki operacyjne ponownie wchodzą na salę operacyjną po znieczuleniu pacjenta.

Tab.1 postępowanie pielęgniarek operacyjnych w fazie przedoperacyjnej

pielęgniarka operacyjna instrumentująca	pielęgniarka operacyjna pomagająca
zaleca się dodatkowo zastosowanie przyłbicy. Kolejność zakładania taka jak obowiązuje w bloku operacyjnym: czapka, maska, przyłbica/google (Dołba, s. 4-11)	zaleca się dodatkowo ubranie się w fartuch chirurgiczny i rękawice ochronne (można użyć dwie pary), najlepiej nitrylowe oraz google/przyłbica(zalecenia ECDC)
niedopuszczalne jest przebywanie na sali operacyjnej w obuwii innym niż obuwie operacyjne. Chociaż nie zaleca się stosowania ochraniaczy na obuwie, (M. Ciuruś Procedury higieny w placówkach ochrony zdrowia, s. 330), to należy rozważyć ich zastosowanie, zwłaszcza, przy procedurach, gdzie istnieje duże ryzyko ekspozycji na płyny ustrojowe /IPIM. Stosowanie kombinizonów w bloku operacyjnym nie jest wymagane (zalecenia ECDC).	
mycie chirurgiczne rąk (mycie + dezynfekcja) następuje po ubraniu w czapkę, maskę i przyłbicę/google.	wykonanie higieny rąk (mycie + dezynfekcja) następuje po ubraniu się w czapkę, maskę, zaleca się stosowanie gogli/przyłbicy
kolejno: założenie rękawic sterylnych, fartucha chirurgicznego barierowego, zawiązanie fartucha chirurgicznego, założenie drugiej pary rękawic	otwarcie pakietu z fartuchem i pomoc w ubraniu
przygotowanie stolika Mayo i stołu narzędziowego	otwarcie zestawów
liczenie narzędzi i materiału opatrunkowego. Przeprowadzają dwie pielęgniarki operacyjne	

Faza śródoperacyjna

- Konieczna jest ścisła współpraca, spokój i przestrzeganie zasad właściwej komunikacji. Pielęgniarka operacyjna pomagająca ma otrzymywać jeden komunikat od jednej osoby w jednym czasie.
- Niedopuszczalne jest wprowadzanie atmosfery pośpiechu
- Należy dbać o odsysanie dymów chirurgicznych z pola operacyjnego

Tab. 2 postępowanie pielęgniarek operacyjnych w fazie śródoperacyjnej

pielęgniarka operacyjna instrumentująca	pielęgniarka operacyjna pomagająca
podczas instrumentowania zaleca się stosowanie tzw. bezpiecznych skalpeli (z chowanym ostrzem). Jeżeli nie ma ich - wskazane jest podawanie skalpela i innych przedmiotów mogących być przyczyną zranienia wykorzystując tzw. stół pośredni (specjalne tacki z karbowanym dnem, ułatwiającym chwycenie podanego narzędzia). W przypadku braku w/w tacki należy wykorzystać na przykład miskę nerkową, umieszczając przedmiot w sposób umożliwiający bezpieczne chwycenie narzędzia (na przykład na dnie miski położyć serwetę), a na niej przedmiot). Chirurg powinien oddać taki przedmiot również przy użyciu tacki	otwieranie pakietów z produktami medycznymi w dobrze dobranych rękawicach ochronnych. Uwaga na możliwość zbrudzenia wnętrza opakowania w przypadku zbyt dużych rękawic

szczególna uwaga podczas oddawania preparatów do badania, zwłaszcza bakteriologicznego	odpowiednie zabezpieczenie preparatu. Materiały do badań bakteriologicznych powinny zostać umieszczone dodatkowo w pojemniku, najlepiej przezroczystym, zakręcanym, dostosowanym do wymiarów urządzenia służącego do otwarcia probówki w laboratorium (wewnętrzne procedury). Zaleca się stosowanie opakowań typu woreczek biohazard z zamknięciem strunowym. Tak zapakowany materiał wkłada się do pojemnika transportowego i wysyła do pracowni mikrobiologicznej
	przewodzenie protokołu pielęgniarstwa operacyjnego. Zaleca się tworzenie dokumentów elektronicznych
przed zasyciem jamy ciała i przed zakończeniem operacji - obie pielęgniarki operacyjne liczą materiał opatrunkowy według wewnętrznej procedury. Podczas tej czynności pielęgniarstwa operacyjne nie mogą wykonywać innych czynności	

Faza pooperacyjna

Faza opieki pooperacyjnej jest najbardziej zróżnicowaną, ponieważ procedury dotyczące dekontaminacji narzędzi po operacjach oraz plany higieny, opracowane przez Zespół Kontroli Zakażeń zawsze uwzględniają warunki nie tylko architektoniczne, ale i organizacyjne (na przykład outsourcing procesu dekontaminacji). **Zatem wszystkie czynności w tej fazie mają przebiegać zgodnie z wewnętrznymi procedurami.** Niemniej jednak poniżej przedstawiono najważniejsze zasady obowiązujące pielęgniarstwa operacyjnego i personel sprząający, mający styczność z pacjentami z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem wirusem SARS-CoV-2

1. Po zakończonym procesie liczenia narzędzi, pielęgniarka operacyjna pomagająca otwiera drzwi na korytarz brudny podjeżdża wózkami bliżej drzwi. Na wózku umieszczona jest kuweta/kontener na zużyte narzędzia chirurgiczne. Pielęgniarka operacyjna instrumentująca wkłada wszystkie narzędzia (rozpięte, za wyjątkiem opinaków), do pojemnika. Jeżeli to możliwe - zaleca się przeprowadzenie wstępnej dezynfekcji w jednym z wyznaczonych pomieszczeń w korytarzu brudnym, stosując metodę zanurzeniową (M. Ciurus, Procedury...s. 331). Proces dekontaminacji ma być przeprowadzany według wewnętrznych procedur

2. Obie pielęgniarki operacyjne opuszczają salę operacyjną w sposób opisany poniżej (jeśli to możliwe - przed wybudzeniem pacjenta)

Tab.3 sposób opuszczenia sali operacyjnej po operacji u pacjenta zakażonego lub podejrzanego o zakażenie wirusem SARS-CoV-2

pielęgniarka operacyjna instrumentująca	pielęgniarka operacyjna pomagająca
zdjęcie środków ochrony indywidualnej w sposób przewidziany w bloku operacyjnym (Dołba, s. 22), to jest: zdejmując fartuch operacyjny pociągając do siebie, nie dotykając wewnętrznej strony fartucha, następnie zdejmując wierzchnią parę rękawic chirurgicznych, dezynfekuje rękawice, zdejmując przyłbicę, zdejmując drugą parę rękawic, dezynfekuje ręce, wkłada rękawice ochronne, zdejmując maskę chirurgiczną i czapkę	zdejmuje fartuch (nie dotykając wewnętrznej strony fartucha), zdejmując rękawice ochronne, zdejmując (w rękawicach ochronnych), gogle/przyłbicę, dezynfekuje dłonie, zakłada rękawice ochronne zdejmując maskę i czapkę
przechodzi do pomieszczenia nie mającego styczności z korytarzem czystym na przykład myjnia chirurgiczna, w której przygotowany jest wózek z jednorazowymi ubraniami i pudełko z butami operacyjnymi oraz czerwony worek na odpady medyczne. Zdejmuje jednorazową bluzę, najlepiej rozrywając ją, następnie zsuwa spodnie, ubiera bluzę i spodnie, zakłada nową parę butów. Po zakończeniu pracy w obrębie sali operacyjnej i przebraniu się - wszystkie osoby pracujące na niej powinny wziąć prysznic.	

Sprzątanie sali operacyjnej po operacji u pacjenta podejrzanego o zakażenie lub zakażonego wirusem SARS CoV-2

Należy wdrożyć procedurę sprzątania generalnego, opracowaną przez Zespół Kontroli Zakażeń. Do dezynfekcji sprzętu medycznego personel sprząający ma użyć środków opisanych w szpitalnym planie higieny, nie zaleca się stosowania preparatów w sprayu. Pielęgniarki operacyjne nie zajmują się dezynfekcją wyłączników nożnych (od diatermii, laserów itp.) ani dezynfekcją kabli z elektrody biernej czy pozostałego sprzętu (kolumna laparoskopowa, stół operacyjny, stolik Mayo itp). Podczas sprzątania należy zachować właściwą kolejność, opisaną w wewnętrznej procedurze.

Pielęgniarki operacyjne odpowiadają za przeprowadzenie dezynfekcji w sali operacyjnej wnętrza szaf/szuflad, w których są umieszczone wyroby medyczne.

Uwaga: Personel sprząający ma stosować środki ochrony osobistej, w tym maskę chirurgiczną. Po zakończeniu sprzątania personel sprząający wystawia wózek na korytarz brudny, a następnie zdejmując środki ochrony osobistej w sposób opisany wcześniej, opuszcza salę operacyjną przez pomieszczenie nie mające kontaktu z korytarzem czystym, na przykład przez myjnię, gdzie przebiera się i zakłada nowe buty.

