

W CIENIU CZEPKA

BIULETYN INFORMACYJNY DOLNOŚLĄSKIEJ OKRĘGOWEJ IZBY PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

ZALECENIA W STANIE EPIDEMII
WIRUSA SARS-COV-2 WYWOŁUJĄCEGO CHOROBY COVID-19 DLA POŁOŻNYCH
RODZINNYCH / POŁOŻNYCH PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

LEX MEDICA - PRAWO I PRAKTYKA DLA CAŁEJ PLACÓWKI MEDYCZNEJ

PLAN KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO
DOLNOŚLĄSKIEJ OKRĘGOWEJ IZBY PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH
OBEJMUJĄCY OFERTĘ SZKOLEŃ BEZPŁATNYCH NA II PÓŁROCZE 2020 ROKU



W CENIU CZEPA

BIULETYN INFORMACYJNY

Dolnośląskiej Okręgowej Izby
Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu

www.doipip.wroc.pl

Wydawca:

Dolnośląska Okręgowa Izba
Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu.

Redaguje Prezydium DORPiP:

Anna Szafran, Marzenna Golicka, Urszula Olechowska,
Dorota Pietrzak, Jolanta Kolańska, Beata Łabowicz,
Beata Dąbrowska, Teresa Szerszeń, Małgorzata Mazur

Redakcja techniczna, skład, korekta, i przygotowanie
do druku – emiludruk.pl

*Materiałów niezamówionych redakcja nie zwraca,
w tekstach publikowanych zastrzega sobie prawo
skrótów, zmian tytułów oraz poprawek stylistycz-
no-językowych.*

Artykuły, listy, uwagi i inną korespondencję prosimy
nadsyłać na adres redakcji:

**Dolnośląska Okręgowa Izba
Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu**
ul. Powstańców Śląskich 50, 53-333 Wrocław
fax 71 373 20 56, e-mail: **info@doipip.wroc.pl**

REDAKCJA NIE PONOSI ODPOWIEDZIALNOŚCI
ZA TREŚĆ TEKSTÓW, OGŁOSZEŃ I REKLAM

DOIPiP NIE PROWADZI POŚREDNICTWA PRACY
W KRAJU I ZAGRANICĄ

UWAGA:

**Nie przyjmujemy do publikacji tekstów
przekazywanych telefonicznie!**

Nasza okładka:

Numer zamknięto 06.07.2020 r.
Do druku przygotowano 06.07.2020 r.

Nakład 3300 egzemplarzy
Druk ABIS

*Pismo nieodpłatnie rozprowadzane wśród członków
Samorządu Pielęgniarek i Położnych.*

Wszystkie artykuły, i nie tylko, można znaleźć na
stronie internetowej Dolnośląskiej Okręgowej Izby
Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu
www.doipip.wroc.pl

**DOLNOŚLĄSKA OKRĘGOWA IZBA
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH we Wrocławiu**
ul. Powstańców Śląskich 50, 53-333 Wrocław
tel. 71 333 57 02, fax 71 373 20 56
e-mail: **info@doipip.wroc.pl**
www.doipip.wroc.pl

BIURO W LUBINIE

ul. Odrodzenia 18/2, 59-300 Lubin
tel./fax 76 746 42 03

NUMER KONTA BANKOWEGO DOIPiP

na który należy przekazywać SKŁADKI CZŁONKOWSKIE
Bank PEKAO SA O/Wrocław
Nr konta: **63 1240 6670 1111 0000 5641 0435**

GODZINY PRACY

poniedziałek, środa, czwartek: 8-16
wtorek: 8-17, piątek 8-15

DZIAŁ KSZTAŁCENIA

tel./fax 71 333 57 08
e-mail: **dziakształcenia@doipip.wroc.pl**

GODZINY PRACY

poniedziałek, środa, czwartek: 8-16
wtorek: 8-17, piątek 8-15

KONTO DZIAŁU KSZTAŁCENIA

Bank PEKAO SA O/Wrocław
Nr konta: **13 1240 6670 1111 0000 5648 5055**

GODZINY PRACY KASY

poniedziałek, środa: 10-16; wtorek, czwartek: 8-13
piątek: NIECZYNNA

GODZINY PRACY BIBLIOTEKI

wtorek: 13-17, czwartek: 13-16, piątek: 9-14

OKRĘGOWY RZECZNIK ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAWODOWEJ

tel. 71 333 57 02
Informacja o dyżurach na **www.doipip.wroc.pl**
Informacje o samorządzie 2015-2019 – Okręgowy
Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej

OKRĘGOWY SĄD PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

tel. 71 333 57 02 – Informacja pod numerem telefonu
lub w Sekretariacie Biura DOIPiP

DYŻURY RADCY PRAWNEGO – mgr E. Stasiak

poniedziałek 14-16, środa 14-17

KASA POŻYCZKOWA PRZY DOIPiP

Bank PKO BP IV Oddział Wrocław, ul. Gepperta 4
Nr konta: **56 1020 5242 0000 2702 0019 9224**

Informacje o stanie swojego konta w Kasie Pożyczkowej moż
na uzyskać w czasie dyżuru w środę 15-16.30 telefonicznie
lub osobiście. **KSIĘGOWOŚĆ IZBY NIE PROWADZI KASY
POŻYCZKOWEJ I NIE UDZIELA INFORMACJI.**

KONSULTANCI WOJEWÓDZCY W DZIEDZINACH:

► PIELĘGNIARSTWO – dr n. o zdr. Jolanta Kolańska

UM Wydział Nauk o Zdrowiu
ul. Bartla 5, 51-618 Wrocław
T: 71 784 18 45
E: jolanta.kolasinska@umed.wroc.pl

► PIELĘGNIARSTWO ANESTEZJOLOGICZNE I INTENSYWNEJ OPIEKI – mgr Ewa Pielichowska

4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SP ZOZ
ul. Rudolfa Weigla 5, 50-981 Wrocław
T: 261 660 207, 608 309 310
E: naczelnia.pielęgniarka@4wsk.pl

► PIELĘGNIARSTWA CHIRURGICZNEGO I OPERACYJNEGO – mgr Beata Łabowicz

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Legnicy
ul. Jarosława Iwaszkiewicza 5, 59-220 Legnica
T: 76 72 11 401, 661 999 104
E: beata.labowicz@szpital.legnica.pl

► PIELĘGNIARSTWO DIABETOLOGICZNEGO

– mgr Iwona Pilarczyk-Wróblewska
Uniwersytet Medyczny, Katedra Pediatrii
Zakład Neonatologii
ul. Bartla 5, 51-618 Wrocław
T: 500 141 941
E: iwona.pilarczykwrublewska@umed.wroc.pl

► PIELĘGNIARSTWA EPIDEMIOLOGICZNEGO

– mgr Katarzyna Salik
Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich
we Wrocławiu, Wydział Nauk o Zdrowiu,
Zakład Propedeutyki Pediatrii
i Chorób Rzadkich
ul. Kazimierza Bartla 5, 50-996 Wrocław
T: 606 99 30 95
E: katarzyna.salik@umed.wroc.pl
E: kasiasalik1@wp.pl

► PIELĘGNIARSTWA W GINEKOLOGII I POŁOŻNICTWIE – mgr Urszula Żmijewska

Szpital Specjalistyczny im. A. Falkiewicza
ul. Warszawska 2, 52-114 Wrocław
T: 71 342 86 31 (w. 344), 604 939 455, 667 977 735

► PIELĘGNIARSTWA PRZEWLEKLE CHOROBY I NIEPEŁNOSPRAWNYCH – mgr Dorota Rudnicka

Ośrodek Medycyny Paliatywnej i Hospicyjnej
Będkowo Sp. z o.o. Sp. k.
Będkowo 1, 55-100 Trzebnica
T: 71 722 29 48, 603 852 669
E: drudnicka@hospicjumbedkowo.pl

► PIELĘGNIARSTWA ONKOLOGICZNEGO

– dr n. med. Elżbieta Garwacka-Czachor
Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu
pl. Hirsztfelda 12, 53-413 Wrocław
T: 71 36 89 260, 603 38 58 98
E: e.garwacka@gmail.com

► PIELĘGNIARSTWA PSYCHIATRYCZNEGO

– mgr Jerzy Twardak
Zakład Chorób Układu Nerwowego
Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu,
ul. Bartla 5, 56-618 Wrocław
T: 668 193 147
E: jerzy.twardak@umed.wroc.pl

► PIELĘGNIARSTWA PEDIATRYCZNEGO

– mgr Dorota Milecka
T: 666 872 721
E: milecka@poczta.fm

► PIELĘGNIARSTWA RATUNKOWEGO

– dr n. o zdr. Wiesław Zielenka
Pogotowie Ratunkowe w Legnicy
ul. Dworcowa 7, 59-220 Legnica
T: 502 676 039
E: w.zielenka@pogotowie-legnica.pl

► PIELĘGNIARSTWA GERIATRYCZNEGO

– dr hab. n. o zdrowiu Izabella Uchmanowicz
Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich
we Wrocławiu, Zakład Pielęgniarsztwa
Internistycznego Katedra Pielęgniarsztwa
Klinicznego
ul. Bartla 5, 51-618 Wrocław
T: 71/784 18 23
E: izabella.uchmanowicz@umed.wroc.pl

► PIELĘGNIARSTWA OPIEKI PALIATYWNEJ

– mgr Anna Szachowska
Bonifratskie Centrum Zdrowia Sp. z o.o.,
ul. Poświęcka 8, 51-128 Wrocław,
T: 793 386 502
E: anna.szachowska@gmail.com

WYKAZ TELEFONÓW W SIEDZIBIE BIURA DOIPiP WE WROCŁAWIU

Dyrektor biura	71 333 57 00	Radca prawny	71 333 57 05
Sekretariat	71 333 57 02	Kasa	71 333 57 01
Sekretariat	71 333 57 11	Biblioteka	71 333 57 10
Sekretariat (fax)	71 373 20 56	Okręgowy Rzecznik	
Przewodnicząca	71 333 57 03	Odpowiedzialności Zawodowej	71 333 57 02
Wiceprzewodnicząca	71 333 57 05	Okręgowy Sąd	
Sekretarz	71 333 57 04	Pielęgniarek i Położnych	71 333 57 02
Skarbnik	71 333 57 05	Dział Kształcenia (tel./fax)	71 333 57 08
Ewidencja/rejestr piel. i poł.	71 333 57 09	Kierownik Działu Kształcenia	71 333 57 12
Praktyki zawodowe	71 333 57 07	Księgowość Działu Kształcenia	71 333 57 14
Księgowość	71 333 57 06	Dział Kształcenia Oddział w Lubinie	76 746 42 03

OD REDAKCJI

Szanowni Państwo,
Dolnośląska Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu przypomina swoim członkom o ich uprawnieniach w tym zwłaszcza:

1. Członkowie samorządu mają prawo :

- wybierać i być wybieranym do organów DOIPiP we Wrocławiu,
- korzystać z pomocy Izby w podnoszeniu kwalifikacji zawodowych i ochrony właściwych warunków pracy,
- korzystać z pomocy prawnej Izby,
- korzystać z innych świadczeń Izby i działalności samopomocowej.

2. Dolnośląska Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych oferuje swoim członkom zgodnie z obowiązującymi regulaminami:

- nieodpłatne kursy kwalifikacyjne, specjalistyczne, doszkalcające oraz szkolenia specjalizacyjne (specjalizacje),
- bezpłatny udział w spotkaniach informacyjno - edukacyjnych ,
- bezpłatny udział w konferencjach organizowanych przez Izbę,
- refundację kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego,
- pomoc finansową w związku z wystąpieniem zdarzeń losowych takich jak : choroba, śmierć małżonka lub dziecka, kradzież, pożar, powódź itp.,
- pomoc finansową w związku z przejściem na emeryturę lub rentę.

3. Dolnośląska Okręgowa Izba pielęgniarek i Położnych oferuje swoim członkom również:

- bezpłatny dostęp do wirtualnej czytelnicy IBUK LIBRA,
- bezpłatny dostęp do serwisu informacji prawnej LEX,
- możliwość skorzystania z karnetów sportowo-rekreacyjnych FitProfit oraz FitSport ,
- korzystanie z bardzo bogatego księgozbioru Izby,
- korzystanie z bezpłatnej pomocy prawnej w związku z wykonywaniem zawodu,
- cykliczne spotkania dla emerytowanych pielęgniarek i położnych,
- comiesięczny dostęp do biuletynu informacyjnego „W Cieniu Czepka”,
- korzystanie z aktualnej strony internetowej Izby : www.doipip.wroc.pl oraz newsletteru.
- pomoc w zakresie korzystania z SMK oraz wszelkie doradztwo w zakresie wykonywania zawodów pielęgniarki i położnej,
- dla absolwentów ułatwienia dotyczące korzystania z refundacji kosztów kształcenia i nieodpłatnych form kształcenia podyplomowego form kształcenia podyplomowego (informacje dostępne : na www.doipip.wroc.pl w zakładce pomoc finansowa).
- pomoc psychologiczną,
- zapomogę specjalną dla zakażonych pielęgniarek i położnych wirusem SARS-CoV- 2

Informujemy, że biuro Dolnośląskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu działa w pełnym zakresie.

Serdecznie zapraszamy!
Sekretarz DORPiP we Wrocławiu
Urszula Olechowska

W NUMERZE:

4 Stanowisko 38

5 Pismo NIPiP do MEN - 21.05.2020r.

5 MEN do NIPiP- odpowiedź

6 Stanowisko Konsultanta Krajowego w dziedzinie Medycyny Rodzinnej z dnia 30 kwietnia 2020r.

7 Zalecenia w stanie epidemii

10 LEX MEDICA - pytania i odpowiedzi

14 Koło Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego w Lublinie

15 Plan kształcenia podyplomowego

17 Opinia prawna

20 Pielęgniarka oddziałowa, jako menedżer szczebla operacyjnego w szpitalu

22 Rola diety w profilaktyce chorób neurodegeneracyjnych- część I: Analiza czynników ryzyka.

24 Zachepek etyczny

25 Ogłoszenia

26 Pamięć i serce

STANOWISKO 38

SPRZECIW NACZELNEJ RADY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH Z DNIA 24 CZERWCA 2020 ROKU W SPRAWIE NOWELIZACJI ART. 37A KODEKSU KARNEGO USTAWĄ Z DNIA 19 CZERWCA 2020 R. O DOPŁATACH DO OPROCENTOWANIA KREDYTÓW BANKOWYCH UDZIELANYCH PRZEDSIĘBIORCOM DOTKNIĘTYM SKUTKAMI COVID-19 ORAZ O UPROSZCZONYM POSTĘPOWANIU O ZATWIERDZENIE UKŁADU W ZWIĄZKU Z WYSTĄPIENIEM COVID-19, CZYLI TARCZA ANTYKRYZYSOWA 4.0 (DZ.U. Z 2020 R., POZ.1086).

Sekretarz NRPiP - Joanna Walewander
Prezes NRPiP - Zofia Małas

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych działając w ramach kompetencji samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych wynikających z ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (tj. Dz. U. z 2018 r. poz. 916) w zakresie sprawowania pieczy nad należytym wykonywaniem zawodów, Obroną godności zawodowej, oraz reprezentowania i ochroną zawodów wnosi o uchylenie w trybie pilnym znówelizowanego art. 37a Kodeksu karnego.

Zgodnie z przywołaną ustawą przepis art. 37a Kodeksu karnego brzmi: *"Art. 37a. § 1. Jeżeli przestępstwo jest zagrożone tylko karą pozbawienia wolności nieprzekraczającą 8 lat, a wymierzona za nie kara pozbawienia wolności nie byłaby surowsza od roku, sąd może zamiast tej kary orzec karę ograniczenia wolności nie niższą od 3 miesięcy albo grzywnę nie niższą od 100 stawek dziennych, jeżeli równocześnie orzeka Środek karny, Środek kompensacyjny lub przepadek."*

§ 2 Przepisu § 1 nie stosuje się do sprawców, którzy popełniają przestępstwo działając w zorganizowanej grupie albo związku mających na celu popełnienie przestępstwa lub przestępstwa skarbowego oraz sprawców przestępstw o charakterze terrorystycznym;

Mamy pełną świadomość, iż zmieniany przepis art. 37a Kodeksu karnego bezpośrednio wpływa na możliwość stosowania przez sądy powszechne innych środków karnych niż kara pozbawienia wolności, przy rozpatrywaniu Spraw o czynny, których przedmiotem jest nieumyślne spowodowanie śmierci (art. 155 k.k.) i narażenie na niebezpieczeństwo utraty życia, CZY też ciężkiego uszczerbku na zdrowiu (art. 160 i 2 k.k.).

Podobna próba nowelizacji Kodeksu karnego, na skutek której miało dojść do zmiany przepisów skutkujących zwiększeniem represyjności przepisów mogących znajdować wobec osób wykonujących zawody medyczne - miała miejsce w ubiegłym roku. Wówczas to samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych, solidaryzując się z innymi samorządami reprezentującymi osoby wykonujące medyczne zawody zaufania publicznego zajął zdecydowanie negatywne stanowisko wobec projektowanej

zmiany regulacji karnych.

Ponownie solidaryzujemy się z aktualnie wyrażonym stanowiskiem przedstawicieli samorządu lekarskiego, odnoszącym się do zaostrzenia represji karnej bezpośrednio skierowanej przeciwko przedstawicielom zawodów medycznych. Uzasadniając prezentowane stanowisko m.in. wskazano, iż: *„Nowelizacja art. 37a kodeksu karnego budzi olbrzymi sprzeciw całego Środowiska lekarskiego, ponieważ przepis ten może znaleźć zastosowanie także w sprawach dotyczących IZW. błędów medycznych."*

"Z uwagi na charakter podejmowanych czynności zawodowych podejmowanych w celu ratowania życia i zdrowia swoich pacjentów lekarze są grupą zawodową, która nie jest wolna od ryzyka ponoszenia odpowiedzialności karnej. Lekarz, który dopuścił się błędu medycznego, musi wprowadzić liczyć się z poniesieniem konsekwencji swego czynu, wymierzana sankcja powinna być jednak sprawiedliwa, adekwatna do stopnia zawinienia, okoliczności, w jakich doszło do popełnienia czynu i postawy lekarza Sąd orzekający musi mieć zatem pozostawioną szerszą swobodę wymiaru kary wolnościowej."

Powyższe tezy znajdują pełne zastosowanie również w odniesieniu do pielęgniarek i położnych jako samodzielnych zawodów medycznych zaufania publicznego. Pragniemy zauważyć, iż w ostatnich latach osoby wykonujące te zawody uzyskały możliwość nabywania w trakcie kształcenia przed i podyplomowego szerokich kwalifikacji zawodowych uprawniających do podejmowania samodzielnych decyzji medycznych. a tym samym narażonych na popełnienie nieumyślnego błędu medycznego. pielęgniarki i położne Są obecnie często członkami wielodyscyplinarnych zespołów terapeutycznych i w szczególności wspólnie z lekarzami, farmaceutami i diagnostami laboratoryjnymi współdecydują o przebiegu skomplikowanego procesu przywracania pacjentów do zdrowia. Natomiast wiadomym powszechnie jest, że wraz z bardzo dynamicznym postępem nauk medycznych, rozwojem nowych metod diagnozy, leczenia, pielęgnacji, rehabilitacji oraz nieznanymi dotychczas dziedzin nauki

wzrastać zaczęła liczba zagrożeń i coraz poważniejszych szkód. Dlatego wiele krajów, zarówno w kręgu prawa kontynentalnego, jak i *common law*, podjęło próby skonstruowania nowych rozwiązań prawnych zarówno w zakresie odpowiedzialności karnej, jak i cywilnej. Natomiast wprowadzona zmiana w art. 37a Kodeksu karnego stoi w sprzeczności z rozwiązaniami współczesnych krajów w zakresie zasad nadzoru nad personelem medycznym w celu minimalizowania i weryfikacji przyczyn niepowodzenia terapeutycznego.

Popierając konieczność ponoszenia odpowiedzialności karnej przez sprawców przestępstwa, ponownie podkreślenia wymaga to, że zaostrzenie prawa, które jak się wydaje ma służyć m.in. zwiększeniu ochrony najistotniejszych dóbr jakimi są zdrowie i życie człowieka, w sposób paradoksalny w swoich skutkach w przypadku opieki nad pacjentami przyniesie najprawdopodobniej zgoła odwrotny efekt. Zamiast wypracować regulacje prawne mobilizujące środowisko medyczne do powszechnego raportowania każdego zdarzenia niepożądanego zaistniałego w procesie pracy personelu medycznego, wprowadzone zmiany doprowadzą do hamowania inicjatyw w tym zakresie i nasilą „strach” i nieufność w relacjach pacjent – personel medyczny. Ponad-to, pragniemy także zwrócić uwagę, iż zaostrzanie przepisów odpowiedzialności karnej personelu medycznego, jest też próbą odwrócenia uwagi od problemów nieefektywnie działającego w Polsce systemu opieki zdrowotnej, braków kadrowych, braków bezpiecznych warunków pracy w podmiotach leczniczych oraz braku kompleksowego rozwiązania zróżnicowanych form zatrudnienia i zasad wynagradzania personelu medycznego, co prowadzi do Wieloletowości pracy zarówno pielęgniarek i położnych, jak i lekarzy, fizjoterapeutów, ratowników medycznych, diagnostów laboratoryjnych, a tym samym przemęczenia psychofizycznego i wypalenia zawodowego.

W naszej ocenie, zmiana zasad wymiaru kary de facto skutkująca jedynie zaostrzeniem represji karnej - mająca w założeniu powodować zwiększenie stopnia staranności podejmowanych działań zawo-

a tym samym prowadzić do minimalizacji ilości popełnianych błędów i występowania tzw. zdarzeń niepożądanych zamierzonego skutku nie wywoła, natomiast w ocenie NRPiP najprawdopodobniej spowoduje dalsze zmniejszenie liczby osób decydujących się na wykonywanie zawodu pielęgniar-ki lub położnej.

Całkowicie niezrozumiałym w końcu jest również to, iż w ramach uchwalania szczególnych rozwiązań praw-

nych związanych ze zwalczaniem zagrożeń rozprzestrzeniania się wirusa SARS-CoV-2, z jednej strony do porządku prawnego wprowadzono regulacje umożliwiające funkcjonariuszom publicznym uniknięcie odpowiedzialności karnej w związku z nadużyciem uprawnień przy dokonywaniu zakupów i usług mających służyć walce z epidemią, z drugiej zaś strony w tym samym czasie zaostreżeniu mają ulec zasady odpowiedzialności karnej skierowane

przeciwko m.in. pielęgniar-ki i położnym tj. osobom codziennie ryzykującym własnym zdrowiem i życiem w związku ze zwalczaniem epidemii, nawet w sytuacji niedoborów środków ochrony osobistej.

Wobec powyższego NRPiP wnoszący jak na wstępie i wzywa do podjęcia kompleksowych prac nad warunkami pracy i płacy oraz nad nowym modelem weryfikacji przyczyn zdarzeń niepożądanych.

PISMO NIPIP DO MEN- 21.05.2020r.

Zofia Małas - Prezes NRPiP

Szanowny Panie Ministrze

W związku z deklaracją rządu o stopniowym znoszeniu ograniczeń związanych z COVID — 19 w placówkach oświatowych, tj. przedszkolach i szkołach, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych z niepokojem przyjęła decyzję o ich uruchamianiu bez zapewnienia bezpiecznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i uczniami. Głównym powodem tych obaw jest brak dostępu do bezpłatnych, szybkich testów na obecność koronawirusa dla zatrudnionego w tych placówkach personelu medycznego.

Zdaniem pielęgniar-ki środowiska

nauczania i wychowania, higienistek szkolnych oraz pielęgniar-ek pediatrycznych podjęcie przez nich obowiązków zawodowych bez możliwości wcześniejszego wykonania odpowiednich testów, wiąże się z dużym prawdopodobieństwem narażenia podopiecznych na ich zakażenie.

W dobie nadal trwającego stanu epidemicznego w kraju, podstawowym zadaniem rządu i obowiązkiem państwa jest zapewnienie bezpieczeństwa w systemie edukacji. W trosce o zdrowie uczniów i dzieci musimy powziąć szczególne środki ostrożności. Dlatego zwracamy się do Pana

Ministra z apelem o podjęcie pilnych działań, dotyczących wprowadzenia w skali całego kraju cyklicznych, obowiązkowych i bezpłatnych testów na obecność koronawirusa dla personelu medycznego zatrudnionego w szkołach, przedszkolach i innych placówkach oświatowych.

Mamy nadzieję, że Pan Minister podzieli naszą troskę o zapewnienie bezpiecznych warunków nauki uczniów, jak i pracy personelu medycznego, po wznowieniu działalności w ww. placówkach oświatowo — wychowawczych.

MEN DO NIPIP - ODPOWIEDŹ

Marzena Machałek - Sekretarz Stanu

Szanowna Pani Prezes,

odpowiadając na pismo z 21 maja 2020 r. w sprawie zapewnienia bezpiecznych warunków pracy pielęgniar-ek i higienistek szkolnych po przywróceniu działalności przedszkoli i szkół, uprzejmie informuję.

Departament Zdrowia Publicznego i Rodziny w Ministerstwie Zdrowia, przedstawił opinię w sprawie profilaktycznego testowania pielęgniar-ek i higienistek szkolnych, powołując się na przepisy zarządzenia Prezesa NFZ Nr 32/2020/DSOZ z 8 marca 2020 r. w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19. Nie wskazują one docelowej listy osób, które powinny być poddane badaniu na obecność wirusa SARS-CoV-2. Decyzje o skierowaniu danej osoby na przedmiotowe badanie pozostają w kompetencjach lekarzy zlecających badanie, uwzględniających przesłanki kliniczne oraz aktualne wytyczne i rekomendacje dotyczące sytuacji, w których wykonanie testu na

obecność genomu wirusa SARS-CoV-2 uznaje się za zasadne.

Jednocześnie uprzejmie informuję, że Minister Edukacji Narodowej przed uruchamianiem w formie stacjonarnej pracy przedszkoli i szkół konsultował sposób zapewnienia warunków higienicznych, z uwzględnieniem bezpieczeństwa zarówno dzieci i uczniów, jak i osób przebywających na terenie placówek oświatowych.

W celu ograniczenia ryzyka zakażenia SARS-CoV-2, Główny Inspektor Sanitarny na podstawie art. 8a ust. 5 pkt 2 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej wydał i zaktualizował 4 czerwca br. wytyczne przeciwepidemiczne dla przedszkoli, oddziałów przedszkolnych w szkole podstawowej i innych form wychowania przedszkolnego oraz instytucji opieki nad dziećmi w wieku do lat 3.

Przywołane wytyczne obejmują m.in. kwestię postępowania w przypadku podejrzenia zakażenia koronawirusem lub zachorowania na COVID-19 u personelu placówek oświatowych. Do podmiotu mogą

przychodzić jedynie zdrowe osoby, bez jakichkolwiek objawów wskazujących na chorobę zakaźną. Do pracowników, analogicznie jak w przypadku dzieci i uczniów, stosuje się zasadę: jeżeli w domu przebywa osoba na kwarantannie lub izolacji nie wolno przychodzić do przedszkola lub szkoły. Pracownicy/obsługa podmiotu powinni zostać poinstruowani, że w przypadku wystąpienia niepokojących objawów muszą pozostać w domu i skontaktować się telefonicznie ze stacją sanitarno-epidemiologiczną, oddziałem zakaźnym, a w razie pogarszania się stanu zdrowia zadzwonić pod nr 999 lub 112.

Jednocześnie, w przypadku wystąpienia u pracownika będącego na stanowisku pracy niepokojących objawów sugerujących zakażenie COVID-19, trzeba niezwłocznie odsunąć go od pracy. Należy wstrzymać przyjmowanie kolejnych grup dzieci, powiadomić właściwą miejscowo powiatową stację sanitarno-epidemiologiczną i stosować się ściśle do wydawanych instrukcji i poleceń.

Wprawdzie dyrektor przedszkola i szkoły nie jest w większości przypadków pracodawcą dla pielęgniarki lub higienistki szkolnej, ale z racji pełnionej funkcji zarządczej nad placówką powinien współpracować z kadrą pielęgniarską.

Jednocześnie 8 maja br. krajowy konsultant w dziedzinie pielęgniarstwa

pediatrycznego wydał zalecenia dla pielęgniarek środowiska nauczania i wychowania/higienistek szkolnych/pielęgniarek pediatrycznych dotyczące bezpieczeństwa opieki nad uczniami oraz dziećmi przebywającymi w przedszkolach i żłobkach na okres epidemii koronawirusa SARS-CoV-2 po wznowieniu tradycyjnej nauki w szkołach.

1. nr NIPiP-NRPIP-DM.0025.101.2020.JP
2. Dz. U. z 2019 r. poz. 59, z późn. zm.
3. <https://www.gov.pl/web/zdrowie/zalecenia-krajowego-konsultanta-w-dziedzinie-pielęgniarstwa-pediatrycznego-dotyczące-bezpieczeństwa-opieki-nad-uczniami-oraz-dziećmi-przebywającymi-w-przedszkolach-i-żłobkach>

STANOWISKO KONSULTANTA KRAJOWEGO W DZIEDZINIE MEDYCyny RODZINNEJ Z DNIA 30 KWIEŹNIA 2020R.

DOTYCZĄCE PRZEPROWADZANIA BADAŃ BILANSOWYCH U DZIECI W CZASIE TRWANIA PANDEMII COVID-19

Konsultant krajowy w dziedzinie MEDYCyny RODZINNEJ

Mając na uwadze Komunikat Głównego Inspektora Sanitarnego z 17 kwietnia 2020r. w sprawie wykonywania szczepień ochronnych w czasie pandemii COVID-19, zalecający wznowienie bieżącej realizacji wszystkich szczepień obowiązkowych w ramach Programu Szczepień Ochronnych u dzieci, **zalecam uwzględnienie w realizacji opieki profilaktycznej nad dziećmi badań bilansowych, a w pierwszej kolejności - bilansów w czasie rocznego obowiązkowego przygotowania przed-szkolnego** (tzw. bilans 6-latka). Badania bilansowe w innych grupach wiekowych należy realizować w miarę możliwości organizacyjnych przychodni, mając na względzie, iż pierwszeństwo realizacji opieki profilaktycznej mają szczepienia (przede wszystkim najmłodszych dzieci) oraz bilanse 6-latków.

Planując badanie bilansowe, należy podzielić je na dwa etapy:

1. teleporadę, podczas której należy przeprowadzić badanie podmiotowe oraz te elementy bilansu, które można omówić telefonicznie, wynikające z Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. ws. świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. 2019 poz. 736 z późn. zm.)

Z uwagi na trwającą pandemię, elementem teleporady powinien być wywiad epidemiologiczny, który powinien zawierać pytania dotyczące:

- epidemiologicznych czynników ryzyka zakażenia SARS-CoV-2 zarówno u dziecka, jak i jego opiekunów i innych domowników (np. kontakt w ciągu ostatnich 14 dni z osobą zakażoną lub chorą na COVID-19 lub przebywającą w kwarantannie z powodu

ryzyka zakażenia SARS-CoV-2, powrót w ciągu 14 ostatnich dni z zagranicy), - objawów ostrej infekcji dróg oddechowych, biegunki lub innych objawów, które mogłyby wskazywać na COVID-19, zarówno u dziecka, jego opiekunów, jak i innych domowników

Jeśli jakaś odpowiedź na pytania z wywiadu epidemiologicznego jest twierdząca, należy odstąpić od przeprowadzenia bilansu i postępować w zależności od wywiadu (zgłoszenie do PSSE, skierowanie do Izby Przyjęć Oddziału Zakaźnego celem wykonania diagnostyki, etc.).

2. **wizytę osobistą w poradni**, podczas której należy przeprowadzić badanie bilansowe, uwzględniające ocenę stanu zdrowia, zgodną z zapisami wspomnianego wyżej rozporządzenia.

Należy pamiętać, że wg obecnie obowiązujących przepisów, jeśli badanie przesiewowe nie zostanie wykonane w czasie rocznego obowiązkowego przygotowania przedszkolnego, to przeprowadza się je w pierwszej klasie szkoły podstawowej.

Zasady organizacji badań bilansowych:

1. Część 1 i 2 badania bilansowego powinny się odbyć w odstępie nie dłuższym niż tydzień. Jeśli odstęp czasowy pomiędzy teleporadą, a wizytą osobistą jest dłuższy niż „z dnia na dzień”, w dniu poprzedzającym wizytę osobistą w poradni należy przeprowadzić aktualizację wywiadu epidemiologicznego.

2. Jeśli istnieje taka możliwość organizacyjna, zaleca się połączenie wizyty bilansowej z wykonaniem szczepień obowiązkowych i zalecanych.

3. Należy poinformować opiekuna/rodzica,

że z dzieckiem może przyjść tylko jedna osoba, bez objawów infekcji, posiadając maseczkę ochronną dla siebie i dziecka.

4. Należy stosować separację czasową lub przestrzenną wizyt, aby w tym samym miejscu i/lub czasie w poczekalni nie przebywali pacjenci zdrowi i z objawami chorobowymi. Należy tak planować grafik przyjęć, aby uniknąć gromadzenia się pacjentów i opiekunów w poczekalni.

5. Personel medyczny przeprowadzający bilans musi stosować zasady dotyczące zapobiegania zakażeniom przenoszonym drogą kropelkową lub bezpośredniego kontaktu:

- środki ochrony indywidualnej: maseczka chirurgiczna z przyłbicą, rękawiczki jednorazowe, fartuch (preferowany fartuch jednorazowy, a w przypadku braku – czysty fartuch wielorazowy, wykorzystany wyłącznie do badania dzieci zdrowych)
- dezynfekcję powierzchni i sprzętów, z którymi styka się pacjent (kozetka, waga, stetoskop, sprzęt do badań bilansowych, inny drobny sprzęt medyczny używany przy pacjencie) - po każdym pacjencie.



ZALECENIA W STANIE EPIDEMII

WIRUSA SARS-COV-2 WYWOŁUJĄCEGO CHOROBY COVID-19 DLA POŁOŻNYCH RODZINNYCH / POŁOŻNYCH PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ AKTUALIZACJA Z DNIA 03.06.2020 R.