W korytarzu brudnym, po założeniu środków ochrony osobistej, w tym foliowego fartucha i przeprowadzeniu dezynfekcji wózka do sprzątania - zaleca się by personel sprząający, po zdjęciu środków ochrony osobistej, ponownie wykonał higienę rąk (mycie +dezynfekcja) i przebrał się w nowe ubranie, najlepiej jednorazowe.

Jeżeli istnieje taka możliwość sala operacyjna powinna zostać poddana fumigacji.

Po zakończeniu sprzątania generalnego zaleca się czasowe wyłączenie sali operacyjnej na czas potrzebny do całkowitej wymiany powietrza.

Przypadki szczególne:

- **amputacja kończyny:** pielęgniarka operacyjna pomagająca podaje worek czerwony z wywiniętymi brzegami (ręce w rękawicach ochronnych schowane w „mankiecie” z worka), kończyna umieszczona jest w worku, worek zawiązany, założenie drugiego worka, opisanie go symbolem przewidzianym dla szczątków ludzkich, oddanie go do spalania według wewnętrznej procedury. Po zabezpieczeniu kończyny w podwójny worek i wyniesieniu jej na korytarz „brudny” pielęgniarka operacyjna pomagająca zdejmując i wyrzucając rękawice do czerwonego worka, dezynfekuje dłonie i ponownie zakłada rękawice ochronne,
- **zabezpieczanie preparatów tkankowych** - pielęgniarka operacyjna pomagająca opisuje preparat, umieszcza go w pojemniku przy pomocy długiego narzędzia (na przykład korcang). Pojemnik musi być na tyle duży, aby podczas wkładania do niego tkanki nie zabrudzić jego strony zewnętrznej, pojemnik zakręcić, opisać i trzymać na sali operacyjnej do zakończenia operacji. Po zakończeniu operacji, wynieść pojemnik na brudny korytarz. Po wyjściu z sali operacyjnej, pojemnik z preparatem wynieść do pomieszczenia w bloku operacyjnym przeznaczającego na preparaty, wlać formalinę,
- **pobieranie preparatów mikrobiologicznych** - stosowanie się do wewnętrznych procedur postępowania z preparatami mikrobiologicznymi u pacjentów z patogenami alarmowymi. Należy pamiętać, że szczególnie niebezpieczne są preparaty pobrane z jamy opłucnej/drzewa oskrzelowego. Należy takie próbki umieścić dodatkowo w szczelnie zamykanym pojemniku, najlepiej przezroczystym,
- **operacje laparoskopowe:** należy odsysać dymy chirurgiczne z pola operacyjnego, unikać gwałtownego otwierania zaworów trokarów, zwłaszcza w sytuacji, gdy używa się noża harmonicznego (niska temperatura aerozoli powstałych w wyniku działania noża harmonicznego powoduje, że w dymie chirurgicznym mogą być komórkowe składniki wirusa), parametry koagulacji ustawione na możliwie niskim (ale skutecznym) poziomie. Lekarze powinni unikać długiego używania diatermii lub noża harmonicznego w jednym miejscu (redukcja dymów chirurgicznych)



Zalecenia w stanie epidemii wirusa SARS-CoV-2 wywołującego chorobę COVID-19 dla położnych rodzinnych / położnych podstawowej opieki zdrowotnej

Aktualizacja z dnia 30.03.2020 r.

Rekomendacje: Ogólnopolskie Stowarzyszenie Położnych Polskie Towarzystwo Położnych

W związku ze wzrostem ryzyka zarażenia wirusem SARS-CoV-2 oraz rozwojem epidemii zachorowań na COVID-19 w Polsce, w celu zminimalizowania ryzyka transmisji infekcji COVID-19, poprzez ograniczanie kontaktów z pacjentkami przebywającymi w domach należy zastosować możliwość wykonywania i rozliczania wizyt/porad położnej, realizowanych w ramach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna, z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności, o ile czasowe zaniechanie świadczeń wykonywanych osobiście w domu pacjentki nie zagraża pogorszeniem stanu zdrowia podopiecznych.

Porady i wizyty z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności, obejmujące opiekę nad kobietą, noworodkiem i niemowlęciem do ukończenia 2. (drugiego) miesiąca życia, realizowane zgodnie z zapotrzebowaniem w nieograniczonej liczbie, w ramach kolejnych wizyt patronażowych mogą w istotny sposób ograniczyć ryzyko rozprzestrzeniania się wirusa SARS-CoV-2, ułatwiać izolację osób, mogących zarażać wirusem innych oraz rozwiewać obawy podopiecznych dotyczące ich sytuacji zdrowotnej.

Należy bezwzględnie pamiętać o indywidualnym podejściu do każdej pacjentki, z uwzględnieniem dynamicznie zmieniającej się sytuacji epidemiologicznej.

I. PLANOWANIE WIZYTY PATRONAŻOWEJ

1. W celu zminimalizowania ryzyka transmisji infekcji COVID-19 należy ograniczyć nie tylko bezpośrednie kontakty położnej do niezbędnego minimum, ale również czas trwania bezpośredniej wizyty w miejscu pobytu matki i dziecka, gdy jest ona uzasadniona ich stanem zdrowia i problemami zgłaszanymi przez podopiecznych, które nie mogą być rozwiązane za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności.
2. Pierwsza wizyta patronażowa powinna odbyć się w miejscu pobytu matki i dziecka, nie później niż w ciągu 48 godzin od otrzymania przez położną zgłoszenia urodzenia dziecka od podmiotu leczniczego. Podczas tej wizyty położna POZ przede wszystkim jest zobowiązana dokonać oceny stanu zdrowia położnicy i noworodka oraz zwrócić uwagę na relacje w rodzinie i wydolność opiekuńczą rodziny.
3. Położna POZ przed udaniem się na wizytę patronażową powinna dokonać rejestracji pacjentki w systemie informatycznym wraz ze sprawdzeniem w systemie e-WUŚ jej prawa do świadczeń medycznych oraz informacji, czy pacjentka nie jest obecnie w okresie kwarantanny.
4. W sytuacji, gdy położnica nie wyraża zgody na wizytę patronażową w miejscu pobytu matki i dziecka, fakt ten powinien być odnotowany w dokumentacji medycznej (należy uzyskać pisemne autoryzowane potwierdzenie takiej decyzji, która może zostać przesłana do położnej drogą elektroniczną - scan, zdjęcie), a położna jest zobowiązana do udzielenia porady z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności.
5. Każda wizyta domowa musi być zawsze poprzedzona rozmową telefoniczną, podczas której położna POZ przeprowadza w pierwszej kolejności wywiad epidemiologiczny dotyczący wirusa SARS-CoV-2, w celu oceny ryzyka COVID-19 i podjęcia decyzji o odbyciu wizyty w środowisku domowym:
 - 1) Czy w okresie ostatnich 14 dni ktoś z domowników przebywał w rejonie transmisji koronawirusa? (lista krajów jest publikowana codziennie na stronie www.gis.gov.pl)
 - 2) Czy w okresie ostatnich 14 dni Pacjentka miała kontakt z osobą, u której zostało potwierdzone zakażenie koronawirusem?
 - 3) Czy występują u Pacjentki (lub u innych osób wspólnie zamieszkujących) objawy: gorączka powyżej 38°C, kaszel, uczucie duszności?
6. W przypadku osób izolowanych w warunkach domowych bądź poddanych kwarantannie w związku z kontaktem z osobą zakażoną wirusem SARS-CoV-2 (dotyczy pacjentki lub któregośkolwiek z domowników) należy zrezygnować z udzielenia świadczenia obejmującego opiekę nad kobietą, noworodkiem i niemowlęciem do ukończenia 2. (drugiego) miesiąca życia, realizowanego w ramach wizyt patronażowych. To świadczenie powinno być zrealizowane jako wizyta/porada z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności (o ile czasowe zaniechanie świadczeń wykonywanych osobiście nie zagraża pogorszeniem stanu zdrowia podopiecznych).
7. Jeśli na wszystkie pytania z wywiadu epidemiologicznego pacjentka odpowie przecząco, należy następnie przeprowadzić szczegółowy wywiad dotyczący położnicy i jej dziecka, aby zminimalizować czas pobytu w środowisku domowym podopiecznych, ograniczając go do badania przedmiotowego matki i dziecka i ewentualnego zdjęcia szwów z rany kroczącej lub szwów z rany po cięciu cesarskim.
8. Przed wizytą można zwrócić się do pacjentki z prośbą o przesłanie drogą elektroniczną zdjęcia/scanu karty informacyjnej pobytu w szpitalu położnicy i noworodka.

9. Należy uprzedzić pacjentkę, że wizyta będzie krótka i omówienie kolejnych problemów zdiagnozowanych podczas wizyty patronażowej nastąpi ponownie przez telefon, a zalecenia będą przesłane po skończonej wizycie w formie wiadomości tekstowej.
10. Podczas rozmowy telefonicznej, poprzedzającej wizytę należy poinformować, aby ułatwić wejście położnej do mieszkania, nie blokować wjazdu na posesję, zamknąć zwierzęta domowe, ograniczyć kontakt z domownikami, dobrze wywietrzyć pomieszczenia i jeśli to możliwe, przetrzeć klamki i powierzchnie dotykowe preparatem dezynfekcyjnym lub wodą z detergentem.