Rekomendacje:

Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologicznego i położniczego
dr hab. n. o zdr. Grażyna Iwanowicz-Palus
Ogólnopolskie Stowarzyszenie Położnych Rodzinnych
Polskie Towarzystwo Położnych

Świadczenia realizowane w podstawowej opiece zdrowotnej są obszarem wymagającym zapewnienia najwyższych standardów epidemiologicznych w okresie rozprzestrzenienia się wirusa SARS-CoV-2 wywołującego chorobę COVID-19. W związku z wciąż utrzymującym się ryzykiem zarażenia wirusem SARS-CoV-2, w celu zminimalizowania ryzyka transmisji infekcji COVID-19, poprzez ograniczanie kontaktów z pacjentkami przebywającymi w domach należy utrzymać 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. Należy podkreślić, że 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 w taki sposób w nieograniczonej liczbie zgodnie z zapotrzebowaniem w tym zakresie, 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. W sytuacji udzielania osobistej porady/konsultacji/badania pacjentki w środowisku domowym lub gabinecie położnej POZ, należy je odbywać z zachowaniem optymalnych i zalecanych warunków bezpieczeństwa epidemiologicznego. Należy bezwzględnie pamiętać o indywidualnym podejściu do każdej pacjentki, z uwzględnieniem zmieniającej się sytuacji epidemiologicznej w poszczególnych regionach kraju. Uwzględniając aktualne, dostępne wytyczne zapobiegania zakażeń wirusem SARS-CoV-2, w celu zminimalizowania ryzyka transmisji infekcji COVID-19 oraz specyfikę udzielania świadczeń zdrowotnych przez położną podstawowej opieki zdrowotnej rekomenduje się działania

zaprezentowane poniżej.

I. PLANOWANIE WIZYTY PATRONAŻOWEJ

1. Wizyty patronażowe powinny odbywać się w miejscu pobytu matki i dziecka, a pierwsza wizyta patronażowa nie później niż w ciągu 48 godzin od otrzymania przez położną zgłoszenia urodzenia dziecka od podmiotu leczniczego. Wizyta patronażowa powinna być realizowana zgodnie z założeniami standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej. Natomiast w sytuacji, gdy nie jest możliwa realizacja określonych czynności, fakt ten powinien być bezwzględnie odnotowany w dokumentacji medycznej.

2. 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.

3. 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.

4. 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 uwarunkowaniach odbycia wizyty w środowisku domowym (zarówno pierwszej, jak i kolejnej):

- 1) Czy w okresie ostatnich 14 dni Pacjentka miała kontakt z osobą, u której zostało potwierdzone zakażenie koronawirusem?
- 2) Czy w okresie ostatnich 14 dni Pacjentka miała kontakt z osobą, która została poddana kwarantannie lub zalecono izolację w domu?
- 3) Czy występują u Pacjentki (lub u innych

osób wspólnie zamieszkujących) objawy: gorączka powyżej 38°C, kaszel, uczucie duszności, bóle mięśniowe?

5. W przypadku osób izolowanych w warunkach domowych bądź poddanych kwarantannie w związku z kontaktem z osobą zakażoną wirusem SARS-CoV-2 (dotyczy to pacjentki lub któregośkolwiek z domowników), można odroczyć udzielanie świadczenia obejmującego opiekę nad kobietą, noworodkiem i niemowlęciem do ukończenia 2. (drugiego) miesiąca życia, realizowanego w ramach wizyt patronażowych bezpośrednio w środowisku domowym (kolejną wizytę patronażową). W tej sytuacji 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).

6. 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.

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 krocza 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 jest 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, 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 dla jednej pacjentki/norodka w jednej torbie (np. lnianej, 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 ewentualnej transmisji wirusa. Wówczas pacjentka powinna wykonać pomiar ciśnienia tętniczego krwi własnym aparatem przed wizytą patronażową lub w jej trakcie. Pacjentka powinna również dokonać pomiaru ciepłoty ciała i podać jej wartość jeszcze podczas wywiadu epidemiologicznego przeprowadzanego telefonicznie.

3. Przygotowanie położnej POZ: dłonie bez biżuterii - pierścionków, obrączek, bransoletek i zegarków („nic poniżej łokcia”), krótko obcięte paznokcie, upięte włosy.

4. W związku z tym, że podczas wizyty patronażowej (badanie przedmiotowe położnicy/norodka) nie ma możliwości zachowania bezpiecznego dystansu, położna powinna być ubrana w maskę, okulary ochronne lub przyłbicę oraz rękawice ochronne 2 pary (wewnętrzne i zewnętrzne).

5. Przed wejściem do pomieszczenia pobytu pacjentki należy pozostawić po przekroczeniu drzwi wejściowych do mieszkania czyste oznakowane dwa czerwone worki na ewentualne odpady medyczne zakaźne, 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 lub przyłbicę, a następnie przy pacjentce – kolejną parę

rękawic (zewnętrzne).

6. Przed wejściem położnej do mieszkania, pacjentka powinna dokładnie umyć ręce wodą z mydłem zgodnie z zaleceniami oraz założyć maseczkę – jeśli ją posiada.

7. W czasie wizyty patronażowej położnej, w pokoju powinna być tylko matka z dzieckiem, a pozostali domownicy powinni przebywać w innych pomieszczeniach. W sytuacji, gdy podczas wizyty patronażowej ma być obecny także inny domownik, w stosunku do takiej osoby należy również przeprowadzić wywiad epidemiologiczny i zobowiązać ją do założenia maseczki ochronnej.

8. W domach jednorodzinnych wizyta patronażowa powinna odbywać się w pokoju na niższej kondygnacji budynku (jak najbliżej drzwi wejściowych i łazienki).

9. Drzwi do pokoju / pokoiów, w którym przebywają matka z dzieckiem oraz do łazienki muszą być otwarte w celu ograniczenia kontaktu z dotykanyymi powierzchniami.

10. 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.

11. Rozmowa z pacjentką musi odbywać się z zachowaniem możliwie największej bezpiecznej odległości, zalecane nie mniej niż 1,5 metra, z zachowaniem zasad higieny oddychania (zastaniać usta i nos podczas kaszlu, kichania, nie mówić twarzą w twarz).

12. Badanie położnicy, jak również noworodka należy możliwie maksymalnie skrócić.

13. Podczas wizyty należy krótko poinformować o zaleceniach, rozwiewając wątpliwości i przesuwając dalszą konwersację na rozmowę telefoniczną.

14. Po badaniu każdego pacjenta (położnica, noworodek) położna jest zobowiązana umyć ręce i zdezynfekować środki na bazie alkoholu, a sprzęt medyczny zdezynfekować przed i po jego użyciu.

15. Należy zdezynfekować miejsce umieszczenia dokumentacji medycznej, np. na stole – zachowywać zasady ograniczenia kontaktu fizycznego przy każdym podpisaniu dokumentów, przestrzegać używania przez pacjentkę własnego długopisu oraz ograniczyć dotykania kartek poprzez możliwość uzupełnienia dokumentacji w gabinecie po zakończonej wizycie patronażowej.

16. 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

prawa wykonywania zawodu, bez konieczności stawiania pieczętki).

17. Należy zdezynfekować drobny sprzęt medyczny stetoskop, ciśnieniomierz, wagę itp. oraz telefon komórkowy (w torbie strunowej), pieczętkę, długopis i inne dotykane elementy.

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

19. Ręce i nadgarstki należy bezwzględnie zdezynfekować płynem na bazie alkoholu, zgodnie z instrukcją producenta.

20. Wszystkie pomieszczenia, zarówno przed, jak i po wizycie patronażowej powinny być dobrze wywietrzone.

21. Jeżeli jest taka potrzeba ze strony położnej lub pacjentki - wizytę należy kontynuować z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności.

22. Podczas wizyty patronażowej pacjentka może złożyć oświadczenie o przyśługującym 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 przestana w formie elektronicznej.

23. 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.

24. Jeśli po zdalnym wywiadzie zachodzi konieczność bezpośredniej opieki nad matką i dzieckiem w środowisku domowym, to taka wizyta patronażowa musi być bezwzględnie zrealizowana, przestrzegając zaleceń zawartych w prezentowanej procedurze.

25. 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.

26. W sytuacji, gdy wizyta patrolowa 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 wydzielinami pacjentki (rana po operacji brzusznej lub rana krocza).

IV. EDUKACJA PRZEDPORODOWA

1. 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, można realizować w formie porady z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności, do czasu zakończenia okresu epidemii na terenie kraju.

2. W przypadku realizacji edukacji przedporodowej w bezpośrednim kontakcie należy bezwzględnie przestrzegać zaleceń i wytycznych odnoszących się do ograniczenia rozprzestrzeniania się wirusa SARS-CoV-2 i zapewnienia bezpieczeństwa uczestnikom, w tym m.in.: zapewnienie 1,5 metra odległości między stanowiskami dydaktycznymi, zapewnienie dostępności do płynu do dezynfekcji rąk na bazie alkoholu przed salą dydaktyczną, sale powinny być regularnie wietrzone, a miejsca siedzące i powierzchnie dotykowe dezynfekowane przed i po każdym zajęciach.

3. Edukacja przedporodowa rea-

lizowana w bezpośrednim kontakcie musi być poprzedzona zebraniem wywiadu epidemiologicznego i pomiarem ciepłoty ciała osób uczestniczących w zajęciach.

V. 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 ryzykiem epidemiologicznym, wizyty w gabinecie powinny być ograniczone do koniecznych i realizowane zgodnie z zaleceniami i wytycznymi odnoszącymi się do minimalizowania ryzyka transmisji infekcji COVID-19.

3. Wszystkie wizyty pacjentek są poprzedzane zebraniem wywiadu epidemiologicznego i ustalone za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności oraz bezpośrednim pomiarem ciepłoty ciała.

4. Jeśli sytuacja tego wymaga (po wykorzystaniu systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności) i istnieje 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 dezynfekowany i wywietrzony, przestrzega się rozdzielności czasowej pomiędzy wizytami w gabinecie położnej POZ. Przeprowadzając dezynfekcję pomieszczeń, należy ściśle przestrzegać zaleceń producenta. Ważne jest ściśle przestrzeganie czasu niezbędnego do wywietrzenia dezynfekowanych pomieszczeń.

8. Przed gabinetem położnej POZ musi być zapewniona dostępność dla pacjentów do płynu do dezynfekcji rąk na bazie alkoholu.

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%C5%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 krawędziach), - opakowanie zewnętrzne: worek 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

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 Stacji Sanitarnej-Epidemiologicznej. Kryteria epidemiologiczne odnoszące się do podejrzenia zakażenia dostępne są na stronie internetowej:

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

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 algo-

rytmem kwalifikacji chorych do dalszego postępowania, jeżeli wystąpił kontakt z osobą z podejrzeniem zakażenia koronawirusem.



Tekst pochodzi z serwisu LEX Medica

LEX Medica

Prawo i praktyka dla całej placówki medycznej

Autor odpowiedzi:

Choromańska Iwona

Odpowiedzi udzielono:

11 maja 2020 r., stan prawny dotychczas nie uległ zmianie

Pytanie:

Czy w okresie epidemii koronawirusa dyrekcja szpitala ma prawo przesunąć położną z oddziału ginekologicznego na inny oddział tego szpitala?

Odpowiedź:

W stanie epidemii dyrekcja szpitala może przesunąć położną z oddziału ginekologii wyłącznie do oddziału, w którym udzielane są świadczenia zdrowotne obejmujące jedynie kompetencje ustawowe przewidziane dla położnej. Nie może to być każdy dowolny oddział.

Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. z 2020 r. poz. 562) w art. 5 ust. 1 stanowi, że wykonywanie zawodu położnej polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w szczególności na:

- 1) rozpoznawaniu ciąży, sprawowaniu opieki nad kobietą w przebiegu ciąży fizjologicznej, a także prowadzeniu w określonym zakresie badań niezbędnych w monitorowaniu ciąży fizjologicznej;
- 2) kierowaniu na badania konieczne do jak najwcześniejszego rozpoznania ciąży wysokiego ryzyka;
- 3) prowadzeniu porodu fizjologicznego oraz monitorowaniu płodu z wykorzystaniem aparatury medycznej;
- 4) przyjmowaniu porodów naturalnych, w przypadku konieczności także z nacięciem krocza, a w przypadkach nagłych także porodu z położenia miednicowego;
- 5) podejmowaniu koniecznych działań w sytuacjach nagłych, do czasu przybycia

lekarza, w tym ręcznego wydobycia łożyska, a w razie potrzeby ręcznego zbadania macicy;

6) sprawowaniu opieki nad matką i noworodkiem oraz monitorowaniu przebiegu okresu poporodowego;

7) badaniu noworodków i opiece nad nimi oraz podejmowaniu w razie potrzeby wszelkich niezbędnych działań, w tym natychmiastowej reanimacji;

8) realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji;

9) samodzielnym udzielaniu w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych;

10) profilaktyce chorób kobiecych i patologii położniczych;

11) rozpoznawaniu u matki lub dziecka objawów nieprawidłowości wymagających skierowania do lekarza;

12) sprawowaniu opieki położniczo-ginekologicznej nad kobietą;

13) prowadzeniu działalności edukacyjno-zdrowotnej w zakresie:

a) przygotowania do życia w rodzinie, metod planowania rodziny oraz ochrony macierzyństwa i ojcostwa,

b) przygotowywania do rodzicielstwa oraz pełnego przygotowania do urodzenia dziecka, łącznie z poradnictwem na temat higieny i żywienia.

Powyższe oznacza, że świadczenia położnej obejmują szeroko pojętą opiekę nad kobietą, kobietą w ciąży, podczas porodu, połogu, w zakresie świadczeń w dziedzinie ginekologii, sprawowania opieki nad noworodkiem.

Rozporządzenie 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. z 2013 r. poz. 1562) - dalej r.d.p.s. określa dziedziny pielęgniarstwa, w których możliwe jest kształcenie podyplomowe położnych. Zgodnie z postanowieniami ww. rozporządzenia, wg § 1 ust. 3 r.d.p.s. kształcenie podyplomowe położnych, szkolenie specjalizacyjne (specjalizacja) dla położnych może być prowadzone w dziedzinach pielęgniarstwa:

1) ginekologiczno-położniczego;

2) rodzinnego.

Zgodnie z § 1 ust. 4 r.d.p.s. specjalizacja dla pielęgniarek i położnych może być prowadzona w dziedzinie pielęgniarstwa:

1) epidemiologicznego;

2) neonatologicznego.

Według § 2 ust. 3 r.d.p.s. kursy kwalifikacyjne dla położnych mogą być prowadzone w dziedzinach pielęgniarstwa:

1) anestezjologicznego i intensywnej opieki w położnictwie i ginekologii;

2) operacyjnego;

3) rodzinnego.

oraz w dziedzinie epidemiologii (§ 2 ust. 4 r.d.p.s.).

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 lutego 2017 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (Dz.U. z 2017 r. poz. 497) również obejmuje świadczenia, obejmujące swym zakresem uprawnienia ustawowe położnej.

W związku z powyższym, w stanie epidemii dyrekcja szpitala może przesunąć położną z oddziału ginekologii jedynie do oddziału, w którym udzielane są świadczenia zdrowotne obejmujące jedynie kompetencje ustawowe przewidziane dla położnej. Nie może to być każdy dowolny oddział.



LEX Medica

Prawo i praktyka dla całej placówki medycznej

Autor odpowiedzi:

Kaczorowska-Kossowska Iwona

Odpowiedzi udzielono:

28 maja 2020 r., stan prawny dotychczas nie uległ zmianie

Pytanie:

Jaką datę objęcia ograniczeniem należy wskazać do wyliczeń wynagrodzeń jeśli: 1) lista została wysłana 5 maja i tą datę posiadają informacje o objęciu ograniczeniem przekazane personelowi, 2) lista wysłana 5 maja została za zgodą NFZ anulowana i poprawiona, wysłana ponownie 14 maja i tą datę posiadają informacje o objęciu ograniczeniem przekazane personelowi?

Odpowiedź:

Jeśli informacja o objęciu ograniczeniem została przekazana pracownikom w dniu 5 maja w sposób prawnie skuteczny, to od tej daty byli oni zobowiązani do zaprzestania udzielania świadczeń w innych miejscach i od tej daty należałoby obliczać wysokość należnych im dodatkowych wynagrodzeń, na poczet których środki winny zostać przekazane świadczeniodawcy przez NFZ.

Trudno ocenić tą sytuację z formalnoprawnego punktu widzenia, ponieważ nie wiemy jaka była przyczyna anulowania i zmiany wykazu, czy oświadczenia o objęciu ograniczeniem złożone pracownikom 5 maja były z jakiegokolwiek przyczyny wadliwe i wskutek wady nieważne, czy złożono pracownikom (i w jakiej dacie) oświadczenia informujące o anulowaniu poprzednich. Z opisu sytuacji wynika jedynie, że personelowi przekazano dwa oświadczenia o objęciu ograniczeniem, w różnych datach.

Zgodnie z § 3 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 kwietnia 2020 r. w sprawie standardów w zakresie ograniczeń przy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej pacjentom innym niż z podejrzeniem lub zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 przez osoby wykonujące zawód medyczny

mające bezpośredni kontakt z pacjentami z podejrzeniem lub zakażeniem tym wirusem (Dz.U. poz. 775) - dalej r.s.o. przekazanie osobie wykonującej zawód medyczny informacji, o której mowa w § 1 ust. 4, stanowi podstawę do zaprzestania w okresie ustalonym zgodnie z § 1 ust. 4 i 6 r.s.o.:

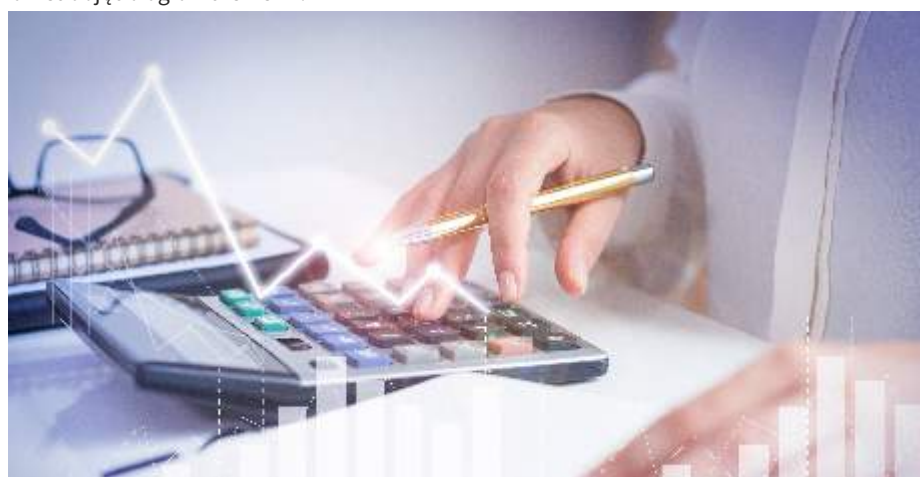
1) świadczenia pracy na podstawie innej niż stosunek pracy,
2) wykonywania zawodu medycznego w formie praktyki zawodowej, o której mowa w art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2020 poz. 295) - u.d.z.l.

- wykonywanych poza podmiotem leczniczym, o którym mowa w § 1 ust. 1 u.d.z.l.

Pracownik, który otrzymał informację o objęciu ograniczeniem zobowiązany był zatem do zaprzestania udzielania świadczeń w innym miejscu do momentu otrzymania informacji. Od tego też momentu winno też być mu naliczane dodatkowe wynagrodzenie z tytułu niewykonywania zawodu w innym miejscu (oczywiście o ile spełnia on warunki określone przepisami rozporządzenia). Jak wynika bowiem z polecenia r.s.o. (<https://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-centrali/dodatkowe-wynagrodzenie-dla-personelu-medycznego-za-prace-w-jednym-miejscu,7721.html>) środki przekazane są na wypłatę dodatkowe świadczenia "przez okres objęcia ograniczeniem".

Biorąc zaś pod uwagę treść wzoru umowy zawieranej przez Świadczeniodawcę z Narodowym Funduszem Zdrowia, regulującej zasady przekazywania środków na wypłaty dodatkowych wynagrodzeń, nie przewiduje ona zapisów uzależniających wysokość przekazanych środków od daty przekazania wykazu pracowników. Reguluje natomiast termin, w jakim świadczeniodawca środki te otrzyma, i ten uzależniony jest od daty przekazania wykazu (§ 2 ust. 3 r.s.o.).

Prowadzi to do wniosku, że jeśli informacja o objęciu ograniczeniem została przekazana pracownikom w dniu 5 maja w sposób prawnie skuteczny, to od tej daty byli oni zobowiązani do zaprzestania udzielania świadczeń w innych miejscach i od tej daty należałoby obliczać wysokość należnych im dodatkowych wynagrodzeń. Jeśli natomiast przyczyną "anulowania" wykazu była wada informacji powodująca jej bezskuteczność, data ta może być późniejsza. Należy jednak wówczas także wziąć pod uwagę, iż pracownicy, którzy zaprzestali świadczenia pracy w innych miejscach na skutek oświadczenia pracodawcy obciążonego wadą prawną, o której nie wiedzieli, mogą wywodzić z tego tytułu roszczenia wobec pracodawcy – wszystko zależy tu od przyczyny i trybu, w jakim doszło do zmiany informacji i wykazu.



Tekst pochodzi z serwisu LEX Medica

LEX Medica

Prawo i praktyka dla całej placówki medycznej

Autor odpowiedzi:

Choromańska Iwona

Odpowiedzi udzielono:

8 marca 2020 r., stan prawny dotychczas nie uległ zmianie

Pytanie:

Czy pielęgniarka pracująca na oddziale intensywnej terapii, posiadająca specjalizację z anestezjologii i intensywnej opieki, będzie mogła nadzorować ECMO żyłno-żylne?

Jaki zakres obowiązku na niej będzie ciążył a jakich procedur nie będzie mogła wykonywać?

Odpowiedź:

Odpowiedź zawarta jest w uzasadnieniu.

Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. z 2019 r. poz. 576 ze zm.) - dalej u.z.p.i.p. w art. 4 ust. 1 stanowi, że wykonywanie zawodu pielęgniarki polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w szczególności na:

- 1) rozpoznawaniu warunków i potrzeb zdrowotnych pacjenta;
- 2) rozpoznawaniu problemów pielęgnacyjnych pacjenta;
- 3) planowaniu i sprawowaniu opieki pielęgnacyjnej nad pacjentem;
- 4) samodzielnym udzielaniu w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych oraz medycznych czynności ratunkowych;
- 5) realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji;
- 6) orzekaniu o rodzaju i zakresie świadczeń opiekuńczo-pielęgnacyjnych;
- 7) edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia.

Kompetencje pielęgniarki wynikają z ogólnie obowiązujących przepisów prawa, z programów kształcenia przeddyplomowego i podyplomowego, z obowiązujących standardów postępowania w poszczególnych dziedzinach pielęgniarstwa. Zgodnie z art. 61 ust. 1 u.z.p.i.p. pielęgniarka i położna mają obowiązek stałego aktualizowania swojej wiedzy i umiejętności zawo-

dowych oraz prawo do doskonalenia zawodowego w różnych rodzajach kształcenia podyplomowego.

Art. 66 ust. 1 u.z.p.i.p. ustala następujące rodzaje kształcenia podyplomowego:

- 1) szkolenie specjalizacyjne, zwane "specjalizacją";
- 2) kurs kwalifikacyjny;
- 3) kurs specjalistyczny;
- 4) kurs dokształcający.

Program szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki dla pielęgniarek zatwierdzony przez Ministra Zdrowia w dniu 19.08.2015r. w module IV "Specjalistyczne techniki pozaustrojowego wspomagania funkcji życiowych u pacjentów w skrajnych stanach bezpośredniego zagrożenia życia" w pkt 13 zawiera treści obejmujące wskazania do rozpoczęcia prowadzenia zabiegu pozaustrojowej wymiany gazów (ECMO – extracorporeal membrane oxygenation):

- 1) niewydolność krążenia z powodu zapalenia mięśnia sercowego, w okresie choroby porouscycytacyjnej;
- 2) lewo- lub lewo- i prawokomorowa niewydolność krążenia związana z zaburzeniami kurczliwości serca w obrębie jam serca i naczyń (bezpośredni okres pokardiologiczny);
- 3) niewydolność oddechowa o złożonej etiologii: ARDS, RDS;
- 4) ciężki wstrząs kardiogeny, zator płucny.

Jako literaturę podstawową uzupełniającą wskazuje się tu:

- 1) Januszewska K.: ECMO [w:] Malec E., Januszewska K. (red.): *Moje dziecko ma wadę serca*, Wyd. Borgis. Warszawa 2014: 276: 281
- 2) Lango R., Szkulmowski Z., Maciejewski D., Kusza K., *Protokół zastosowania pozaustrojowej oksygenacji krwi (extracorporeal membrane oxygenation – ECMO) w leczeniu ostrej niewydolności oddechowej*. Zalecenia i wytyczne Nadzoru Krajowego oraz Konsultanta Krajowego w dziedzinie Anestezjologii i Intensywnej Terapii.

W wykazie świadczeń zdrowot-

nych, do których jest uprawniona pielęgniarka po ukończeniu szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki w pkt 42 i 43 zawarto:

42. Udział w terapii nad pacjentem dorosłym poddanym zabiegowi pozaustrojowej wymiany gazów (prowadzenie protokołu zabiegu, pobieranie krwi do badań i analiza wyników badań gazometrycznych i koagulologicznych).

43. Udział w terapii nad dzieckiem poddanym pozaustrojowej wymianie gazów (prowadzenie protokołu zabiegu, pobieranie krwi na badania i analiza wyników badań gazometrycznych i koagulologicznych).

Szczegóły dotyczące procedury postępowania i konkretnych obowiązków pielęgniarki anestezjologicznej, która jest członkiem zespołu prowadzącego leczenie ECMO zawarte są w "Protokole zastosowania pozaustrojowej oksygenacji krwi (extracorporeal membrane oxygenation – ECMO) w leczeniu ostrej niewydolności oddechowej" i w zaleceniach i wytycznych Nadzoru Krajowego oraz Konsultanta Krajowego w dziedzinie Anestezjologii i Intensywnej Terapii. Powyższe dokumenty nie są źródłem prawa, jednakże po ukończeniu specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki dla pielęgniarek, pielęgniarka powinna z tych dokumentów korzystać.



Tekst pochodzi z serwisu LEX Medica

LEX Medica

Prawo i praktyka dla całej placówki medycznej

Autor odpowiedzi:

Kaczorowska-Kossowska Iwona

Odpowiedzi udzielono:

22 maja 2020 r., stan prawny dotychczas nie uległ zmianie

Pytanie:

Kto może ustawić parametry respiratora stosowanego u pacjenta wentylowanego mechanicznie w ramach długoterminowej opieki zdrowotnej?

Jaka jest podstawa prawna ustawienia parametrów respiratora?

Odpowiedź:

Uprawnienie do ustawienia parametrów respiratora nie jest elementem określanym wprost w przepisach prawa. Będzie ono wynikać z zakresu umiejętności nabytych w trakcie programu kształcenia określonego przez uprawnione organy.

Wskazanie wprost na umiejętność doboru parametrów i ustawień respiratora znajdujemy tylko w niektórych programach specjalizacji lekarskich, natomiast umiejętność obsługi respiratora u pacjentów z przewlekłą niewydolnością oddechową przewidują niektóre programy specjalizacji dla pielęgniarek (np. program szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa opieki długoterminowej) oraz program kursu specjalistycznego "Pielęgowanie

pacjenta dorosłego wentylowanego mechanicznie".

Uprawnienie do ustawienia parametrów respiratora nie jest elementem określanym wprost w przepisach prawa. Będzie ono wynikać z zakresu umiejętności nabytych w trakcie programu kształcenia określonego przez uprawnione organy.

W zakresie dotyczącym lekarzy Program specjalizacji w dziedzinie chorób płuc przewiduje w części stażu kierunkowego w zakresie intensywnej terapii nabycie przez lekarza umiejętności praktycznych obejmujących m.in. dobór parametrów ustawienia respiratora. Podobny zapis znajduje się w programie specjalizacji w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii (vide: <https://www.cmkp.edu.pl/ksztalcenie/studia-specjalizacyjne-lekarzy/programy-specjalizacji-lekarskich/modulowe-programy-specjalizacji>).

W odniesieniu do zawodu pielęgniarki natomiast zapisy dotyczące pracy z respiratorem znajdujemy w § 4 pkt 7 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 lutego 2017 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (Dz.U. poz. 497), który stanowi, że pielęgniarka systemu w rozumieniu art. 3 pkt 6 ustawy

z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. z 2020 r. poz. 882) jest uprawniona do wykonywania samodzielnie bez zlecenia lekarskiego medycznych czynności ratunkowych obejmujących m.in. podjęcie tlenoterapii czynnej lub wspomaganie oddechu lub sztucznej wentylacji płuc metodami bezprzrządowymi i przrządowymi, z użyciem tlenu lub powietrza, w tym z użyciem respiratora.

Obsługę respiratora u pacjentów z przewlekłą niewydolnością oddechową przewidują niektóre programy specjalizacji dla pielęgniarek (np. program szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa opieki długoterminowej). Zapisy odnośnie obsługi respiratora znajdujemy także w treści Programu kursu specjalistycznego Pielęgowanie pacjenta dorosłego wentylowanego mechanicznie (www.ckppi-p.edu.pl), który w części opisu umiejętności nabywanych po odbyciu kursu przewiduje przygotowanie respiratora i obwodu oddechowego respiratora do podłączenia dla konkretnego pacjenta. Zapisy te mówią jednak o obsłudze respiratora, nie zaś – jak w przypadku programów specjalizacji lekarskich, o ustawieniu ich parametrów.



KOŁO POLSKIEGO TOWARZYSTWA PIELĘGNIARSKIEGO W LUBINIE

Teresa Fichtner-Jeruzel
Przewodnicząca ZO PTP

Z radością informuję o tym, że dołączyło do naszego Zarządu we Wrocławiu Koło PTP przy Miedziowym Centrum Zdrowia S.A. w Lubinie.

Mimo trudnej sytuacji związanej z epidemią Koleżanki działają i mają plany na przyszłość.

W imieniu Zarządu Oddziału we Wrocławiu życzę Koleżankom przede wszystkim dużo zdrowia, optymizmu i wszelkiej pomyślności.

Koło Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego przy Miedziowym Centrum Zdrowia S.A. w Lubinie funkcjonuje nieprzerwanie od 44 lat. Założone w 1976r. przetrwało do dzisiaj niezależnie od formy organizacyjnej obecnej Spółki. Determinacja jej członków i kolejnych Zarządów oraz wsparcie ze strony pracodawcy spowodowały, że udało się przetrwać do dzisiaj. Na przestrzeni lat działalność przebiegała w postaci różnych form organizacyjnych. Funkcjonowało jako Koło podległe Zarządowi Od-

ziału w Legnicy następnie w Złotoryi, skupiało pielęgniarki z MCZ S.A. oraz Regionalnego Centrum Zdrowia w Lubinie. Po likwidacji Zarządu Oddziału w Złotoryi w roku 2017 przejęło status Zarządu Oddziału.

Zmiany w formie zatrudnienia pielęgniarek, starzenie się grupy zawodowej spowodowały również u Nas odpływ pielęgniarek chętnych do prowadzenia dalszej działalności. Obecnie funkcjonujemy jako Koło Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego przy MCZ S.A. liczymy 50 członków. Działalność ta jest możliwa dzięki przyłączeniu Koła do Oddziału we Wrocławiu. Jest to dla nas bardzo istotne, że Koleżanki z Wrocławia postanowiły przyjąć Nas, gdyż samodzielne funkcjonowanie nie byłoby możliwe i 44 letnia tradycja mogła się zakończyć niepowodzeniem.

Współtwórcą naszego sukcesu jest także Pani mgr Marzena Łokietko Naczelnia Pielęgniarka w MCZ S.A. i Pełnomocnik ds. Jakości w Spółce. Z pełnym zaangażowaniem

wspiera działalność Koła, bierze udział w organizowanych przez Nas konferencjach, rozstrawia istniejącą organizację na zewnątrz i zachęca młodych pracowników do pracy na rzecz pielęgniarstwa.

Mimo trudnej sytuacji w kraju związanej z pandemią koronawirusa, działalność koła nie została zawieszona. Zarząd spotyka się one line, celem ustalenia planu działań na najbliższy okres czasu oraz prowadzi działalność mającą na celu promowanie pielęgniarstwa i pozyskiwania osób chętnych do promowania zawodu pielęgniarki.

Skład Zarządu Koła PTP przy MCZ S.A.