II. PRZEBIEG WIZYTY PATRONAŻOWEJ

1. Wizyta patronażowa powinna być wcześniej uzgodniona na konkretną godzinę, a czas wizyty powinien być ograniczony do niezbędnego minimum, nie przekraczający 15 minut, szczególnie w sytuacji, gdy pacjentka jeszcze w okresie ciąży była objęta edukacją przedporodową prowadzoną przez daną położną POZ.
2. Do domu pacjentki należy przynieść tylko niezbędny sprzęt (waga, aparat do pomiaru ciśnienia tętniczego, termometr), narzędzia, środki i materiały opatrunkowe, przeznaczone tylko jednej pacjentki/novorodka w jednej torbie (np. Inianej, z możliwością wyprania w temp. 90°C). Wskazane jest, aby pacjentka przygotowała swój termometr oraz aparat do pomiaru ciśnienia, o ile posiada, w celu zminimalizowania transmisji wirusa. Wówczas pacjentka powinna wykonać pomiar ciśnienia tętniczego krwi własnym aparatem przed wizytą patronażową lub w jej trakcie.
3. Przygotowanie położnej POZ: dłonie bez biżuterii - pierścionków, obrączek, bransoletek i zegarków („nic poniżej łokcia”), krótko obcięte paznokcie, upięte włosy. Położna powinna być ubrana w maskę, okulary ochronne lub przyłbicę, rękawice ochronne 2 pary (wewnętrzne i zewnętrzne).
4. Przed wejściem do pomieszczenia pobytu pacjentki należy pozostawić po przekroczeniu drzwi wejściowych do mieszkania czyste oznakowane dwa czerwone worki na odpady medyczne zakażne, założyć ochraniacze na obuwie, następnie dokonać dezynfekcji rąk przy użyciu roztworu na bazie alkoholu zgodnie z instrukcjami producenta, po założeniu rękawic ochronnych, założyć maskę, ewentualnie okulary ochronne.
5. Przed wejściem do mieszkania, pacjentka powinna dokładnie umyć ręce wodą z mydłem zgodnie z zaleceniami oraz założyć maseczkę – jeśli ją posiada.
6. W czasie wizyty patronażowej położnej w pokoju powinna być tylko matka z dzieckiem, a pozostali domownicy powinni przebywać w innych pomieszczeniach.
7. W domach jednorodzinnych wizyta patronażowa powinna odbywać się w pokoju na niższej kondygnacji budynku (jak najbliższej drzwi wejściowych i łazienki).
8. Drzwi do pokoju / pokoiów, w którym przebywają matka z dzieckiem oraz do łazienki muszą być otwarte w celu ograniczenia kontaktu z dotykanymi powierzchniami.
9. W czasie wizyty położna powinna zachować szczególną ostrożność, wszystkie czynności przy matce i dziecku wykonywać w rękawiczkach, które po użyciu należy wrzucić do czerwonego worka.
10. Rozmowa z pacjentką musi odbywać się z zachowaniem możliwie największej bezpiecznej odległości, zalecane nie mniej niż 1,5 m, z zachowaniem zasad higieny oddychania (zastaniać usta i nos podczas kaszlu, kichania, nie mówić głośno twarzą w twarz).
11. Badanie położnicy, jak również noworodka należy możliwie maksymalnie skrócić.
12. Podczas wizyty należy krótko poinformować o zaleceniach, rozwiewając wątpliwości i przesuwać dalszą konwersację na rozmowę telefoniczną.
13. Po badaniu każdego pacjenta (położnica, noworodek) położna jest zobowiązana umyć ręce i zdezynfekować środkami na bazie alkoholu, a sprzęt medyczny zdezynfekować przed i po jego użyciu.
14. Należy zdezynfekować miejsce umieszczenia dokumentacji medycznej, np. na stole – zachowywać zasady ograniczenia kontaktu fizycznego przy każdym podpisywaniu dokumentów, przestrzegać używania przez pacjentkę własnego długopisu oraz ograniczyć dotykanie kartek poprzez możliwość uzupełnienia dokumentacji w gabinecie po zakończonej wizycie patronażowej.
15. Podczas wizyty położna wpisuje w książeczce zdrowia dziecka tylko niezbędne informacje dotyczące stanu zdrowia dziecka z autoryzacją (można wpisać nazwisko i imię położnej wraz z numerem PWZ, bez konieczności stawiania pieczętki).
16. Należy zdezynfekować drobny sprzęt medyczny stetoskop, ciśnieniomierz, wagę itp. oraz telefon komórkowy (w torebce strunowej), pieczętkę, długopis i inne dotykane elementy.
17. Po zakończonej wizycie, poza miejscem bezpośredniego pobytu matki i dziecka, w bezpiecznym miejscu, należy zdjąć środki ochrony osobistej przestrzegając obowiązujących procedur w tym zakresie, następnie wrzucić do podwójnego czerwonego worka pozostawionego przy drzwiach wejściowych (ostre przedmioty w pojemniku twardościennym),

► Ciąg dalszy na str. 35

który należy zabrać do utylizacji. Jeśli były używane okulary ochronne, należy je zabezpieczyć w osobnym worku (obowiązkowo zdezynfekować przed kolejnym użyciem!).

18. Ręce i nadgarstki należy bezwzględnie zdezynfekować płynem na bazie alkoholu, zgodnie z instrukcją producenta.
19. Wszystkie pomieszczenia przed i po wizycie patronażowej powinny być dobrze wywietrzone.
20. Jeżeli jest taka potrzeba ze strony położnej lub pacjentki - wizytę należy kontynuować z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności.
21. Podczas wizyty patronażowej pacjentka może złożyć oświadczenie o przysługującym jej prawie do świadczeń opieki zdrowotnej za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności. Zgoda na realizację kolejnych wizyt patronażowych z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności może zostać przesłana w formie elektronicznej.
22. Porady i wizyty z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności mogą być udzielane wyłącznie w sytuacji, gdy zakres niezbędnych czynności do zrealizowania na rzecz pacjentki i jej dziecka, nie wymaga osobistej obecności położnej.
23. Jeśli po zdalnym wywiadzie zachodzi konieczność bezpośredniej opieki nad matką i dzieckiem w środowisku domowym, to tak wizyta patronażowa musi być bezwzględnie zrealizowana, przestrzegając zaleceń zawartych w prezentowanej procedurze.
24. W każdym przypadku odroczenia terminu udzielenia świadczenia obejmującego opiekę nad kobietą, noworodkiem i niemowlęciem do ukończenia 2. (drugiego) miesiąca życia, realizowaną w ramach wizyt patronażowych, a szczególnie w razie podjęcia decyzji o czasowym zawieszeniu osobistych wizyt patronażowych i realizowaniu wizyt z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności (co powinno być bezwzględnie udokumentowane), należy ocenić i wziąć pod uwagę uwarunkowania i ryzyko dotyczące stanu zdrowia pacjentów (położnicy i jej dziecka) oraz prawdopodobieństwo jego pogorszenia.
25. W sytuacji, gdy wizyta patronażowa jest niezbędna w miejscu pobytu matki i dziecka (uzasadniona ich sytuacją zdrowotną i zgłaszanymi problemami), a położna, będzie miała bezpośredni kontakt z pacjentką z infekcją dróg oddechowych, poddaną kwarantannie lub znajdującą się pod czynnym nadzorem służb sanitarnych – jest zobowiązana do stosowania zalecanych środków ochrony indywidualnej: maska twarzowa z filtrem, gogle/przyłbice, jednorazowy fartuch wodoodporny z długimi rękawami, dwie pary rękawic jednorazowych (wewnętrzne i zewnętrzne), czapka, foliowe ochraniacze na obuwie.

III. WIZYTY U PACJENTKI GINEKOLOGICZNO-ONKOLOGICZNEJ

U pacjentek po zabiegu chirurgicznym/ginekologicznym, położna POZ wykonuje wizytę na podstawie skierowania od lekarza przekazującego pacjentkę położnej POZ, zgodnie z przedstawionym powyżej schematem, uwzględniając specyfikę wizyty oraz ewentualny kontakt z wydziałami pacjentki (rana po operacji brzusznej lub rana kroczka).

IV. EDUKACJA PRZEDPORODOWA

W celu zminimalizowania ryzyka transmisji infekcji COVID-19 w odniesieniu do kobiet ciężarnych, edukację przedporodową skierowaną do kobiet w ciąży (w tym w ciąży wysokiego ryzyka), począwszy od 21. (dwudziestego pierwszego) tygodnia ciąży do terminu rozwiązania, należy realizować tylko w formie porady z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności, do czasu zakończenia okresu epidemii na terenie kraju.

VI. WIZYTY W GABINECIE POŁOŻNEJ POZ

1. Położna zapewnia dostępność do świadczeń udzielanych w gabinecie w wymiarze czasowym zgodnie z harmonogramem przekazanym do NFZ.
2. W związku z wysokim ryzykiem epidemiologicznym, wizyty w gabinecie powinny być ograniczone wyłącznie do absolutnie koniecznych.
3. Wszystkie wizyty pacjentek są poprzedzane i ustalone za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności.
4. Jeśli sytuacja tego wymaga (po wykorzystaniu systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności) i zaistnieje konieczność przeprowadzenia wizyty w gabinecie położnej, należy ją zrealizować po wcześniejszym umówieniu się z pacjentką, po przeprowadzeniu wywiadu epidemiologicznego i ustaleniu dokładnej daty i godziny wizyty.
5. Zabiegi związane z pielęgnacją rany i inne zabiegi - należy wykonywać z zachowaniem szczególnych zasad ostrożności i bezwzględnie z zachowaniem aseptyki i antyseptyki.
6. Każda położna musi dokonać analizy ciągu komunikacyjnego do gabinetu położnej POZ i ocenić prawdopodobieństwo kontaktu z osobami chorymi - nie powinno być żadnego pacjenta w poradni w trakcie wizyty pacjentki (potencjalnie zdrowa pacjentka).
7. Po zakończeniu wizyty gabinet położnej POZ i ciąg komunikacyjny, który przebyła pacjentka jest myty i wietrzony, a powierzchnie dotykowe dezynfekowane, przestrzega się rozdzielności czasowej pomiędzy wizytami w gabinecie położnej POZ.

VI. ŚRODKI OCHRONY OSOBISTEJ

1. **Położna jest zobowiązana do wykorzystywania środków ochrony osobistej** zgodnie z istniejącym ryzykiem przy kontakcie z pacjentem i wykonywaniu poszczególnych procedur. Poszczególne rodzaje środków ochrony indywidualnej należy stosować zgodnie z zaleceniami w kontekście choroby COVID-19, z uwzględnieniem warunków, personelu i zakresu podejmowanych czynności.
2. **Zalecany minimalny zestaw środków ochrony indywidualnej do opieki nad podejrzanymi lub potwierdzonymi przypadkami COVID-19** obejmuje: maski FFP2

lub FFP3, okulary, wodoodporny fartuch z długimi rękawami (jeśli fartuchy wodoodporne nie są dostępne, w zamian użyty może być jednorazowy plastikowy fartuch) i rękawice. <https://nipip.pl/wp-content/uploads/2020/03/za%20C5%82.4.PPE-dla-medyka.pdf>

3. Większość elementów środków ochrony indywidualnej występuje w różnych rozmiarach i należy podkreślić, że nie są zgodne z zasadą „jeden rozmiar dla wszystkich”. Właściwe dopasowanie środków ochrony indywidualnej jest niezbędne dla uzyskania ochrony - nieodpowiedni rozmiar nie ochroni użytkownika.

VII. POSTĘPOWANIE Z ODPADAMI MEDYCZNYMI

1. Stosuje się zasady postępowania jak z odpadami medycznymi zakaźnymi:
 - opakowanie wewnętrzne:
2 worki foliowe koloru czerwonego lub sztywny pojemnik koloru czerwonego (w przypadku odpadów medycznych o ostrych końcach i krąwędziach),
 - opakowanie zewnętrzne:
worki foliowy koloru czerwonego.
2. Zewnętrzny worek powinien posiadać metryczkę, znak ostrzegający przed skażeniem biologicznym oraz napis „Materiał zakaźny dla ludzi”.
3. W gabinecie położnej POZ obowiązują kosze na odpady medyczne z dwoma workami foliowymi koloru czerwonego.

VIII. INNE ZALECENIA

Aktualne i wiarygodne informacje na temat wirusa SARS-Cov-2 wywołującego chorobę COVID-19 oraz informacje, jak zachować środki ostrożności, i jak postępować w przypadku podejrzenia zakażenia można znaleźć na poniższych stronach internetowych:

<https://www.gov.pl/web/koronawirus>
<https://www.gov.pl/web/zdrowie/wiadomosci>
<https://gis.gov.pl/kategoria/aktualnosci/>
www.gov.pl/rpp

Osoby spełniające kryterium podejrzenia przypadku COVID-19 należy kierować do oddziału zakaźnego lub poinstruować o możliwości konsultacji telefonicznej ze Stacją Sanitarno-Epidemiologiczną.

KRYTERIA EPIDEMIOLOGICZNE ODNOSZĄCE SIĘ DO PODEJRZENIA ZAKAŻENIA

<https://gis.gov.pl/aktualnosci/definicja-przypadku-na-potrzeby-nadzoru-nad-zakazeniami-ludzi-nowym-koronawirusem-sars-cov-2/>

Każda osoba, która w okresie 14 dni przed wystąpieniem objawów spełniała co najmniej jedno z następujących kryteriów:

- przebywała lub powróciła z obszaru, w którym występuje też lokalna lub o małym stopniu rozpowszechnienia transmisja COVID-19.
- miała **bliski kontakt** z osobą, u której stwierdzono zakażenie COVID-19 (kontakt z przypadkiem potwierdzonym lub prawdopodobnym). Jako bliski kontakt należy rozumieć:
 - zamieszkiwanie z przypadkiem COVID-19,
 - bezpośredni kontakt fizyczny z przypadkiem COVID-19 (np. podanie ręki),
 - bezpośredni kontakt bez zabezpieczania z wydziałami osoby z COVID-19 (np. dotykane zużyte chusteczki higieniczne, narażenie na kaszel osoby chorej),
 - przebywanie w bezpośredniej bliskości (twarzą w twarz) osoby chorej – przez dowolny czas,
 - przebywanie w odległości 2 metrów od przypadku COVID-19 przez czas dłuższy niż 15 minut w sytuacji każdej innej ekspozycji niewymienionej powyżej,
 - personel medyczny lub inna osoba bezpośrednio opiekująca się chorym z COVID-19 lub osoba pracująca w laboratorium bezpośrednio z próbkami osób z COVID-19 bez odpowiedniego zabezpieczenia lub w przypadku, gdy doszło do uszkodzenia stosowanych środków ochrony osobistej lub w przypadku stwierdzenia ich nieprawidłowego zastosowania,
 - kontakt na pokładzie samolotu i innych zbiorowych środków transportu obejmujący osoby zajmujące dwa miejsca (w każdym kierunku) od osoby z COVID-19, osoby towarzyszące w podróży lub sprawujące opiekę, członkowie załogi obsługujący sekcję, w której znajduje się chory (w przypadku ciężkich objawów u osoby z COVID-19 lub jej przemieszczania się za bliski kontakt należy uznać wszystkich pasażerów znajdujących się w sekcji lub na pokładzie środka transportu),
 - uzyskanie informacji od odpowiednich służb, że miał miejsce kontakt z potwierdzonym przypadkiem.

Należy regularnie sprawdzać komunikaty Głównego Inspektora Sanitarnego i Ministerstwa Zdrowia w związku z dynamicznie zmieniającą się sytuacją epidemiologiczną wywołaną wirusem SARS-CoV-2 i postępować zgodnie z algorytmem kwalifikacji chorych do dalszego postępowania, jeżeli wystąpił kontakt z osobą z podejrzeniem zakażenia koronawirusem.

Stanowisko nr 34
Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 1 kwietnia 2020 r.

w sprawie uznania choroby zakaźnej wywołanej u pielęgniarki lub położnej wirusem SARS-CoV-2 za chorobę zawodową

W związku z ogłoszeniem stanu epidemii w Polsce i stale rosnącą liczbą zachorowań na COVID-19, w tym pielęgniarek i położnych - Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych wnioskuje o uznanie choroby zakaźnej wywołanej u pielęgniarki lub położnej wirusem SARS-CoV-2 za chorobę zawodową spowodowaną działaniem czynników szkodliwych dla zdrowia występujących w środowisku pracy albo w związku ze sposobem wykonywania pracy.

Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych zwraca się do Prezesa Rady Ministrów o dokonanie zmian legislacyjnych polegających na wyszczególnieniu choroby zawodowej wywołanej wirusem SARS-CoV-2 w załączniku do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 30 czerwca 2009 r. w sprawie chorób zawodowych (Dz. U. 2009 r. Nr 105, poz. 869).

Samorząd pielęgniarek i położnych reprezentując pielęgniarki i położne walczące z epidemią koronawirusa w szpitalach, domach pacjenta, domach pomocy społecznej - zaznacza, iż są one na pierwszej linii frontu, gdzie zmagają się z nieprzygotowaniem podmiotów leczniczych do walki z epidemią i brakami środków dezynfekcyjnych oraz ochrony osobistej. W związku ze stanem epidemii wynikającym z zagrożenia rozprzestrzeniania się zakażeń wirusem SARS-CoV-2 i koniecznością wprowadzenia szczególnych rozwiązań umożliwiających podejmowanie działań minimalizujących zagrożenie dla zdrowia publicznego, pielęgniarki i położne realizujące świadczenia zdrowotne we wszystkich zakresach opieki zdrowotnej są najbardziej zagrożone zakażeniem wirusem SARS-CoV-2. Aktualnie odpowiedzialność jaka spoczywa na pielęgniarkach i położnych wykonujących zawód uzasadnia uznanie choroby zakaźnej wywołanej wirusem SARS-CoV-2 za chorobę zawodową, która spowodowana została działaniem czynników szkodliwych dla zdrowia występujących w środowisku pracy albo w związku ze sposobem wykonywania pracy.