- Przewodnicząca Maria Fuławka
- Sekretarz Ewa Wojtaś
- Skarbnik Katarzyna Łokaj
- Członek Urszula Mizgała

Skład Komisji Rewizyjnej

- Przewodnicząca Joanna Książek
- Członek Maria Łuczak



PLAN KSZTAŁCENIA PODYPŁOMOWEGO

DOLNOŚLĄSKIEJ OKRĘGOWEJ IZBY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH OBEJMUJĄCY OFERTĘ SZKOLEŃ BEZPŁATNYCH NA II PÓŁROCZE 2020 ROKU

Krystyna Łukowicz Domagalska - Kierownik Działu Kształcenia

SZKOLENIA SPECJALIZACYJNE KONTYNUOWANE

Dziedzina	Miejsce prowadzenia kształcenia	Liczba edycji specjalizacji	Terminy rozpoczęcia poszczególnych edycji specjalizacji (miesiąc, rok)	Liczba uczestników, w tym:		Terminy zakończenia specjalizacji (miesiąc, rok)
				nieodpłatnych	płatnych	
Pielęgniarstwo internistyczne dla pielęgniarzek	Wrocław	1	21.09.2019	25	4	30.03.2021
Pielęgniarstwo rodzinne dla pielęgniarzek	Wrocław	1	24.11.2018	21	2	24.07.2020
Pielęgniarstwo anestezjologiczne i intensywnej opieki dla pielęgniarzek	Wrocław	1	19.10.2019	25	5	07.05.2021
Pielęgniarstwo ginekologiczno-położnicze dla położnych	Wrocław	1	10.02.2019	23	0	15.07.2020
Pielęgniarstwo ginekologiczno-położnicze dla położnych	Wrocław	1	15.02.2020	25	2	30.09.2021
Pielęgniarstwo psychiatryczne dla pielęgniarzek	Lubin	1	21.09.2019	24	0	30.03.2021
Pielęgniarstwo neonatologiczne dla pielęgniarzek i położnych	Wrocław	1	30.11.2019	25	1	15.05.2021
Pielęgniarstwo opieki długoterminowej dla pielęgniarzek	Wrocław	1	12.01.2020	22	4	08.05.2021
Pielęgniarstwo chirurgiczne dla pielęgniarzek	Wrocław	1	30.06.2020	25	3	16.10.2021
Pielęgniarstwo pediatryczne dla pielęgniarzek	Wrocław	1	30.06.2020	25	0	16.10.2021

SZKOLENIA SPECJALIZACYJNE PLANOWANE

Dziedzina	Miejsce prowadzenia kształcenia	Koszt od uczestnika płatnego PLN		Planowana liczba edycji specjalizacji	Planowane terminy rozpoczęcia poszczególnych edycji specjalizacji (miesiąc, rok)	Liczba uczestników, w tym:		Planowane terminy zakończenia specjalizacji (miesiąc, rok)
		Z DOIPiP	SPOZA DOIPiP			nieodpłatnych	płatnych	
Pielęgniarstwo opieki paliatywnej dla pielęgniarzek	Wrocław	3300	3350	1	10.10.2020	25	15	26.02.2022
Pielęgniarstwo epidemiologiczne dla pielęgniarzek i położnych	Wrocław	3700	3750	1	10.10.2020	25	15	26.02.2022
Pielęgniarstwo anestezjologiczne i intensywnej opieki dla pielęgniarzek	Wrocław	3900	3950	1	10.10.2020	25	15	26.02.2022
Pielęgniarstwo operacyjne dla pielęgniarzek	Wrocław	3900	3950	1	10.10.2020	25	15	26.02.2022
Pielęgniarstwo onkologiczne dla pielęgniarzek	Wrocław	3300	3360	1	21.11.2020	25	15	19.03.2022

KURSY KWALIFIKACYJNE PLANOWANE

Dziedzina	Miejsce prowadzenia kształcenia	Koszt od uczestnika pełnopłatnego PLN		Planowana liczba edycji kursu	Planowane terminy rozpoczęcia poszczególnych edycji kursów (miesiąc, rok)	Liczba uczestników, w tym:		Planowane terminy zakończenia kursów (miesiąc, rok)
		Z DOIPiP	SPOZA DOIPiP			nieodpłatnych	pełnopłatnych.	
Pielęgniarstwo opieki długoterminowej dla pielęgniarek	Wrocław	1.200	1.250	1	21.11.2020	25	15	26.02.2021
Pielęgniarstwo anestezyjologiczne i intensywnej opieki dla pielęgniarek	Wrocław	1.300	1.350	1	10.10. 2020	25	15	19.01. 2021
Pielęgniarstwo operacyjne dla pielęgniarek	Wrocław	1.300	1.350	1	21.11. 2020	25	15	22.02.2021
Pielęgniarstwo operacyjne dla położnych	Wrocław	1.300	1.350	1	21.11. 2020	25	15	22.02.2021
Pielęgniarstwo w środowisku nauczania i wychowania dla pielęgniarek	Wrocław	1.100	1.150	1	28.11.2020	25	15	02.03.2021
Pielęgniarstwo ochrony zdrowia pracujących dla pielęgniarek	Wrocław	1.200	1.250	1	28.11.2020	25	15	03.03.2021
Pielęgniarstwo rodzinne dla położnych	Wrocław	1.300	1.350	1	01.10.2020	25	15	31.12.2020
Pielęgniarstwo rodzinne dla pielęgniarek	Wrocław	1.300	1.350	1	01.10.2020	25	15	31.12.2020

KURSY SPECJALISTYCZNE PLANOWANE

Dziedzina	Miejsce prowadzenia kształcenia	Koszt od uczestnika pełnopłatnego PLN		Planowana liczba edycji kursów	Planowane terminy rozpoczęcia poszczególnych edycji kursów (miesiąc, rok)	Liczba uczestników, w tym:		Planowane terminy zakończenia kursów (miesiąc, rok)
		Z DOIPiP	SPOZA DOIPiP			nieodpłatnych	pełnopłatnych.	
Wywiad i badanie fizykalne dla pielęgniarek i położnych	Wrocław	550	580	1	12.09.2020	25	15	20.10.2020
Resuscytacja krążeniowo-oddechowa dla pielęgniarek i położnych	Lubin	300	320	1	19.09.2020	25	15	24.10.2020
	Wrocław			1	05.09. 2020	25	15	06.10.2020
Wykonywanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego u dorosłych dla pielęgniarek i położnych	Wrocław	250	270	1	29.08. 2020	25	15	05.10 2020
Endoskopia dla pielęgniarek	Wrocław	500	550	1	26.09.2020	25	15	30.11. 2020
Szczepienia ochronne dla położnych	Wrocław	200	250	1	03.10 2020	25	15	03.11. 2020
Resuscytacja –oddechowo -krążeniowa dla pielęgniarek i położnych	Wrocław	250	270	1	05.09 2020	20	20	18.09.2020
Szczepienia ochronne dla pielęgniarek	Wrocław	300	350	1	03.10.2020	25	15	17.11.2020
Leczenie ran dla pielęgniarek	Wrocław	500	550	1	07.11.2020	25	15	21.12.2020
Leczenie ran dla położnych	Wrocław	500	550	1	26.09.2020	25	15	26.10.2020
Ordynowanie leków i wypisywanie recept CZĘŚĆ I dla pielęgniarek i położnych z tytułem mgr lub specjalisty	Wrocław	480	500	1	12.09.2020	25	15	03.11.2020

KURSY PEŁNOPŁATNE KONTYNUOWANE

Dziedzina	Miejsce prowadzenia kształcenia	Koszt od uczestnika pełnopłatnego PLN	Planowana liczba edycji kursów	Planowane terminy rozpoczęcia poszczególnych edycji kursów (miesiąc, rok)	Liczba uczestników, w tym:		Planowane terminy zakończenia kursów (miesiąc, rok)
		Z DOIPiP			nieodpłatnych	pełnopłatnych.	
Język Angielski Część III poziom zaawansowany dla pielęgniarek i położnych	Wrocław	1485	1	30.09. 2019	0	12	28.12.2020

Organizator Kształcenia zastrzega sobie prawo do modyfikacji planu kształcenia w zakresie zmiany dziedziny kursu/specjalizacji lub planowanego terminu realizacji w zależności od naboru na daną formę kształcenia.

Sporządzono dnia 15.06.2020 r.

OPINIA PRAWNA

DOTYCZĄCĄ ZAWODU OPIEKUNA MEDYCZNEGO, KATALOGU CZYNNOŚCI WYKONYWANYCH PRZEZ OPIEKUNA MEDYCZNEGO U OSOBY CHOREJ I NIESAMODZIELNEJ, DOPUSZCZALNOŚCI ZATRUDNIENIA PIEŁĘGNIARKI NA STANOWISKU OPIEKUNA MEDYCZNEGO ORAZ DOPUSZCZALNOŚCI ZATRUDNIENIA OPIEKUNA MEDYCZNEGO W MIEJSCE PIEŁĘGNIARKI

adw. Anita Jaroszevska-Góra

Dolnośląska Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu.

1. Przedmiot opinii

Zakres opinii obejmuje analizę zawodu opiekuna medycznego, katalogu czynności wykonywanych przez opiekuna medycznego u osoby chorej i niesamodzielnej, dopuszczalności zatrudnienia pielęgniarki na stanowisku opiekuna medycznego oraz dopuszczalności zatrudnienia opiekuna medycznego w miejsce pielęgniarki.

2. Podstawa prawna:

– Rozporządzenie Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 7 listopada 2016 r. (Dz.U. 2016 poz. 1876) zmieniające rozporządzenie z dnia 7 sierpnia 2014 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania (Dz.U. 2014, poz. 1145);

– Obwieszczenie Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 28 grudnia 2017 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania (Dz.U. 2018 poz. 227);

– Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 16 maja 2019 r. w sprawie podstaw programowych kształcenia w zawodach szkolnictwa branżowego oraz dodatkowych umiejętności zawodowych w zakresie wybranych zawodów szkolnictwa branżowego (Dz.U. 2019 poz. 991);

– ustawa z dnia 15 lipca 2011r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. 2011 Nr 174 poz. 1039, t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 576, 577, 1490, 1590.)

3. Ocena stanu prawnego

Zawód opiekuna medycznego został wprowadzony rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej z dnia 26 czerwca 2007 roku w sprawie klasyfikacji zawodów szkolnictwa zawodowego (Dz.U. Nr 124, poz. 860 ze zm.) oraz objęty klasyfikacją zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy zawartą w rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 27 kwietnia 2010 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania (Dz. U. 2010 nr 82 poz. 537). Podstawą prawną wydania rozporządzenia z dnia 26 czerwca 2007 roku była Ustawa z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz.U.1991 Nr 95, poz. 425). Powyższe rozporządzenie zostało uchylone w dniu 1 września 2012r. Podstawą prawną wydania rozporządzenia z dnia 27 kwietnia 2010r. była Ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy Dz.U. 2004, Nr 99, poz.1001. Rozporządzenie to zostało uchylone 1 stycznia 2015r.

Obecnie zawód opiekuna medycznego jest objęty klasyfikacją zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy objętą w Rozporządzeniu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 7 listopada 2016 r.

(Dz.U. 2016 poz. 1876) zmieniającym rozporządzenie z dnia 7 sierpnia 2014 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania (Dz.U. 2014, poz.1145). Obwieszczeniem Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 28 grudnia 2017 r. ogłoszono jednolity tekst rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania (Dz.U.2018 poz. 227).

W strukturze klasyfikacji zawodów, opiekun medyczny mieści się w tzw. wielkiej grupie Nr 5 – pracownicy usług osobistych i sprzedawcy

53 –pracownicy opieki osobistej i pokrewni
532 -pracownicy opieki osobistej w ochronie zdrowia i pokrewni

5321 –medyczny personel pomocniczy
532102 –opiekun medyczny s (symbol s oznacza, że kwalifikacje opiekuna medycznego zdobywa się w kształceniu szkolnym)

Ministrem właściwym dla tego zawodu jest Minister Zdrowia, który zatwierdził podstawę programową oraz pro-program nauczania.Podstawa programowa otrzymała symbol cyfrowy 513[02].

(Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 21 stycznia 2011 r. w sprawie podstaw programowych kształcenia w zawodach: asystent osoby niepełnosprawnej, florysta, kucharz małej gastronomii, operator maszyn leśnych, opiekun medyczny, pracownik pomocniczy obsługi hotelowej,

sprzedawca, technik handlowiec, technik organizacji usług gastronomicznych, technik przetwórstwa mleczarskiego i technik weterynarii (Dz. U. z dnia 7 marca 2011 r.) Powyższe rozporządzenie zostało uchylone. Nową podstawę programową określa **Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 16 maja 2019 r. w sprawie podstaw programowych kształcenia w zawodach szkolnictwa branżowego oraz dodatkowych umiejętności zawodowych w zakresie wybranych zawodów szkolnictwa branżowego (Dz.U. 2019 poz. 991).**

PODSTAWY PROGRAMOWE KSZTAŁCENIA W ZAWODACH SZKOLNICTWA BRANŻOWEGO PRZYPORZĄDKOWANYCH DO BRANŻY OPIEKI ZDROWOTNEJ (MED) zawarte są w załączniku nr 20P do cyt. rozporządzenia.

Załącznik zawiera podstawy programowe kształcenia w zawodach szkolnictwa branżowego przyporządkowanych do branży opieki zdrowotnej, określonych w klasyfikacji zawodów szkolnictwa branżowego: 1) asystentka stomatologiczna; 2) higienistka stomatologiczna; 3) opiekun medyczny; 4) ortoptystka; 5) protetyk słuchu; 6) technik dentystyczny; 7) technik elektroniki i informatyki medycznej; 8) technik elektroradiolog; 9) technik farmaceutyczny; 10) technik masażysta; 11) technik ortopeda; 12) technik sterylizacji medycznej; 13) terapeuta zajęciowy.

Opiekun medyczny świadczy usługi pielęgnacyjno opiekuńcze osobie chorej i niesamodzielnej, a celem kształcenia jest, aby absolwent szkoły prowadzącej kształcenie w zawodzie opiekun medyczny był przygotowany do wykonywania zadań zawodowych w zakresie kwalifikacji opiekuna medycznego, do których należy 1) rozpoznawanie problemów funkcjonalnych oraz potrzeb biologicznych i psychospołecznych osoby chorej i niesamodzielnej w różnym stopniu zaawansowania choroby i w różnym wieku; 2) świadczenie usług pielęgnacyjnych i opiekuńczych osobie chorej i niesamodzielnej w różnym stopniu zaawansowania choroby i w różnym wieku.

Ogólnopolskie Stowarzyszenie Opiekunów Medycznych przyjęło Katalog czynności wykonywanych przez opiekuna medycznego. Katalog ma na celu zbiór czynności, które wykonuje opiekun medyczny w przejrzystej formie, co ułatwi tworzenie jednakowych opisów stanowisk pracy i czynności zawodowych opiekuna medycznego.

Katalog czynności wykonywanych przez opiekuna medycznego:

I. Na podstawie rozpoznanych potrzeb i problemów osoby chorej i niesamodzielnej opiekun medyczny planuje, organizuje

i wykonuje następujące czynności higieniczne i pielęgnacyjne:

1. śnianie łóżka pustego oraz z osobą chorą i niesamodzielną;
2. toaleta całego ciała osoby chorej i niesamodzielnej z uwzględnieniem toalety i zabiegów pielęgnacyjnych w obrębie jamy ustnej;
3. mycie głowy osoby chorej i niesamodzielnej leżącej w łóżku i zakładanie czepca przeciwwszawiczego;
4. zmiana bielizny osobistej i pościelowej;
5. zmiana pieluchomajtek i innych środków absorpcyjnych oraz pomoc w czynnościach fizjologicznych osobie chorej i niesamodzielnej;
6. wymiana cewnika zewnętrznego, worka stomijnego i worka na mocz osobie chorej i niesamodzielnej;
7. profilaktyka i pielęgnacja przeciwdoleźniowa u osoby chorej i niesamodzielnej;
8. zapewnienie osobie chorej i niesamodzielnej wygodnego i bezpiecznego ułożenia w łóżku;
9. pomoc przy zmianie pozycji, wstawaniu i przemieszczaniu się osoby chorej i niesamodzielnej;
10. czynności usprawniające ruchowo osobę chorą i niesamodzielną;
11. karmienie osoby chorej i niesamodzielnej lub pomoc podczas jej karmienia;
12. przeprowadza edukację w zakresie higieny osobistej i zabiegów pielęgnacyjnych.

II. Na podstawie rozpoznanych potrzeb i problemów osoby chorej i niesamodzielnej opiekun medyczny planuje, organizuje i wykonuje następujące czynności opiekuńcze:

1. pomoc osobie chorej i niesamodzielnej w wykonywaniu czynności życia codziennego;
2. pomoc osobie chorej i niesamodzielnej w użytkowaniu sprzętu ortopedycznego i rehabilitacyjnego;
3. aktywizacja osoby chorej i niesamodzielnej i organizacja jej czasu wolnego;
4. pomoc w adaptacji osoby chorej i niesamodzielnej do warunków życia w placówkach ochrony zdrowia oraz pomocy społecznej;
5. pomoc osobie chorej i niesamodzielnej w adaptacji do zmian związanych z przewlekłą chorobą lub starością;
6. udzielanie wsparcia emocjonalnego i informacyjnego osobie chorej i niesamodzielnej w sytuacjach trudnych;
7. pomoc osobie chorej i niesamodzielnej w podtrzymywaniu aktywności ruchowej.

III Ponadto opiekun medyczny:

1. udziela pierwszej pomocy poszkodowanym w wypadkach przy pracy oraz w stanach zagrożenia zdrowia i życia;
2. dokonuje oceny parametrów podstawowych funkcji życiowych (temperatura, tętno, liczba oddechów, ciśnienie tętnicze krwi, etc.);
3. wykonuje zabiegi przeciwzapalne i kąpiele lecznicze osobie chorej i niesamodzielnej na zlecenie lekarza lub pielęgniarki;
4. przekazuje pielęgniarce informacje o zaobserwowanych zmianach w stanie zdrowia osoby chorej i niesamodzielnej;
5. dezynfekuje oraz myje przybory i sprzęt używane podczas wykonywania zabiegów pielęgnacyjnych u osoby chorej i niesamodzielnej;
6. współpracuje z zespołem terapeutycznym na rzecz osoby chorej i niesamodzielnej. Powyższy katalog przygotowano w oparciu o „Efekty Kształcenia” w zawodzie Opiekun Medyczny zamieszczone przez KRAJOWY OŚRODEK WSPIERANIA EDUKACJI ZAWODOWEJ I USTAWICZNEJ dostępne pod adresem: http://www.koweziu.edu.pl/pp_new/index.php?nr_zawodu=532102

Zmiana podstawy programowej dla opiekuna medycznego podyktowana była reformą szkolnictwa (wprowadzenie szkół branżowych). Nowa podstawa wprowadza również zmiany w zakresie treści kształcenia. Nie są to ogromne zmiany, jednak wprowadzone zostały kompetencje, których wcześniej nie było.