W związku z powyższym Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych kieruje swoje stanowisko do Prezesa Rady Ministrów oczekując podjęcia wszelkich niezbędnych kroków, aby zapewnić pielęgniarkom i położnym narzędzia i ochronę prawną służącą do łagodzenia ryzyka opieki nad pacjentami i ewentualnych konsekwencji zdrowotnych wynikających z zarażenia się koronawirusem.

Sekretarz NRPiP

Joanna Walewander

Prezes NRPiP

Zofia Małas

Warszawa, 21 kwietnia 2020



Minister Zdrowia
 ZPM.6131.23.2020.MS

Pani
 Zofia Małas
 Prezes
 Naczelnej Rady Pielęgniarek
 i Położnych

Szanowna Pani Prezes,

w odpowiedzi na stanowisko nr 34 Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 1 kwietnia 2020 r. w sprawie uznania choroby zakaźnej wywołanej u pielęgniarki lub położnej wirusem SARS-CoV-2 za chorobę zakaźną uprzejmie proszę o przyjęcie poniższego.

Zgodnie z art. 2351 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy (Dz. U. z 2019 r. poz. 1040, z późn. zm.), za chorobę zawodową uznaje się chorobę wymienioną w wykazie chorób zawodowych, jeżeli w wyniku oceny warunków pracy można stwierdzić bezspornie lub z wysokim prawdopodobieństwem, że została ona spowodowana działaniem czynników szkodliwych dla zdrowia występujących w środowisku pracy albo w związku ze sposobem wykonywania pracy. Wykaz chorób zawodowych wraz z okresem, w którym wystąpienie udokumentowanych objawów chorobowych upoważnia do rozpoznania choroby zawodowej pomimo wcześniejszego zakończenia pracy w narażeniu zawodowym określa załącznik do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 30 czerwca 2009 r. w sprawie chorób zawodowych (Dz. U. z 2013 r. poz. 1367). W pkt 26 tego wykazu jako chorobę zawodową wpisano - choroby zakaźne lub pasożytnicze albo ich następstwa.

W świetle art. 2 pkt 3 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2019 r. poz. 1239, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą”, choroba zakaźna to choroba, która została wywołana przez biologiczny czynnik chorobotwórczy.

Natomiast, zgodnie z art. 3 ust. 1 ustawy, załącznik do ustawy określa wykaz zakażeń i chorób zakaźnych do których mają zastosowanie przepisy ustawy. Ponadto przepis art. 3 ust. 2 ustawy upoważnia ministra właściwego do spraw zdrowia do ogłoszenia, w drodze rozporządzenia, innych zakażeń lub choroby zakaźnej niż wymienione w ww. załączniku do ustawy, w przypadku zaistnienia określonych okoliczności. Do zakażeń lub chorób zakaźnych ogłoszonych w drodze rozporządzenia, o którym mowa wyżej, stosuje się przepisy ustawy. Na podstawie art. 3 ust. 2 ustawy zostało wydane rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2020 r w sprawie w sprawie zakażenia koronawirusem SARS-COV-2 (Dz.U. poz. 325), w świetle którego, zakażenie koronawirusem SARS-CoV-2 zostało objęte przepisami o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.

A zatem zarówno wykaz zakażeń i chorób zakaźnych stanowiący załącznik do ustawy jak i objęcie przepisami ustawy innego zakażenia czy choroby zakaźnej w drodze rozporządzenia Ministra Zdrowia nie stanowi zamkniętego katalogu tych zakażeń czy chorób zakaźnych w celu orzekania o chorobie zawodowej, o której mowa w art. 2351 Kodeksu pracy. Odniesienie w załączniku do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 30 czerwca 2009 r w sprawie chorób zawodowych w sposób ogólny do chorób zakaźnych wskazuje na ich rozumienie zgodnie z definicją zawartą w ww. art. 2 pkt 3 ustawy, przy uwzględnieniu narażenia zawodowego.

W świetle powyższego brak jest uzasadnienia na wprowadzenie proponowanej zmiany w przepisach prawa powszechnie obowiązującego, gdyż zgodnie z obowiązującymi przepisami Covid 19 jest chorobą zakaźną. Stwierdzenie choroby zawodowej w przypadku Covid 19 będzie odbywało się na takich samych zasadach jak w przypadku innych chorób zakaźnych.

Z poważaniem z upoważnienia
 Ministra Zdrowia Józefa Szczurek-Zelazko

Sekretarz Stanu
 /dokument podpisany elektronicznie/

APEL

**samorządów zawodów medycznych
z dnia 1 kwietnia 2020 r.**

do Prezesa Rady Ministrów


**o objęcie personelu medycznego udzielającego świadczeń zdrowotnych w okresie epidemii
ochroną ubezpieczeniową od następstw nieszczęśliwych wypadków**


Samorządy zawodów medycznych apelują do Prezesa Rady Ministrów o zapewnienie na koszt państwa ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków personelu medycznego udzielającego wszelkich świadczeń zdrowotnych w okresie epidemii, w przypadku zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2, doznania uszczerbku na zdrowiu lub poniesienia śmierci w następstwie zakażenia.


Ryzyko uszczerbku na zdrowiu, a nawet utraty życia, jakie przyjmują na siebie w pierwszej kolejności lekarze, lekarze dentyści, pielęgniarki i położne, diagnosty laboratoryjni, fizjoterapeuci, farmaceuci, ratownicy medyczni a także inny personel medyczny zaangażowany w niesienie pomocy pacjentom w okresie epidemii koronawirusa SARS-CoV-2 wymaga natychmiastowych działań osłonowych, które powinny zapewnić niezbędne wsparcie finansowe na wypadek zachorowania lub śmierci.

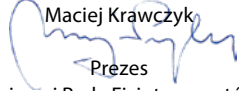
Podpisane w ostatnich dniach porozumienie Ministra Zdrowia z Prezesem PZU S.A. niestety obejmuje tylko osoby z wytypowanych szpitali jednoimiennych – dedykowanych do opieki nad zakażonymi koronawirusem SARS-CoV-2, podczas gdy ryzykiem objęte są wszystkie osoby z personelu medycznego udzielające świadczeń zdrowotnych w innych podmiotach wykonujących działalność leczniczą.

Z uwagi na rozszerzający się zasięg epidemii, bezobjawowy przebieg zakażenia u zdecydowanej większości osób oraz konieczność zapewnienia ciągłej opieki medycznej w ramach systemu ochrony zdrowia, adekwatne zabezpieczenie finansowe personelu medycznego i ich rodzin na wypadek zakażenia lub śmierci będącej jego następstwem jest warunkiem koniecznym dla bezpieczeństwa zdrowotnego całego społeczeństwa.

Zofia Małas

Prezes
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

Alina Njewiadomska

Prezes
Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych

Andrzej Matyja

Prezes
Naczelnej Rady Lekarskiej

Maciej Krawczyk

Prezes
Krajowej Rady Fizjoterapeutów

Prezes
Naczelnej Rady Aptekarskiej

Elżbieta Piotrowska-Rutkowska

Apel

Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 7 kwietnia 2020 r.

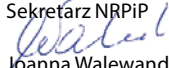
skierowany do przedsiębiorców w Polsce

W niezwykle trudnej sytuacji epidemicznej, z którą mierzy się cała ochrona zdrowia, jako przedstawiciele samorządu pielęgniarek i położnych zwracamy się do przedsiębiorców w Polsce z apelem o umożliwienie pielęgniarkom, położnym robienia zakupów poza kolejnością.

W sklepach z żywnością, drogeriach, aptekach wprowadzono specjalne środki bezpieczeństwa, które mają ochronić zarówno pracowników, jak i klientów przed możliwością zarażenia się koronawirusem. W niektórych placówkach wprowadzone zostały specjalne kasy dla pracowników ochrony zdrowia - niestety nie rozwiązują problemu, ponieważ i tak trzeba stać w kolejce przed sklepem, aby tam wejść.

Przedstawiciele naszych zawodów z poświęceniem wypełniają swoje obowiązki, pomimo niełatwych warunków, braków kadrowych, zmęczenia. Każdego dnia, pomagając innym, narażają swoje zdrowie oraz zdrowie swoich rodzin. Wyrazy uznania, które otrzymują od polskiego społeczeństwa są bardzo miłe. Ale bardziej wymierne byłoby, gdyby po długim, intensywnym dyżurze mogli zrobić zakupy bez kolejki, po okazaniu prawa wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej.

Liczymy, że przychylią się Państwo do naszego apelu i zechcą wprowadzić w swoich placówkach handlowych takie rozwiązanie, które znacznie ułatwi funkcjonowanie przedstawicielom naszych zawodów w aktualnej sytuacji epidemicznej.

Sekretarz NRPIP

Joanna Walewander

Prezes NRPIP

Zofia Małas

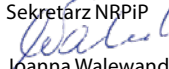
Apel

**Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych do Prezydentów Miast, Burmistrzów, Wójtów
z dnia 7 kwietnia 2020 r.**

W związku z epidemią SARS-CoV-2 i koniecznością udzielania świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarki i położne w domu pacjenta zwracamy się z prośbą o umożliwienie im nieodpłatnego korzystania z miejsc parkingowych na terenie miasta, którego Państwo jesteście gospodarzami.

Z uwagi na nadzwyczajną sytuację większość pacjentów szpitalnych została wypisana do leczenia w warunkach domowych, co zdecydowanie zwiększyło udzielanie świadczeń zdrowotnych w domu pacjenta.

Jesteśmy w pełni świadomi z nierealności możliwości wydzielania specjalnych miejsc do parkowania dla pielęgniarek i położnych, proponujemy zatem rozważenie możliwości nieodpłatnego korzystania z wydzielonych miejsc parkingowych przeznaczonych dla osób niepełnosprawnych na czas udzielania świadczeń medycznych w domu pacjenta przez pracowników ochrony zdrowia.

Sekretarz NRPIP

Joanna Walewander

Prezes NRPIP

Zofia Małas

Komunikat Naczelnej Rady Aptekarskiej do farmaceutów w sprawie obsługi w aptekach pielęgniarek i położnych poza kolejnością za okazaniem ważnego dokumentu, np. PWZ

Drodzy Farmaceuci,

w tej trudnej dla całego społeczeństwa sytuacji związanej z epidemią koronawirusa, potrzeba jedności personelu medycznego i służb publicznych jest szczególnie istotna. Aby nasze wspólne wysiłki szybciej i sprawniej przyniosły zamierzone rezultaty, zwracamy się do Was z prośbą o obsługę w aptekach - w miarę możliwości poza kolejnością - pracowników służb medycznych, służb mundurowych i pracowników socjalnych. Osoby uprawnione do takiej obsługi powinny mieć przy sobie ważne dokumenty pozwalające farmaceutom na ocenę zasadności zakupu leków tą drogą (m.in. przepustka, legitymacja służbowa czy PWZ).

W obliczu aktualnej sytuacji, każda zaoszczędzona w walce z koronawirusem minuta może przyczynić się do szybszej i efektywniejszej pomocy tym, którzy tej pomocy najbardziej potrzebują.

Dziękujemy za solidarność.



NACZELNA IZBA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

NIPiP-NRPIP-DM.0025.71.2020.MK

Warszawa, dnia 8 kwietnia 2020 r.

Pan
Łukasz Szumowski
Minister Zdrowia

Szanowny Panie Ministrze

Zespół Zarządzania Kryzysowego Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych występuje w trybie PILNYM do Pana Ministra o przekazanie środków ochrony osobistej i środków dezynfekcyjnych do szpitali psychiatrycznych, które w obecnej sytuacji epidemicznej są „ładunkiem wybuchowym z opóźnionym zapłonem”.

Istnienie ekstremałnej sytuacji wynikającej z zagrożenia rozprzestrzeniania się zakażeń wirusem SARS CoV-2 staje się koniecznością do wprowadzenia szczególnych rozwiązań organizacyjnych w zakresie zapewnienia bezpieczeństwa pacjentom i personelowi szpitali psychiatrycznych.

Obecnie zapewnienie optymalnych warunków organizacji pracy oraz jednolitych i precyzyjnych wytycznych epidemiologicznych jest jedyną szansą obniżenia ryzyka zakażenia wśród personelu medycznego i niemedycznego w szpitalach psychiatrycznych.

Sytuacja w jakiej znaleźli się pacjenci szpitali psychiatrycznych pozbawieni możliwości odwiedzin osób bliskich, obawy przed powrotem do domu, czy utratą pracy potęguje lęk, stres wzmacnia agresję i stwarza kolejne zagrożenie pomiędzy pacjentami a personelem upatrując w ograniczeniach winę personelu. Ponadto personel szpitali psychiatrycznych zmaga się z trudnościami w zebraniu jednoznacznego wywiadu od pacjentów z uwagi na zaburzenia psychiczne, który pozwoliłby ocenić ryzyko zarażenia. Brak wsparcia psychologicznego dla personelu szpitali psychiatrycznych powoduje wzmożony stres, lęk oraz brak poczucia bezpieczeństwa.

Z uwagi na braki kadr pielęgniarskich, wynikające nie tylko z norm zatrudnienia, które zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, zobowiązuje podmioty lecznicze do ich uzupełnienia do 31 grudnia 2020 r. ale również z uwagi na absencje pojawiającą się w już niektórych podmiotach z powodu kwarantanny powodują przeciążenie psychiczne i fizyczne pracą, stres oraz obawa przed zakażeniem i przeniesieniem wirusa na inne osoby. Ponadto, w dalszym ciągu brak możliwości zapewnienia pracownikom szpitali psychiatrycznych miejsca odpoczynku po dyżurze, aby nie narażać innych na kontakt. Zabezpieczenie szpitali psychiatrycznych w środki ochrony osobistej i środki dezynfekcyjne pozwoli uniknąć sytuacji jaka ma miejsce w chwili obecnej w Domach Pomocy Społecznej i już na tym etapie pozwoli na przeciwdziałanie COVID-19 i będzie oraz gwarancją na zminimalizowanie skutków wynikających z zakażeń w tych placówkach.

Z wyrazami szacunku

Prezes NRPiP

Z Małą
Zofia Małas

Do wiadomości:

- D. Czarnecki - Konsultant Krajowy w dziedzinie Pielęgniarstwa Psychiatrycznego.



DZIENNIK USTAW RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Warszawa, dnia 28 marca 2020 r.

Poz. 547

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA¹

z dnia 27 marca 2020 r.

zmieniające rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej

Na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1373, z późn. zm.²) zarządza się, co następuje:

§ 1. W rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2020 r. poz. 320 i 437) wprowadza się następujące zmiany:

1) § 3 otrzymuje brzmienie:

„§ 3. Przepisy § 16 ust. 1a, 3–5 oraz § 30 ust. 1a załącznika do rozporządzenia stosuje się od dnia 1 stycznia 2021 r.”;

2) w załączniku do rozporządzenia w § 24:

a) w ust. 1 wyrazy „14 dni” zastępuje się wyrazami „5 dni roboczych”,

b) w ust. 6 wyrazy „14 dni” zastępuje się wyrazami „7 dni”.

§ 2. 1. W terminie 14 dni od dnia wejścia w życie niniejszego rozporządzenia świadczeniodawca posiadający umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, z wyłączeniem świadczeniodawcy posiadającego umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna, w zakresie świadczeń, dla których jednostką rozliczeniową jest kapitacyjna stawka roczna, przekazuje do dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, za pośrednictwem serwisów internetowych, o których mowa w § 10 załącznika do rozporządzenia zmienianego w § 1, informację, według stanu na dzień 1 kwietnia 2020 r., o liczbie pielęgniarek i położnych, wykonujących u tego świadczeniodawcy zawód w rozumieniu art. 19 ust. 1 pkt 1–3 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2019 r. poz. 576, 577, 1490 i 1590) oraz w formie indywidualnej praktyki pielęgniarki lub położnej wyłącznie w zakładzie leczniczym podmiotu leczniczego albo indywidualnej specjalistycznej praktyki pielęgniarki lub położnej wyłącznie w zakładzie leczniczym podmiotu leczniczego i realizujących świadczenia opieki zdrowotnej, w przeliczeniu na liczbę etatów albo równoważników etatów, realizujących te świadczenia oraz w podziale na formę wykonywania zawodu, o której mowa w art. 19 ust. 1 pkt 1–3 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej.

2. Informację określoną w ust. 1 świadczeniodawca, z wyłączeniem świadczeniodawcy posiadającego umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna, w zakresie świadczeń, dla których jednostką rozliczeniową jest kapitacyjna stawka roczna, sporządza także według stanu na dzień:

1) 1 lipca 2020 r. i przekazuje do dnia 14 lipca 2020 r.;

2) 1 października 2020 r. i przekazuje do dnia 14 października 2020 r.

3. Świadczeniodawca posiadający umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna, w zakresie świadczeń, dla których jednostką rozliczeniową jest kapitacyjna stawka roczna, informację określoną w ust. 1 sporządza wyłącznie według stanu na dzień 1 lipca 2020 r. i przekazuje do dnia 14 lipca 2020 r.

4. Dyrektor właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia jest obowiązany, na podstawie danych przekazanych zgodnie z ust. 1 i 2, w terminie 14 dni od dnia ich otrzymania, do przedstawienia świadczeniodawcy zmiany umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, obejmującej:

1) wysokość dodatkowych środków na świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez pielęgniarki i położne w okresie od dnia 1 kwietnia 2020 r. do dnia 31 grudnia 2020 r., w sposób gwarantujący wypłatę kwot, o których mowa w § 4 ust. 5 pkt 3 i § 4a rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2015 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1628 oraz z 2018 r. poz. 1681);

2) postanowienia o zwrocie środków określonych w pkt 1, w przypadku ich nieprzeznaczenia w sposób, o którym mowa w § 2 ust. 4–8 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2015 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, i karze umownej w wysokości do 5% tych środków.