Z najważniejszych zmian (treść zgodnie z nową podstawą programową) należy wskazać:

- utrzymanie higieny i pielęgnacji skóry wokół niepowikłanej tracheostomii, gastrostomii, ileostomii, kolostomii oraz wykonywanie wymiany worka stomijnego w przypadku stomii wydalniczej w przypadku poprzedniej podstawy programowej nie były wyszczególnione rodzaje stomii pielęgnacja i higiena skóry obejmuje całe ciało, zatem również i te części w których wyłoniła się niepowikłana stomia.
- karmienie osoby chorej i niesamodzielnej drogą doustną oraz dojelitową przez zgłębnik lub gastrostomię, w tym PEG (percutaneous endoscopic gastrostomy) (metodą porcji) lub pomaganie podczas karmienia poprzednio było to po prostu "karmi osobę chorą i niesamodzielną lub pomaga podczas jej karmienia" bez wskazania dróg
- pomaganie osobie chorej i niesamodzielnej w przyjmowaniu leków zleconych przez lekarza różnymi drogami (doustnie, przez skórę i na błony śluzowe), a w przypadku osób, które nie są w stanie

samodzielnie przyjąć leku, również podawanie go bezpośrednio do ust lub na skórę, bez naruszania powłok skórnych - uściśla to zatem rodzaj leków w przyjmowaniu których może pomóc opiekun medyczny oraz co w przypadku, gdy osoba sama nie może przyjąć leku

Nowa podstawa programowa w tym zakresie wyszczególnia dokładniej treści nauczania. Poprzednio zdarzało się, że pojawiały się różnice w kształceniu pomiędzy niektórymi szkołami - przykładem może być chociaż karmienie przez PEG. W związku z tym, że poprzednio kompetencje opiekuna medycznego określone były tylko jako "karmi osobę chorą i niesamodzielną" pozwalało to na różną interpretację. Dodatkowo karmienie przez PEG uznawane było za żywienie specjalistyczne, które może wykonywać tylko pielęgniarka. Powodowało to, że część szkół nie uczyło karmienia przez PEG.

Dodatkowo wprowadzone zostały całkowicie nowe treści:

- wykorzystuje glukometr celem oznaczenia stężenia glukozy we krwi osoby chorej i niesamodzielnej oraz dokumentuje dokonanie pomiaru i przekazuje informację o wynikach pomiaru lekarzowi lub pielęgniarkę

- prowadzi dobową zbiórkę moczu i bilans płynów

- prowadzi trzydniowy dzienniczek mikcji oraz ustala schemat wydalania i wdraża kontrolę mikcji i defekacji

Z racji wprowadzenia nowych treści oraz możliwych różnic w zakresie kształcenia część szkół oferuje szkolenia "wyrównujące", podczas których opiekunowie medyczni zostają przeszkoleni z tych treści. Takie szkolenie może być przydatne dla osób, które nie poznały podczas nauki tych umiejętności, a chcą się doszkolić. Należy jednak pamiętać, że w związku z tym, że nowa podstawa programowa przede wszystkim uściśla treści nauczania oraz nie przynosi wielu zmian odbycie takiego szkolenia nie jest obowiązkowe. Jeśli jest osoba, która nie została nauczona tych czynności to wystarczy, że zostanie udzielony jej instruktaż w miejscu pracy przygotowany przez pracodawcę.

W obowiązującym stanie prawnym zgodnie z przepisami rozporządzenia (Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 13 grudnia 2016 r. w sprawie klasyfikacji zawodów szkolnictwa zawodowego) kształcenie w zawodzie opiekun medyczny (symbol cyfrowy 532102) prowadzi wyłącznie 2-semesterne szkoły policealne, dla osób posiadających wykształcenie średnie. Ponadto, szkoły te mogą prowadzić kwalifikacyjne kursy zawodowe w zakresie wyodrębnionej w tym zawodzie kwalifikacji

MS.04 (wcześniej Z.4). Świadczenie usług opiekuńczych osobie chorej i niesamodzielnej. Na kwalifikacyjny kurs zawodowy mogą uczęszczać osoby dorosłe, które spełniły obowiązek szkolny (legitymujące się świadectwem ukończenia gimnazjum). Ukończenie kwalifikacyjnego kursu zawodowego umożliwi przystąpienie do egzaminu potwierdzającego kwalifikacje w zawodzie, przeprowadzanego przez okręgowe komisje egzaminacyjne. Uzyskany dyplom (egzamin zewnętrzny) uprawnia do podjęcia pracy w tym zawodzie na terenie Unii Europejskiej.

Podczas świadczenia usług z zakresu opieki medycznej nad osobą chorą i niesamodzielną opiekun medyczny podejmuje współpracę z zespołem opiekuńczym i terapeutycznym. Opiekun medyczny to zawód zaufania publicznego, dlatego niezbędne są u niego kompetencje personalne i społeczne. Powinien posiadać bardzo dobre zdolności komunikacyjne, umiejętność pracy w zespole oraz empatię, tak ważną w kontakcie z drugim człowiekiem. Opiekun medyczny pracując z osobą chorą i niesamodzielną ponosi odpowiedzialność za skutki swoich działań. Poprzez swoją postawę zawodową popularyzuje zachowania prozdrowotne. Kwalifikacje zawodowe otrzymuje po zdaniu egzaminu potwierdzającego kwalifikacje zawodowe.

Wykonywanie zawodu pielęgniarki, zgodnie z art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. 2011 Nr 174 poz. 1039, t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 576, 577, 1490, 1590.) polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w szczególności na:

- 1) rozpoznawaniu warunków i potrzeb zdrowotnych pacjenta;
- 2) rozpoznawaniu problemów pielęgnacyjnych pacjenta;
- 3) planowaniu i sprawowaniu opieki pielęgnacyjnej nad pacjentem;
- 4) samodzielnym udzielaniu w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych oraz medycznych czynności ratunkowych;
- 5) realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji;
- 6) orzekaniu o rodzaju i zakresie świadczeń opiekuńczo-pielęgnacyjnych;
- 7) edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia.

Prawo wykonywania zawodu pielęgniarki, o czym stanowi art. 28 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej, przysługuje osobie:

1. posiadającej świadectwo lub dyplom ukończenia polskiej szkoły pielęgniarskiej bądź uzyskane w innym państwie

niż państwo członkowskie Unii Europejskiej świadectwo lub dyplom, pod warunkiem że dyplom lub świadectwo zostały uznane w Rzeczypospolitej Polskiej za równorzędne ze świadectwem ukończenia szkoły pielęgniarskiej lub dyplomem, zgodnie z odrębnymi przepisami, oraz że spełniają minimalne wymogi kształcenia określone w przepisach prawa Unii Europejskiej;

2. posiadającej pełną zdolność do czynności prawnych;
3. której stan zdrowia pozwala na wykonywanie zawodu pielęgniarki;
4. która wykazuje nienaganną postawę etyczną.

Pielęgniarka uzyskuje kwalifikacje zawodowe po ukończeniu szkoły pielęgniarskiej (art. 52 ustawy o zawodach), tj. uczelni prowadzącej kształcenie na kierunku pielęgniarstwo na poziomie studiów pierwszego stopnia oraz studiów drugiego stopnia.

Zawód pielęgniarki jest zawodem samodzielnymi, co wynika z treści art. 2 powołanej wyżej ustawy.

Na podstawie art. 6. cyt. ustawy Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, określił w drodze rozporządzenia: 1) rodzaj i zakres świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych, które mogą być udzielane samodzielnie bez zlecenia lekarskiego przez pielęgniarkę i położną, 2) wykaz produktów leczniczych oraz środków pomocniczych, do stosowania których są uprawnione pielęgniarki i położne samodzielnie bez zlecenia lekarskiego, 3) rodzaje materiałów, które mogą być pobierane przez pielęgniarkę i położną do celów diagnostycznych samodzielnie bez zlecenia lekarskiego, 4) rodzaj i zakres medycznych czynności ratunkowych wykonywanych przez pielęgniarkę, 5) wykaz badań diagnostycznych do samodzielnego przeprowadzania przez pielęgniarkę i położną – biorąc pod uwagę niezbędne kwalifikacje oraz wymagany zakres umiejętności i obowiązków.

4. Wnioski

W ocenie opiniującej analiza przepisów prawnych daje podstawę do przyjęcia poniższych wniosków:

- Na stanowisku opiekuna medycznego nie może być zatrudniona osoba z innym dyplomem zawodowym (wyjątkiem jest sytuacja, kiedy osoba, która ukończyła szkołę zawodową lub policealną - uzyskała tytuł zawodowy higienistki szpitalnej lub asystentki pielęgniarskiej - w obu przypadkach kształcenie takie zostało już wygaszone i według obecnego stanu prawnego takiej możliwości nie ma). Zakres kompetencji opiekuna wytycza podstawa programowa kształcenia w zawodzie opiekun medyczny.

Wyklucza to zatrudnianie na stanowisku opiekuna medycznego osób posiadających prawo wykonywania zawodu pielęgniarki i wykonujących ten zawód, nawet na podstawie umów cywilno – prawnych. Powierzenie pielęgniarce stanowiska opiekuna medycznego należy uznać za niezgodne z obowiązującym porządkiem prawnym.

- Opiekun medyczny nie może wykonywać czynności, które wykraczają poza jego kompetencje zawodowe, a które są typowe dla innego zawodu, np. pielęgniarki. Kompetencje opiekuna medycznego zawierają się w kompetencjach pielęgniarki, co oznacza, że te czynności mogą być wykonywane przez opiekuna medycznego. Nie może on jednak wykonywać dodatkowych czynności, które są zarezerwowane wyłącznie dla zawodu pielęgniarki.

- Również pielęgniarka, niezależnie od innych kwalifikacji nabytych w drodze kształcenia podyplomowego nie może wykonywać zawodu z przekroczeniem kom-

petencji zawodowych wpływających z treści art. 4 cyt. ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej, a za taką sytuację należy uznać podjęcie zatrudnienia na stanowisku opiekuna medycznego, pomimo braku uzyskania tytułu zawodowego opiekuna medycznego.

Mając powyższe na uwadze niezbędne jest uregulowanie zasad współpracy opiekunów medycznych z pielęgniarkami w taki sposób, aby opiekun wykonywał jedynie czynności zgodne z podstawą programową kształcenia w zawodzie opiekuna, która wytycza zakres jego kompetencji, co odciąży z tych zadań pielęgniarki, a wysokospecjalistyczne świadczenia pielęgniarskie będą efektywniej wykorzystane w systemie opieki zdrowotnej.

Sensowne wydaje się rozróżnianie pielęgnacji podstawowej od pielęgnacji specjalistycznej zastrzeżonej do kompetencji pielęgniarek. Cechą charakterystyczną podstawowej pielęgnacji jest to, że każdy

człowiek, gdy jest wystarczająco sprawny samodzielnie wykonuje czynności wchodzące w jej zakres. Przewlekłe choroby czy urazy upośledzające funkcjonowanie ciała ograniczają zdolność do samoopieki tak dalece, że dalsze życie zależy od opieki innych osób. W systemie ochrony zdrowia kompetencje do wykonywania podstawowej pielęgnacji osób chorych ma pielęgniarka i opiekun medyczny.

Często pojawia się pytanie, jak opiekun medyczny ma postępować w sytuacji gdy niektóre czynności pielęgnacyjne, diagnostyczne, rehabilitacyjne, czy opiekuńcze nie są wymienione w podstawie programowej kształcenia. W ocenie opinującego opiekun medyczny nie jest upoważniony do wykonywania takich czynności. Nie można zatrudniać opiekuna medycznego w miejsce pielęgniarki i powierzyć mu czynności zarezerwowanych dla zawodu pielęgniarki.

PIELĘGNIARKA ODDZIAŁOWA, JAKO MENEDŻER SZCZEBŁA OPERACYJNEGO W SZPITALU

mgr Danuta Neuman

Funkcje i zadania stawiane przed pielęgniarką oddziałową.

Funkcja zarządzania w pielęgniarstwie zaliczana jest do funkcji pomocniczych. Pielęgniarka oddziałowa wypełnia ją poprzez realizowanie typowych funkcji menedżerskich czyli: planowanie, organizowanie, motywowanie (przewodzenie) oraz kontrolowanie.

Kierowanie jest oddziaływaniem kierowniczej kadry pielęgniarskiej na podległy personel, zmierzającym do osiągnięcia przyjętych celów. Dochodzi tu do współpracy pielęgniarki oddziałowej z pielęgniarkami odcinkowymi, pacjentami i ich rodzinami, pracownikami innych działów. leka-

rolę odgrywają tu umiejętności komunikowania się, budowania więzi, wywierania wpływu na innych.

Etap planowania w pracy pielęgniarki oddziałowej stanowi podstawę efektywnego działania. Mając na uwadze plan strategiczny szpitala należy planować całokształt działalności w oddziale. Określając cele i funkcje opieki, pielęgniarka oddziałowa musi przekonać zespół co do zasadności tego wyboru. Mając na uwadze misję szpitala może oczywiście narzucić swoje zdanie, ale zrozumienie podwładnych zapewni automatycznie wsparcie w realizacji zadań. Trudną sprawą jest określenie odpowiedniego zapotrzebowania na opiekę

ustalane jest ono na podstawie minimalnych norm zatrudnienia, a te nie zawsze odzwierciedlają faktyczne zapotrzebowanie pacjentów na opiekę pielęgniarską. Sytuacja ta budzi niepokój kierownika, pracownika i w mniejszym stopniu pacjenta, który nie do końca jest zorientowany w możliwościach zakładu. Być może rozwiązaniem byłoby funkcjonowanie „banku pielęgniarek”, które to w uzasadnionych merytorycznie sytuacjach uzupełniałyby niedobór pielęgniarek na dyżurach.

Wpływ pielęgniarki oddziałowej na planowanie zatrudnienia nowych pracowników jest właściwie teoretyczny, ponieważ fluktuacja kadr w obecnej rzeczywistości jest ograniczona, a jakiegokolwiek naboru do pracy odbywają się na wyższym szczeblu zarządczym. Oczywiście liczy się tu stanowisko pielęgniarki oddziałowej, ale bardziej jako kolejnej osoby rozpoznającej kompetencje danego kandydata.

Niedobór personelu (zarówno w wymiarze ilościowym i jakościowym) stanowi barierę w rozwoju każdej organizacji. Niestety ograniczenia kadrowe wynikają przede wszystkim z niedoboru finansów.[x]

Od pielęgniarki-menedżera oczekuje się również planów dotyczących zaopatrzenia oddziału w niezbędny sprzęt, leki, materiały opatrunkowe, środki do utrzymania higieny, bezpieczeństwa i czystości w oddziale. W planach tych należy



uwzględniać nowości pojawiające się na rynku medycznym, nie można bazować tylko na planowaniu historycznym.

Niezwykle ważną kwestią jest planowanie doskonalenia zawodowego dla podległego personelu. Pielęgniarka oddziałowa mając wizję opieki pielęgniarskiej w kierowanym przez siebie oddziale, powinna odpowiednio ukierunkować pracowników w doborze metod i form kształcenia. Powinna wiedzieć w jakich dziedzinach potrzebuje specjalistów, aby zapewnić wysoki poziom świadczonych usług pielęgniarskich, a jednocześnie nie przyczyniać się do niewykorzystywania potencjału pracowniczego. Z punktu widzenia ekonomicznego zakład ponosi koszty związane z doskonaleniem zawodowym pracowników, które powinny się zwrócić w postaci nabytych kwalifikacji mających zastosowanie w działalności szpitala. Odrębną sprawą stanowi dobrowolne i samodzielne kształcenie się pracowników.

Ze względu na doskonałą znajomość stanu technicznego oddziału oraz sprzętu używanego w codziennej pracy, pielęgniarka oddziałowa powinna brać czynny udział w planowaniu remontów i zakupów inwestycyjnych [8].

Prawidłowe skonstruowanie planu stanowi nie lada wyzwanie dla menedżera. Musi się on wykazać znajomością przedmiotu, umiejętnością widzenia przyszłości, odwagą w podejmowaniu decyzji i gotowością ponoszenia odpowiedzialności.

W przypadku pielęgniarki oddziałowej odpowiedzialność za część planu dotyczącą ogólnej działalności oddziału, leczenia, specjalistycznego sprzętu ponosi również ordynator oddziału. Nie zmienia to faktu, iż to właściwie pielęgniarka oddziałowa zobowiązana jest do wykonania czynności planistycznych.

Codzienna praca związana z organizowaniem działań odbywa się w oparciu o posiadany plan. Pielęgniarka oddziałowa stwarza warunki do realizacji opieki pielęgniarskiej. Zaplanowanie obsady na dyżurze, udostępnienie leków, środków potrzebnych do pielęgnowania i leczenia to podstawowe czynności dnia codziennego. Gospodarowanie zasobami rzeczowymi odbywa się poprzez delegowanie uprawnień wyznaczonym pielęgniarkom. Pielęgniarka oddziałowa wyznacza osoby odpowiedzialne za nadzór nad lekami i sprzętem, za porządek i czystość sprzętu, pomieszczeń. Osobiście dokonuje przeglądu stanu oddziału, tworzy receptariusze, czuwa nad stanem finansów oddziału w świetle polityki budżetowej szpitala.

Nadrzędnym jej obowiązkiem jest nadzór nad prawidłowym realizowaniem

procesu pielęgnowania. Nie może tu zabraknąć bezpośredniego kontaktu z pacjentem i jego bliskimi, udziału w wizycie lekarskiej, przyjmowania raportu pielęgniarek o stanie chorych w oddziale, przynajmniej wyrwkowej kontroli dokumentacji pielęgniarskiej, jak również bieżącego korygowania ewentualnych niedociągnięć w pracy pielęgniarek.

Systematyczne prowadzenie szkoleń wewnątrz oddziałowych pozwala na aktualizowanie wiedzy na bieżąco.