5. Dyrektor właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia jest obowiązany, na podstawie danych przekazanych zgodnie z § 2 ust. 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2019 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1628), w terminie 14 dni od dnia wejścia w życie niniejszego rozporządzenia oraz na podstawie danych przekazanych zgodnie z ust. 3, w terminie 14 dni od dnia ich otrzymania, do przedstawienia świadczeniodawcy posiadającego umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna, w zakresie świadczeń, dla których jednostką rozliczeniową jest kapitacyjna stawka roczna, zmiany umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, obejmującej:

1) wysokość dodatkowych środków na świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez pielęgniarki i położne w okresie od dnia 1 kwietnia 2020 r. do dnia 31 grudnia 2020 r., w sposób gwarantujący wypłatę kwot, o których mowa w § 4 ust. 6 pkt 3 i § 4a rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2015 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;

2) postanowienia o zwrocie środków określonych w pkt 1, w przypadku ich nieprzeznaczenia w sposób, o którym mowa w § 2 ust. 4–8 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2015 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, i karze umownej w wysokości do 5% tych środków.

§ 3. Do trybu oraz sposobu podziału środków przekazanych w drodze zmiany umowy, o której mowa w § 2 ust. 4 i 5, stosuje się odpowiednio przepisy § 2 ust. 4–8 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2015 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

§ 4. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 kwietnia 2020 r., z wyjątkiem § 1 pkt 2, który wchodzi w życie z dniem ogłoszenia, z mocą od dnia 14 marca 2020 r.

Minister Zdrowia: wz. J. Szczurek-Żelazko

¹ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 listopada 2019 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 2269).

² Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2019 r. poz. 1394, 1590, 1694, 1726, 1818, 1905, 2020 i 2473.

„A przecież nie cały umieram,
to co we mnie niezniszczalne trwa!
Teraz stoję twarzą w twarz
z Tym, który jest...”

Jan Paweł II

Z serca płynące wyrazy współczucia oraz słowa wsparcia i otuchy dla

Pani Zofii Szyszkowskiej-Furtak

z powodu śmierci

MEŻA

składają

koleżanki z Katolickiego Stowarzyszenia Pielęgniarek i Położnych w Lublinie

Droga Zosiu niech słowa świętego Jana Pawła II naszego Wielkiego Rodaka, będą dla Ciebie, w tym tak trudnym czasie pocieszeniem, niech napełnią Cię spokojem i ufnością, przyniosą wytchnienie. Trwać, wierzyć, ufać - to sens naszego ziemskiego powołania, to nasze zadanie, to Twoje zadanie na ten czas dany Ci od Pana.

Pani

Dr hab. n o zdr.

Grażynie Iwanowicz-Palus

Konsultantowi Krajowemu w dziedzinie

pielęgniarstwa ginekologicznego

i położniczego

wyrazy głębokiego i szczerego współczucia

z powodu śmierci

TATY

składa

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych

w Lublinie

Koleżance

Halinie Papierz

szczerze i głębokie wyrazy współczucia

z powodu śmierci

TATY

składają

Koleżanki z Oddziału Chorób

Wewnętrznych z Pododdziałem

Diabetologicznym SP ZOZ MSWiA

w Lublinie

Pani

mgr Zofii

Szyszkowskiej-Furtak

wyrazy szczerego współczucia

z powodu śmierci

MEŻA

składa

Zarząd Koła Polskiego Towarzystwa

Pielęgniarskiego-Lecznictwo Otwarte

w Lublinie

Koleżance

Barbarze Jabłońskiej

wyrazy głębokiego i szczerego współczucia

z powodu śmierci

OJCA

składają

koleżanki i koledzy ze Szpitala

Neuropsychiatrycznego SPZOZ

w Lublinie

Koleżance

Bożenie Żarnowskiej

wyrazy głębokiego i szczerego współczucia

z powodu śmierci

MATKI

składają

koleżanki i koledzy ze Szpitala

Neuropsychiatrycznego SPZOZ

w Lublinie

Pani

Zofii Szyszkowskiej -Furtak

wyrazy głębokiego i szczerego współczucia

z powodu śmierci

MEŻA

składa

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych

w Lublinie

i pracownicy Okręgowej Izby Pielęgniarek

i Położnych w Lublinie

Koleżance

Bożenie Kamińskiej

wyrazy głębokiego współczucia

z powodu śmierci

MAMY

składają

koleżanki z Oddziału

Patologii Noworodków

Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego

w Lublinie

Pani Oddziałowej

Tatianie Koronie

wyrazy głębokiego współczucia

oraz słowa wsparcia i otuchy

z powodu śmierci

MAMY

składają

Pracownicy Bloku Operacyjnego

SPSK Nr 4 w Lublinie

Koleżance

Elżbiecie Misztal

wyrazy głębokiego współczucia
oraz słowa wsparcia i otuchy
z powodu śmierci

MAMY

składa

Kierowniczka Kadra Pielęgniarska
i Położnicza Samodzielnego Publicznego
Szpitala Wojewódzkiego im. Jana Bożego
w Lublinie

Koleżance

Danucie Kubeckiej

wyrazy głębokiego współczucia
oraz słowa wsparcia i otuchy
z powodu śmierci

MEŻA

składają

Pielęgniarki z Domu Pomocy Społecznej
w Matczynie

Koleżance

Grażynie Jaworskiej

wyrazy głębokiego współczucia
z powodu śmierci

TEŚCIOWEJ

składają

pielęgniarki i pracownicy NZOZ
„KIJANY” w Kijanach

Koleżance

Lucynie Słomce

wyrazy głębokiego współczucia
z powodu śmierci

MAMY

składają

pielęgniarki i pracownicy NZOZ
„KIJANY” w Kijanach

Pani

Renacie Tarnowskiej

wyrazy głębokiego współczucia
z powodu śmierci

MAMY

składają

pielęgniarki Oddziału Kardiologii -
Pododdział Intensywnego Nadzoru
Kardiologicznego Wojewódzkiego Szpitala
Specjalistycznego im. Stefana Kardynała
Wyszyńskiego SP ZOZ w Lublinie

Koleżance

Monice Mazurek

wyrazy głębokiego i szczerego współczucia
z powodu śmierci

TEŚCIA

składa

Zespół pracowników z oddziału
Gastroenterologii i Pracowni Endoskopii
Przewodu Pokarmowego Samodzielnego
Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 4
w Lublinie

Pani

Tatianie Korona

Wyrazy głębokiego i szczerego
współczucia z powodu śmierci

MAMY

składa

Kierowniczka Kadra Pielęgniarek
i Położnych Samodzielnego Publicznego
Szpitala Klinicznego Nr 4 w Lublinie

Wyrazy głębokiego współczucia
oraz słowa wsparcia i otuchy
dla Pani Profesor

Grażynie Iwanowicz-Palus

z powodu śmierci

OJCA

składają

współpracownicy z Katedry i Zakładu
Rozwoju Położnictwa Uniwersytetu
Medycznego w Lublinie

Koleżance

Urszuli Sztal

wyrazy głębokiego współczucia i żalu
z powodu śmierci

TATY

składają

koleżanki z Oddziału Dziecięcego
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego
im. Stefana Kardynała Wyszyńskiego
w Lublinie

Koleżance

Joannie Maik

wyrazy głębokiego współczucia
z powodu śmierci

MAMY

składają

pielęgniarki i położne Samodzielnego
Publicznego Szpitala Wojewódzkiego
im. Jana Bożego w Lublinie

Koleżance

Joannie Maik

wyrazy głębokiego współczucia i żalu
z powodu śmierci

MAMY

składa

Zakładowa Organizacja Ogólnopolskiego
Związku Zawodowego Pielęgniarek
i Położnych przy SP SZW i. Jana Bożego
w Lublinie

Koleżance

Izabeli Dejko

wyrazy głębokiego i szczerego współczucia
z powodu śmierci

MAMY

składa

Dyrekcja, koleżanki koordynujące
wraz z całym zespołem pielęgniarskim
SP ZOZ w Łęcznej

KOMUNIKAT! **dotyczący kształcenia podyplomowego**

W związku z zaistniałą sytuacją epidemiczną oraz w trosce o bezpieczeństwo pielęgniarek i położnych informuję, że do odwołania zostaje zawieszona prowadzenie zajęć dydaktycznych teoretycznych i praktycznych w ramach kształcenia podyplomowego prowadzonego przez Ośrodek Kształcenia Podyplomowego w Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Lublinie.

Rozpoczęcie nowych rodzajów kształcenia zostaje przesunięte na termin późniejszy. Wszystkie wnioski złożone w SMK pozostają aktualne, a osoby zainteresowane udziałem w kształceniu podyplomowym będą informowane indywidualnie o terminie rozpoczęcia szkolenia.

Jednocześnie informuję, że prowadzenie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych z wykorzystaniem metod on-line lub e-learningu jest niezgodnie ze stanowiskiem Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych w sprawie kształcenia w ramach szkoleń specjalizacyjnych, kursów kwalifikacyjnych i kursów specjalistycznych. Kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych prowadzone jest na podstawie programów kształcenia zatwierdzonych przez Ministra Zdrowia, które **nie przewidują metody e-learningu i innych metod online! W związku z powyższym takie kształcenie jest nieważne!!!**

Ponadto informuję, że w związku z zaistniałą sytuacją rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych umożliwia na wniosek organizatora kształcenia wydłużenie czasu trwania specjalizacji, kursu kwalifikacyjnego i kursu specjalistycznego.

Przewodniczący
ORPiP w Lublinie
(-) Andrzej Tytuła



UNIwersYTET MEDYCZNY

IM. PIASTÓW ŚLĄSKICH WE WROCLAWIU

Wydział Lekarski

KATEDRA PSYCHIATRII

Klinika Psychiatrii

Kierownik: prof. dr hab. n. med. Joanna Rymaszewska

Wrocław, 15.03.2020

Szanowni pracownicy ochrony zdrowia!

Obecne uwarunkowania epidemiologiczne, wprowadzone rozwiązania systemowe oraz ogólnospołeczna sytuacja w Polsce mogą negatywnie odbijać się na zdrowiu psychicznym osób pracujących w szczególnie obciążonych placówkach ochrony zdrowia.

Z myślą o personelu medycznym szczególnie narażonym na pracę w stresujących warunkach, a co za tym idzie, na negatywne i długotrwałe konsekwencje dla zdrowia psychicznego, Zespół Katedry Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu przygotował **program opieki dla personelu medycznego w czasach szczególnej sytuacji**, jaką jest ogłoszony przez WHO stan pandemii.

W ramach programu przygotowaliśmy projekt badawczy, który ma na celu jak najszybszą identyfikację Państwa potrzeb w zakresie zdrowia psychicznego, eksplorację konsekwencji psychologicznych oraz optymalizację pomocy w zakresie zdrowia psychicznego w warunkach pandemii.

W związku z powyższym **zachęcamy Państwa do wypełniania oraz jak najszerzego rozpowszechniania ankiety online (link poniżej), która skierowana jest do wszystkich pracowników ochrony zdrowia w całej Polsce.**

<http://bit.ly/zdrowie-psychiczne-koronawirus>

Jednocześnie jako placówka kliniczna **oferujemy wszystkim pracownikom ochrony zdrowia możliwość skorzystania z szybkiego dostępu do konsultacji psychiatrycznych i psychologicznych w ramach Przyklinicznej Poradni Zdrowia Psychicznego Kliniki Psychiatrii USK we Wrocławiu w formie tele-konsultacji (skype, facetime, telefon)**. Personel medyczny placówek ochrony zdrowia może korzystać z konsultacji od poniedziałku 16.03.2020 r.

pod numerem telefonu: **+ 48 71 784 16 10** oraz **mail: psychiatria@umed.wroc.pl**

Zachęcamy do korzystania z naszej pomocy, wzięcia udziału w programie oraz do wypełnienia ankiety online.

Jesteśmy do Państwa dyspozycji

Zespół Katedry i Kliniki Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu oraz
Kliniki Psychiatrii Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu

Koronawirus a ubezpieczenia Pielęgniarki i Położnej od INTER Polska

Ubezpieczenia zawodowe OC, na życie czy ochrony prawnej, które oferuje INTER Polska Pielęgniarkom i Położnym, chronią je także w przypadku pandemii koronawirusa SARS-CoV-2. Nie trzeba nabywać żadnych dodatkowych polis ani wprowadzać zmian w aktualnie posiadanych ubezpieczeniach w związku z szerzącą się epidemią, skierowaniem do pracy w innym miejscu czy przekształceniem naszego szpitala w szpital zakaźny.

Ubezpieczenia podczas pandemii koronawirusa są **ważnym elementem** pracy personelu medycznego. Istnieje ryzyko potencjalnego zakażenia się wirusem, w związku z niesieniem pomocy chorym pacjentom, a także nieświadomego przeniesienia zakażenia na pacjentów. Dlatego tak wiele osób z personelu medycznego zadaje pytanie, czy posiadane przez nich ubezpieczenie chroni także w sytuacji związanej z koronawirusem. **Polisy dedykowane Pielęgniarkom i Położnym, które w swojej ofercie posiada INTER Polska, taką ochronę oferują w standardzie. Nie trzeba podpisywać żadnych nowych umów, ani dokupować nowych ubezpieczeń.**

Ubezpieczenie OC Pielęgniarki i Położnej

Ubezpieczenia zawodowe OC Obowiązkowe i OC Dobrowolne w wariantach B (obejmującym udzielanie świadczeń) dla Pielęgniarek i Położnych oferowane przez INTER działają w przypadku pandemii i **obejmują szkody wyrządzone pacjentom w trakcie udzielania lub zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych w związku z epidemią i ewentualnym zakażeniem pacjenta koronawirusem**. Polisy działają zarówno w przypadku umów o pracę jak i posiadania samodzielnej praktyki pielęgniarskiej, a także w sytuacji skierowania pielęgniarki do pracy w innym miejscu lub w innym rodzaju lecznictwa, czy też przy przekształceniu szpitala w szpital zakaźny. Nie trzeba wprowadzać żadnych dodatkowych zapisów w aktualnie posiadanych polisach.

Ubezpieczenie na życie INTER Medyk Life

INTER Medyk Life to ubezpieczenie na życie, które stanowi zabezpieczenie finansowe Pielęgniarki i Położnej w sytuacji choroby lub śmierci. Jest to produkt, który pozwala otrzymać świadczenie w związku z ciężką chorobą, pobytem w szpitalu, nieszczęśliwym wypadkiem. **Jego zakres obejmuje wypłatę świadczeń w związku z pobytem w szpitalu czy śmiercią w następstwie COVID-19**. Ubezpieczenie ma kilka wariantów różniących się zakresem oraz wysokością świadczeń. Ochroną ubezpieczeniową mogą być objęci także małżonkowie, partnerzy życiowi i pełnoletnie dzieci.

INTER Ochrona Prawna

Posiadając polisę INTER Ochrona Prawna każda pielęgniarka, położna czy pielęgniarz i położny ma **także możliwość uzyskania szybkiej porady prawnej związanej z epidemią koronawirusa SARS-Cov-2**. Usługa świadczona jest w trybie telekonsultacji 24h na dobę przez 7 dni w tygodniu i umożliwia uzyskanie opinii prawnej sygnowanej przez adwokata bądź radcę prawnego. Pomoc prawną zapewniają doświadczeni prawnicy specjalizujący się w prawie medycznym. W przypadku gdy pacjent wystąpi z roszczeniem ubezpieczenie pokryje koszty wynagrodzenia adwokata, opłat sądowych, należności dla biegłych i świadków.

Więcej informacji: www.interpolska.pl

Kontakt dla mediów:

Katarzyna Walczak

Dyrektor Biura Marketingu i PR

TU INTER Polska S.A.

TU INTER-Życie Polska S.A.

Mobile: 507 006 830

e-mail: katarzyna.walczak@interpolska.pl

Grupa INTER w Polsce

Grupa INTER w Polsce to dwa towarzystwa ubezpieczeń: TU INTER Polska S.A. i TU INTER-ŻYCIE Polska S.A. oraz spółka INTER Assistance Sp. z o.o. Akcjonariuszem towarzystw jest niemiecka Grupa Ubezpieczeniowa INTER, której początki sięgają 1926 roku, a dziś jest ona jedną z wiodących marek w Niemczech oferujących ubezpieczenia zdrowotne oraz specjalistyczne programy ubezpieczeniowe. Oferta Grupy INTER w Polsce obejmuje ubezpieczenia medyczne, zdrowotne, majątkowe oraz ubezpieczenia na życie, skierowane zarówno do Klientów indywidualnych, jak i instytucjonalnych.



Dostosowujemy
ochronę do potrzeb
Pielęgniarek
i Położnych

Poczuj się bezpiecznie



INTER Pielęgniarka i Położna

Ubezpieczenie zawodowe to tarcza broniąca Twojego bezpieczeństwa!
Dokonując wyboru zatroszcz się o kompleksową i profesjonalną ochronę.

Nasze pakiety ubezpieczeń zapewniają:

- bezpieczeństwo finansowe i komfort psychiczny, na wypadek ewentualnych błędów medycznych
- wypłatę świadczeń za szkody związane z agresją pacjenta lub jego otoczenia
- pokrycie kosztów obsługi prawnej w życiu zawodowym i prywatnym, porady prawne
- wypłatę odszkodowania w przypadku zakażenia wirusem HIV/WZW oraz szybkie sfinansowanie koniecznych badań
- kompleksową ochronę mieszkania, domu i sprzętu medycznego
- pokrycie kosztów leczenia za granicą dla całej rodziny – roczna polisa



Naczelna Rada
Pielęgniarek i Położnych

Oferta posiada rekomendację Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych.



INTER Medyk Life

Indywidualne ubezpieczenie na życie dla pracowników ochrony zdrowia

W ramach ubezpieczenia otrzymasz świadczenia pieniężne:

- związane z uszczerbkiem na zdrowiu
- dla rodziny w przypadku Twojej śmierci
- w przypadku śmierci najbliższych
- związane z poddaniem się operacji i pobytem w szpitalu
- w przypadku rozpoznania poważnej choroby
- ubezpieczeniem możesz objąć partnera życiowego i dorosłe dzieci

W wariantcie premium suma
ubezpieczenia wynosi
1 000 000 zł



TU INTER Polska S.A.
Oddział w Lublinie
ul. Dolnej Panny Marii 5, Lublin
tel. 81 527 17 51, 691 275 970
www.interpolska.pl

inter
UBEZPIECZENIA