Bezpośrednie relacje z personelem nie powinny ograniczać się wyłącznie do spraw związanych ze świadczeniem pracy. Konieczne jest skupienie uwagi na poszczególnych pracownikach. Dobry menedżer to osoba, na której można polegać również w sprawach pozazawodowych. Pracownik pozbawiony problemów bardziej skupia się na powierzonych mu zadaniach, dlatego pielęgniarka oddziałowa w miarę swoich możliwości i kompetencji powinna wykazać zainteresowanie problemami podwładnych. Pielęgniarka oddziałowa jest swoistym łącznikiem pomiędzy pionem zarządzającym w szpitalu a podległymi pracownikami, reprezentuje zespół poza oddziałem, kreuje wizerunek danej grupy pracowniczey.

Fundamentalną zasadą działalności nowoczesnych szpitali jest dążenie do wysokiej jakości świadczonych usług. Pielęgniarka oddziałowa zobligowana jest do tworzenia takiej jakości. Zadanie to realizuje poprzez udział w tworzeniu standardów opieki pielęgniarskiej na poziomie własnego oddziału i całego szpitala. Do tworzenia procedur i schematów postępowania pielęgniarskiego zachęca podległy personel, który ma ku temu odpowiednie kwalifikacje. Aktywizacja zespołu nie jest prosta, ale z czasem sprawia, że pielęgniarki czują się usatysfakcjonowane efektami swojej pracy i są docenione przez kierownika i współpracowników.

Motywowanie pracowników jest najważniejszą funkcją kierowniczą, od której zależy powodzenie realizowanych zadań i uzyskanie zamierzonych celów. Pielęgniarka oddziałowa musi posiadać umiejętność skłaniania ludzi do podejmowania wyzwań. Sama winna posiadać silną motywację, stanowić wzorzec postawy zawodowej. Jako dobry menedżer powinna stawiać czytelne cele, nie muszą być one zbyt wygórowane, ważne aby były możliwe do zrealizowania. Powierzając pracownikom zadania powinna obdarzyć ich zaufaniem, nie powinna wchodzić w ich kompetencje. Pożądane jest stworzenie umiarkowanej rywalizacji wśród pielęgniarek po to, by satysfakcja z efektów pracy była jeszcze większa i powodowała chęć

podejmowania ponownych wyzwań. Pielęgniarka oddziałowa na każdym etapie pracy powinna udzielać pochwał lub upomnień, jednak należy to robić tak, aby zespół nabrał odpowiedniego dystansu do porażek, dzięki którym w przyszłości może osiągnąć sukces. Do człowieka najbardziej przemawia nagroda w postaci finansowej, jednak w obecnej rzeczywistości pielęgniarka oddziałowa ma niewielką możliwość korzystania z tej formy wynagradzania, dlatego należy swoją uwagę skupić na niematerialnych narzędziach motywacyjnych. Należy tu wymienić ustne pochwały, wpisy do akt osobowych, umożliwianie rozwoju zawodowego, dobre warunki pracy, sprzyjająca atmosfera w oddziale. Dla niektórych osób motywatorem może być również upomnienie, o czym też należy pamiętać.

Słowo „kontrola” u większości pracowników budzi niepokój i obawę, ale jest to nieodzowny element kierowania. Kontrolowanie pozwala ocenić, czy wynik działania zgodny jest z postawionymi wcześniej celami. Pielęgniarka oddziałowa sprawdza zatem na jakim poziomie realizowana jest opieka pielęgniarska, czy wystarczające są umiejętności i kompetencje podległego personelu do świadczenia pożądanych jakościowo usług, czy przestrzegane są standardy i procedury, czy zgromadzone zasoby materialne są wystarczające, czy prawidłowo funkcjonuje przepływ informacji pomiędzy członkami zespołu terapeutycznego, a także pomiędzy pracownikami a kierownictwem szpitala, jaki jest poziom satysfakcji personelu z wykonywanej pracy oraz jaki jest poziom zadowolenia pacjentów z opieki pielęgniarskiej. Każda kontrola powinna być celowa, personel powinien być pouczony o sposobie jej przeprowadzania, musi to być proces ciągły. Wyniki kontroli powinny stanowić punkt wyjścia do podejmowania działań naprawczych i szukania nowych rozwiązań [8].

Wobec tak szerokiego zakresu obowiązków pielęgniarka oddziałowa nie może zapominać o własnym rozwoju zawodowym. Lektura czasopism branżowych, nowych pozycji książkowych, udział w różnego typu szkoleniach i konferencjach, czy w końcu możliwość kształcenia akademickiego, to otwarta droga do podnoszenia i ugruntowania kwalifikacji.

Nowoczesna nauka o zarządzaniu pomaga w odnalezieniu się w zawiłościach pełnienia funkcji kierowniczych, uczy jak podejmować trafne decyzje, jak przewodzić w zespole, jak komunikować się z otoczeniem, jak negocjować i motywować. Stanowisko pielęgniarki oddziałowej to połączenie roli zawodowej pielęgniarki

i menedżera, nie należy rozpatrywać ich osobno, one po prostu się uzupełniają. Pomiedzy określeniem „menedżer operacyjny” a „pielęgniarka oddziałowa” można postawić znak równości. Obydwa dotyczą osoby pełniącej stanowisko kierownicze niższego szczebla (liniowego). Zakres

działania wyznaczają funkcje kierownicze, a kompetencje zawarte są w charakterystyce dobrego przywódcy-lidera i wynikają ze standardów zarządzania organizacją. W tym przypadku oddział szpitalny jest takim mikroprzedsiębiorstwem.

Piśmiennictwo

6. Kautsch M. (Red.): Zarządzanie w opiece zdrowotnej. Nowe wyzwania. Wyd. Wolters Kluwer, Warszawa 2010

9. Ksykiewicz-Dorota A.: Zarządzanie w pielęgniarstwie. Czelej Lublin 2005.

ROLA DIETY W PROFILAKTYCE CHOROŃ NEURODEGRADACYJNYCH- CZĘŚĆ I: ANALIZA CZYNNIKÓW RYZYKA.

dr n. med. Anna Felińczak



W ostatnich latach częstotliwość występowania chorób neurodegeneracyjnych wciąż wzrasta. W 2010 roku szacowana liczba chorujących na demencję wynosiła 35,6 miliona osób na świecie. Według raportu ADI (ang. Alzheimer's Disease International) z 2018 roku liczba ta wzrosła do około 50 milionów. W raporcie ADI z 2009 roku zakładano, iż do 2050 roku aż 115,4 miliona osób będzie chorować na demencję, natomiast w 2018 roku szacowania te wzrosły do około 152 milionów. W przybliżeniu dwie trzecie wszystkich przypadków demencji stanowi choroba Alzheimera (ang. Alzheimer's disease, AD). Obecnie liczne publikacje podkreślają znaczącą rolę wpływu modyfikacji w diecie, na rozwój i przebieg chorób neurodegeneracyjnych. Choroby o podłożu neurodegeneracyjnym, charakteryzują się postępującym zanikiem aktywności neuronów mózgowych oraz zaburzeniami funkcji poznawczych. Ze względu na często dość późne ujawnienie się pierwszych objawów chorób neurodegeneracyjnych, ważne zdaje się być przeciwdziałanie ich występowaniu. Jest to zwłaszcza istotne wśród osób w podeszłym wieku. Poznając poszczególne czynniki, które mogą mieć udział w patogenezie tych schorzeń, możliwe zdaje się być zapobieganie ich występowaniu bądź opóźnienie pojawienia się ich pierwszych objawów.

Przewlekły stan zapalny

Wyniki wielu badań podkreślają rolę przewlekłego stanu zapalnego w patogenezie chorób neurodegeneracyjnych. Na ich podstawie możemy przypuszczać, iż istnieje zależność pomiędzy potencjałem prozapalnym diety a zaburzeniami funkcji poznawczych. Wpływ na występowanie stanu zapalnego może mieć wiele czynników. Jednym z nich jest sposób żywienia. Aby ocenić prozapalny i przeciwzapalny potencjał diety opracowano wskaźnik

zapalności diety (ang. dietary inflammatory index, DII). Ocenia on wpływ składników żywności na markery stanu zapalnego. Uwzględnia 45 parametrów żywności, w tym żywność jako całość, składniki odżywcze oraz inne składniki bioaktywne diety. Został ustalony na podstawie 1943 publikacji z całego świata, które zawierały informacje dotyczące wpływu składników diety na stężenia interleukin 1 β (IL-1 β), 4 (IL-4), 6 (IL-6) i 10 (IL-10), czynnika martwicy nowotworów (ang. tumor necrosis factor α , TNF- α) i białka C-reaktywnego (ang. C-reactive protein, CRP). Im wyższy jest DII, tym większy jest potencjał prozapalny diety. Wpływ diety o potencjale prozapalnym na zaburzenia funkcji poznawczych nie został do końca poznany. Prawdopodobnie składniki prozapalne diety zakłócają metabolizm neuroprzekaźników i neurotrofin oraz wpływają na występowanie zmian w strukturze i funkcjonowaniu hipokampa, który bierze udział w procesach zapamiętywania i uczenia się.

Możliwe jest również, iż dieta charakteryzująca się wysokim wskaźnikiem zapalności (DII) wpływa na rozwój zapalenia tkanki nerwowej poprzez inicjację ogólnoustrojowego stanu zapalnego. Prowadzi to do zaburzeń w syntezie neuropeptydów, neuroprzekaźników i neurotrofin, a następnie do zmian w budowie i funkcjonowaniu hipokampu i ostatecznie do zaburzeń pamięci oraz innych funkcji poznawczych.

Stan zapalny może odgrywać istotną rolę w patogenezie chorób neurodegeneracyjnych. Zwiększenie udziału składników żywności o działaniu przeciwzapalnym w diecie oraz redukcja składników o działaniu prozapalnym może więc stanowić istotną rolę w prewencji chorób neurodegeneracyjnych. Taka interwencja zdaje się właściwa w szczególności u osób predysponowanych do wystąpienia chorób neurodegeneracyjnych. Stan zapalny może

przyczyniać się do obumierania neuronów, dlatego włączenie do diety związków o działaniu przeciwzapalnym może mieć działanie neuroprotektoryjne. Ponadto jest wysoce prawdopodobne, iż dieta charakteryzująca się wysokim DII ma wpływ na występowanie zaburzeń funkcji poznawczych. Nie jest jednak do końca pewne, czy stan zapalny jest jedną z przyczyn ich wystąpienia, czy rozwija się w trakcie ich trwania. Wymagane są dalsze badania nad skutecznością diety przeciwzapalnej w prewencji i leczeniu chorób neurodegeneracyjnych.

Otyłość

Otyłość, uznawana dziś za chorobę cywilizacyjną, stanowi istotny problem na świecie. Liczba osób z nadmierną masą ciała wciąż wzrasta, a z powodu nadwagi lub otyłości rocznie umiera około 2,8 miliona osób dorosłych na świecie. Otyłość stanowi istotne ryzyko nadciśnienia tętniczego, dyslipidemii, cukrzycy typu 2, choroby wieńcowej, nowotworów, depresji oraz wielu innych schorzeń wpływających na pogorszenie jakości życia. Wyniki licznych badań wskazują również na to, iż otyłość może zwiększać ryzyko wystąpienia chorób neurodegeneracyjnych oraz wpływać na upośledzenie funkcji poznawczych. Wyniki badań z lat 2003-2013 wskazują na to, iż osoby z nadwagą lub otyłością w średnim wieku mogą mieć zwiększone ryzyko demencji i AD. Zależność tę można było zaobserwować w dużo mniejszym stopniu u osób otyłych w podeszłym wieku. Ponadto niedowaga lub obniżenie wartości wskaźnika BMI w późnym okresie życia wiązało się z wyższym ryzykiem otępienia w porównaniu z prawidłowym lub stabilnym BMI.

Rola otyłości w rozwoju chorób neurodegeneracyjnych może być związana z indukcją stanu zapalnego oraz stresu oksydacyjnego. Wysoka podaż kalorii zwiększa

ryzyko wystąpienia zespołu metabolicznego, który może wpływać na rozwój chorób neurodegeneracyjnych. Ma to związek z występowaniem przewlekłej hiperglikemii, insulinooporności oraz hipertriglicydemii. Przyczyniają się one do obumierania neuronów poprzez indukowanie stresu oksydacyjnego oraz stanu zapalnego, co skutkuje zaburzeniem funkcji poznawczych. Ponadto szlak sygnalizacji insuliny bierze udział w regulacji pobudliwości neuronów, metabolizmie komórek nerwowych i wpływa na ich przeżycie. Zmiany w tej sygnalizacji mogą przyczyniać się do wystąpienia zaburzeń funkcji poznawczych. Stan zapalny stanowi prawdopodobnie główny czynnik łączący otyłość z chorobami neurodegeneracyjnymi. Tkanka tłuszczowa jest aktywna metabolicznie, a jej komórki uwalniają cytokiny prozapalne, które przekraczają barierę krew-mózg. Jedną z nich jest IL-6, która we wczesnym stadium AD wykazuje działanie ochronne, lecz na późniejszych etapach choroby, kiedy tkanka nerwowa jest długotrwale narażona na jej działanie, IL-6 przyczynia się do obumierania neuronów. Zbyt wysoka podaż energii z diety przyczynia się do zwiększenia ilości reaktywnych form tlenu (RFT) oraz osłabienia aktywności enzymów przeciwutleniających, powodując wzrost poziomu stresu oksydacyjnego, nasila również procesy apoptozy neuronów podwzgórza co może indukować stan zapalny i wpływać na zmiany w połączeniach synaptycznych.

Otyłość może zwiększać ryzyko wystąpienia chorób neurodegeneracyjnych, w szczególności u osób predysponowanych genetycznie. Istotne w ich prewencji zdaje się być utrzymywanie należytej masy ciała, w szczególności u dzieci i młodzieży. Zależność ta może wynikać z roli otyłości w indukowaniu stanu zapalnego i stresu oksydacyjnego.

Hiperhomocysteinemia

Hiperhomocysteinemia, będąca terminem określającym podwyższone stężenie homocysteiny we krwi, stanowi czynnik ryzyka chorób sercowo-naczyniowych, w tym: choroby niedokrwiennej serca, udaru mózgu i chorób naczyń obwodowych. Występuje ona w przebiegu wielu schorzeń, w tym chorób neurodegeneracyjnych. Nie wiadomo jednak, czy jest ona czynnikiem ryzyka czy też konsekwencją ich przebiegu.

Homocysteina powstaje w organizmie w wyniku przemian metioniny, aminokwasu egzogenego, który służy do syntezy wielu ważnych białek w organizmie człowieka. Odpowiednia równowaga pomiędzy stężeniami tych dwóch związków jest utrzymywana poprzez procesy reme-

tylacji oraz trans-siarkowania. Remetylacja polega na metylowaniu homocysteiny z powrotem do metioniny. Gdy metionina jest dostarczana w wystarczających ilościach, homocysteina ulega trans-siarkowaniu, podczas którego łączy się z seryną i tworzy cystationinę, odbywa się to za pomocą enzymu, **β -syntazy cystationinowej. Następnie pod wpływem innego enzymu, γ -cystationazy, cystationina ulega przemianie do cysteiny, która bierze udział w syntezie glutatyonu, tripeptydu o właściwościach przeciwutleniających.** Reszta cysteiny jest wydalana z moczem. Witamina B12 oraz kwas foliowy są czynnikami współdziałającymi w remetylacji homocysteiny, natomiast witamina B6 jest niezbędnym kofaktorem w procesie trans-siarkowania, a ich niedobór prowadzi do wysokiego stężenia homocysteiny w organizmie, czyli hiperhomocysteinemii.

Wpływ na stężenie homocysteiny mają również wiek, płeć, czynniki genetyczne oraz styl życia. Wzrasta ono wraz z wiekiem. U kobiet jest niższe niż u mężczyzn i rośnie w okresie menopauzalnym. Weganie i wegetarianie również mają zwiększone ryzyko hiperhomocysteinemii, ponieważ ich dieta może nie pokrywać zapotrzebowania na witaminę B12.

Szkodliwe działanie homocysteiny na komórki związane jest z wpływem jej wysokiego stężenia na wzrost poziomu stresu oksydacyjnego, nasilenie reakcji zapalnych oraz zmniejszenie dostępności tlenu azotu. Wyniki licznych badań wskazują na to, iż u osób, u których dochodzi do zaburzeń funkcji poznawczych, w tym u pacjentów z AD, często występuje podwyższone stężenie homocysteiny we krwi.

W badaniu Nazef i wsp., przeprowadzonym w Algierii z udziałem 41 pacjentów z AD i 46 osób stanowiących próbę kontrolną, sprawdzono związek pomiędzy stężeniem homocysteiny a ryzykiem wystąpienia AD. U pacjentów z AD występo-

wało wyższe stężenie homocysteiny oraz niższe stężenie witaminy B12 w porównaniu do osób z grupy kontrolnej. Wyniki te wskazują na to, iż hiperhomocysteinemia może stanowić istotne ryzyko wystąpienia AD. Ponadto u pacjentów z podwyższonym stężeniem homocysteiny stwierdzono zmniejszenie objętości hipokampa, co jest charakterystyczne dla pacjentów z AD.

Hiperhomocysteinemia może mieć wpływ na patogenezę chorób neurodegeneracyjnych, a w szczególności na występujące przy nich zaburzenia funkcji poznawczych, poprzez oddziaływanie na poziom stresu oksydacyjnego, wzmacnianie reakcji zapalnych oraz wpływ na dostępność tlenu azotu, a także wiele innych mechanizmów. Nie wiadomo jednak, czy jest ona czynnikiem ryzyka, czy też konsekwencją ich przebiegu. U wielu pacjentów z chorobami neurodegeneracyjnymi zaobserwowano niedobory kwasu foliowego oraz witamin B12 i B6. Istotne więc w ich prewencji zdaje się być zapewnienie odpowiedniej podaży tych właśnie związków.

Różne czynniki, takie jak stan zapalny, otyłość i hiperhomocysteinemia, mogą być od siebie zależne i wspólnie zwiększać ryzyko chorób neurodegeneracyjnych.

W prewencji chorób neurodegeneracyjnych istotne zdaje się być utrzymywanie należytej masy ciała, w szczególności przez dzieci, młodzież i osoby w średnim wieku. Zarówno nadwaga i otyłość, jak i niedowaga w późniejszym okresie życia może zwiększać ryzyko tych schorzeń, zwłaszcza chorób otępiennych, dlatego istotne jest żywienie zgodne z zapotrzebowaniem kalorycznym. Ponieważ chorobom neurodegeneracyjnym często towarzyszy hiperhomocysteinemia nie należy zapominać o włączaniu do codziennej diety produktów spożywczych zawierających witaminy z grupy B i unikanie nadmiernej konsumpcji kawy i alkoholu.



ZACZEPEK ETYCZNY

O POŁOŻNICTWIE, OKRUCHY ETYMOLOGICZNE

dr hab. Jarosław Barański - etyk, filozof, kierownik Zakładu Humanistycznych Nauk Lekarskich Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

Dawniej położnictwem zajmowały się baby (jeszcze dawniej: pęporzeze), kobiety (u Słowian najstarsze), którym przypisywano najprzeróżniejsze przymioty i zdolności: te dobroczynne, jak i te przynoszące skutki zgoła złe, a to dlatego, że baby potrafiły rzucać uroki, czyli znaczyć wzrokiem dzięki złym oczom – sprowadzić na kogoś zło: „Złem okiem baba na czczo zajrzała ponuro”. Nawet słowo „kobieta” miało, pisał Adam Krasiński, obelżywe znaczenie jeszcze w XVI wieku. Ponoć starosłowiański rodowód tego słowa nadawał „kobiecie” znaczenie wróżki i wieszczki. Stąd i babienie miało tę dwuznaczność, która z czasem nieco osłabła z powodu zajmowania się przez baby kobietami podczas porodu i w położu.

Pisał Józef Kraszewski w „Mistrzu Twardowskim”: „Baby siedząc pod kościołem śpiewały Różany wianek. Ich głównym zatrudnieniem było babienie, czary, leki, pilnowanie chorych ubogich szlachcianek przy położach. W tym ostatnim przedmiocie chlubiły się osobliwymi tajemnicami; wyraz babienie nawet śladem jest tych ich zatrudnień w języku. Baby i dziady najlepiej znali wszystkie ludu przesady, wszystkie złe i dobre wróżby, wszystkie ostrożności, jakie należało zachowywać, aby zło do domu nie weszło. Nosili z sobą świeczki woskowe, zioła różne (jak wyżlin i bylicę na przykład) maście na rany, wódki – kropili obory i stajnie, pasieki i barcie, wróżyli z dłoni młodzieży jak cyganie, po lasach wiązali drobne gałązki zapustów. obiecując z nich ogromne drzewa za trzy lata”. Były i baby szkaradne (Boginki), które chodząc parami biją się „nawet z położnicami, zabierają im tłuste i piękne ale tylko niechrzczone dzieci (bo do tych prawo mają – do innych nie), a podzucają swoje nędzne i płacziwe. Te podzrutki nieustannie swym krzykiem całemu domowi przeszkadzają”.

Babie oznaczało więc przyjmowanie rodzących się dzieci (Słownik Lindego), zajmowanie się kobietami w położu, który nie za chorobę, ale za słabość uchodził (Słownik Krasińskiego) – to leżenie matki w położu. Zapewne źródłosłowem jest „lęg” (pielęgniarka!), bo i „rodzić” to „złęzić”. A i samo słowo „położny” w języku łużyckim oznacza niosący ulgę, uśmierzenie. Najpierw przeto kobieta nosi brzemię, czyli ciężar, który da się utrzymać w obu rękach bądź też na plecach, stąd jest brzemienna, a następnie w położu (po wydanym plonie), wydając dziecko (babisia) na świat.

Babienie niekoniecznie ulgę przynosiło rodzącym. W 1792 Jan Różański opisywał takie praktyki babienia, które

polegały na wieszaniu rodzących nogami do góry, aby dziecko pozycję zmieniło, i przekonywał: „Jakoż z doświadczenia własnego, śmieie mówić mogę: że rzecz jest niepodobna do wierzenia, jak wiele, i jak nieznośnych mąk przez nieumiejętność Bab cierpią Matki przy najnaturalniejszych nawet złączeniach (...), acz pełno jest tego okrucieństwa i po znaczniejszych miastach tak dalece: że Niewiasty męczennicami, Baby zaś ich tyrankami wyzutymi z czułości i litości zwać się mogą”.

Zajmowała się rodzeniem i opieką nad rodzącą sztuka położowania, sztuka położna, później: położnictwo. Ludwik Perzyna w 1790 roku, w „Nauce położnej” zaznaczał: „Nauka ta, będąc u nas samym tylko babom, do wykonywania zostawioną, właściwego imienia w Narodowym Języku nie miała”. Według Perzyny przeto męczyzna zajmujący się położowaniem jest cyrulikiem położnym, kobieta – położną, a rodząca – położnicą.

Jednakże Feliks Trojanowski w 1836 roku sformułował kilka uwag i zastrzeżeń nazewniczych. Pisał bowiem: „Stosownie do dzisiejszych o sztuce babienia pojęć, naukę tę wypadałoby nazwać pielęgnowaniem brzemiennych, rodzących położnic, i nowonarodzonych; trudno przeto zgodzić się na wyraz położnictwo tak niedostatecznie rzecz którą ma oznaczać znamionujący. Rodzenie bowiem, podczas którego, najczęściej pomoc, a zawsze prawie usługa naukowa jest potrzebną, nie jest położem od którego wyraz położnictwo pochodzi, ale właściwie porodem; położem zaś zowiemy dopiero ten peryód rodzenia, który się poczyna po wyjściu już na świat płodu, ze wszystkimi do niego przynależnymi częściami. Wyraz położ w narzeczu polskim pochodzi od złączenia należącego do słowa złędz, toż samo co urodzić znaczącego;



zastępuje on zatem niejako tylko wyrazy położenia czyli pourodzenia. Z tego więc punktu uważając rzeczy, położnictwo użyte w miejscu babienia, zdaje się zajmować jedną tylko część rodzenia, a raczej jeszcze dyetetykę dla samych położnic, t.j. sposób przeżycia ostatniego peryodu złączenia. Podobnie i wyrazy położny, położna, mające akuszerka i akuszerkę oznaczać, jako przymiotniki od położu pochodzące, nie mogą znamionować osób, ale tylko rzecz jaką do niego należącą. Lubo to pierwiastkowo jeszcze, wszelką przy rodzeniu pomoc w rękę jedynie niewiast będącą, babieniem nazywano, a dziś ta sztuka, stawszy się nauką i umiejętnością, po większej części do rąk już męskich przeszła, wszelako, gdy dotąd nie posiadamy dokładnego pojedynczego wyrazu do jej nazwania, przeto najwłaściwiej by było, żebyśmy jej i nadal jeszcze to miano zostawili, które tę ma przynajmniej zaletę, że nie pochodząc od żadnego szczególnego peryodu rodzenia, tem samem za ogólną nazwę tej sztuki służyć może”.

Toteż „Poradnik językowy” z 1906 roku podaje, że „położna” oznacza osobę usługującą przy położach: „Natomiast trudno zgodzić się na to, żeby lekarza, zajmującego się położnictwem, nazywać położnikiem (...), na oznaczenie lekarza, zajmującego się położnictwem, skoro już wyraz »akuszer« tak razi uszy nasze, powinien być utworzony wyraz, odpowiadający w rodzaju męskim wyrazowi »położna« (akuszerka), a takim jest wyraz »położny« (jak »odźwierna« – »odźwierny«)».

Warto jednak podkreślić, że nie tylko obecne położnictwo dzieli od sztuki babienia wiedza i umiejętności z nauk medycznych płynące, ale i zdolność do czułości i litości – to zatem, czego zbywało często babom zabobonom zawierającym.

KOMUNIKAT WS. REALIZACJI ZAJĘĆ PRAKTYCZNYCH W RAMACH KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH 30.06.2020

Ministerstwo Zdrowia

W związku z realizowanym kształceniem podyplomowym, w zajęciach praktycznych w podmiocie leczniczym, może brać udział wyłącznie pielęgniarka lub położna - osoba zdrowa, bez objawów chorobowych sugerujących chorobę zakaźną takich jak: podwyższona temperatura ciała, katar, kaszel.

W zajęciach praktycznych w podmiocie leczniczym nie może brać udziału pielęgniarka lub położna objęta kwarantanną lub izolacją w warunkach domowych, lub jeżeli przebywa w domu z osobą na kwarantannie lub izolacji w warunkach domowych.

Podmiot leczniczy, w którym pielęgniarka lub położna zamierza odbyć zajęcia praktyczne, nie może wymagać od

tej pielęgniarki lub położnej samodzielnego wykonania testu w kierunku COVID-19, przed rozpoczęciem zajęć praktycznych.

Test w kierunku COVID-19 należy przeprowadzić w przypadku zaistnienia uzasadnionego podejrzenia, że pielęgniarka lub położna była szczególnie narażona na zakażenie wirusem SARS-CoV-2 i może być chora na COVID-19. W takim przypadku, test w kierunku COVID-19 powinien zostać wykonany w podmiocie leczniczym, w którym realizowane są zajęcia praktyczne, a osobą wskazującą na potrzebę wykonania testu powinien być opiekun stażu.

Koszt testowania w kierunku COVID-19 pielęgniarek lub położnych realizujących zajęcia praktyczne w ramach

kształcenia podyplomowego zostanie pokryty ze środków NFZ. W tym celu powinien być rozliczony analogicznie do kosztów testów w kierunku COVID-19 wykonywanych pracownikom danego podmiotu leczniczego, w którym realizowane są zajęcia praktyczne.

W przypadku realizacji szkolenia praktycznego w szpitalu jednoimiennym lub oddziale zakaźnym, pielęgniarka lub położna może wrócić do pracy lub być skierowana na kolejne szkolenia praktyczne dopiero w przypadku uzyskania ujemnego wyniku testu w kierunku COVID-19, który to test powinien być wykonany w 7 dniu po zakończeniu tego szkolenia.



NZOZ "Twój Lekarz" z siedzibą w Kobierzycach tworzy zespół profesjonalistów różnych dziedzin medycyny zapewniając całonocną opiekę nad pacjentem i jego rodziną. Jesteśmy przychodnią stawiającą na jakość usług medycznych i jakość obsługi pacjenta. Poszukujemy osób chcących tworzyć z nami zespół, którego podstawą są: wzajemny szacunek, pracowitość, dbałość o pacjenta. Działamy na terenie gminy Kobierzyce i w południowych dzielnicach Wrocławia.

Aktualnie prowadzimy rekrutację na stanowisko pielęgniarki.

Mile widziana pielęgniarka z kursem szczepień i doświadczeniem w POZ.

Jeżeli:

- posiadasz wysokie kwalifikacje zawodowe,
- posiadasz umiejętności kompleksowej opieki i budowania relacji z pacjentem,
- umiesz pracować pod presją czasu,
- lubisz pracę w zespole,
- posiadasz umiejętność rozwiązywania problemów i łatwość uczenia się,
- masz stabilne plany zawodowe i szukasz stałej pracy,
- jesteś empatyczna, komunikatywna, cierpliwa, uczciwa, asertywna, zaangażowana w wykonywanie swoich obowiązków.

Mamy dla Ciebie ofertę:

- prowadzenia medycznej opieki nad pacjentami tj. poznania potrzeb medycznych naszych pacjentów, przygotowania pacjentów do badań lekarskich, wykonywania czynności diagnostycznych i zabiegowych, obsługi pacjentów w zakresie informacji i rejestracji medycznej,
- współpracy z zespołem lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej i specjalistami oraz pielęgniarkami i położnymi,
- ciągłego doskonalenia jakości obsługi pacjenta.

Zapewniamy komfortowe warunki pracy, elastyczny grafik i sposób zatrudnienia oraz wsparcie wykwalifikowanego personelu administracyjnego.

Na wszelkie pytania odpowiadamy telefonicznie pod numerem: **71 311 15 10**
Zapraszamy do wysłania CV na adres biuro@twojlekarz.net wraz z dopiskiem:

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji (zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz. Ustaw z 2018, poz. 1000) oraz zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO)).

„Człowiek jest wielki nie przez to, co posiada, lecz przez to,
kim jest; nie przez to, co ma, lecz przez to,
czym dzieli się z innymi” – Jan Paweł II

Na ręce **Pani mgr Grażyny Smełtały**
Naczelnej Pielęgniarki
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu

składam podziękowania wszystkim pracownikom Szpitala,
a w szczególności Paniom Pielęgniarkom za profesjonalną i troskliwą opiekę
nad Naszymi Pracownikami w czasie zachorowania na COVID 19.
Na cześć dwusetnej rocznicy urodzin Florence Nightingale Światowa Organizacja Zdrowia
ogłosiła rok 2020 „Rokiem pielęgniarki i położnej”.
Obecna pandemia postawiła przed Pielęgniarkami i Położnymi wielkie wyzwanie.
Pielęgniarki ze Szpitala im. Gromkowskiego zapisały się złotymi zgłoskami
w historii współczesnego pielęgniarstwa.
Jesteśmy pełni wdzięczności i podziwu dla Państwa heroicznej
i pełnej oddania pracy na rzecz walki z pandemią.

Z wyrazami szacunku

Naczelną Pielęgniarką Dolnośląskiego Centrum Onkologii
mgr Władysława Głowacz



„Nieważne, czy rok minął,
Dzień, miesiąc, czy też lata.
Gdy odszedł ktoś... na zawsze,
To tracisz cząstkę świata.

I cząstkę samej siebie,
Bo żyjesz już inaczej.
Choć wstajesz co dzień rano,
Choć śmiejesz się i płaczesz.

Świat wygląda tak samo,
Choć tyle się zmieniło...
Nic już się nie powtórzy,
Nie będzie już, jak było...

Cóż zostało nam dzisiaj?
Wspomnienia ... ten czas, te chwile...
To dużo... czy może niewiele...
Aż tyle, czy tylko tyle...”

Drogiej Koleżance,
GRAŻYNCE PYRA
wyrazy głębokiego współczucia z powodu śmierci syna

składają koleżanki i koledzy z JPD.

Kondolencje i wyrazy głębokiego współczucia
z powodu śmierci Mamy
dla

ALEKSANDRY GABRYSZ

składają Z-ca Dyrektora ds. Pielęgniarstwa,
Przełożona Pielęgniarek wraz z koleżankami oddziałowymi
Obszaru Klinik Zabiegowych Uniwersyteckiego
Szpitala Klinicznego we Wrocławiu

“Ludzie, których kochamy, zostają na zawsze,
bo zostawili ślady w naszych sercach”

JOLANCIE KOLASIŃSKIEJ

wyrazy głębokiego współczucia , słowa wsparcia i otuchy
z powodu śmierci MAMY
składają
Przewodnicząca oraz członkowie Dolnośląskiej Okręgowej
Rady Pielęgniarek i Położnych oraz pracownicy biura Izby.

*Są pożegnania, na które nigdy nie jesteśmy gotowi.
Są słowa, które zawsze wywoływać będą morza łez
I są takie osoby na myśl
o których zawsze zasypie nas lawina wspomnień.*

Naszej Koleżance

MAGDALENIE RYBICKIEJ

wyrazy głębokiego współczucia z powodu śmierci mamy

składają koleżanki i koledzy z JPD

*"Wszystko ma swój czas,
i jest wyznaczona godzina
na wszystkie sprawy pod niebem"*
Księga Koheleta

MARII WŁADYCZCE

Wyrazy szczerzego współczucia i żalu po śmierci Męża

składają

Pielęgniarki i Pomoce z NZOZ Multi-Medyk sp.z o.o.

*„Życie przemija, jednak pamięć o kochanej osobie
pozostaje na zawsze w sercu”*

Naszej koleżance

KATARZYNIE JARCZEWSKIEJ

Wyrazy głębokiego współczucia z powodu śmierci mamy

Składają koleżanki i koledzy z II OITD USK we Wrocławiu

Szanownej Pani

URSZULI SIKORSKIEJ

wyrazy głębokiego współczucia i słowa otuchy
z powodu śmierci Mamy

składają:

Z-ca Dyrektora ds. Pielęgniarstwa oraz Dział Epidemiologii
Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu

Naszej Koleżance

ALEKSANDRZE GABRYSZ

wyrazy szczerzego współczucia
z powodu śmierci Mamy

składają

koleżanki i koledzy z Kliniki Chirurgii Szczękowo-Twarzowej
Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu.

*Oczy Matki wszystko widzące patrzą na urodziny,
patrzą przez całe życie i patrzą po śmierci z "tamtego świata"*
T. Różewicz

Wyrazy szczerzego współczucia, słowa otuchy i wsparcia
dla pielęgniarki

HALINY BARAN

z powodu śmierci Mamy

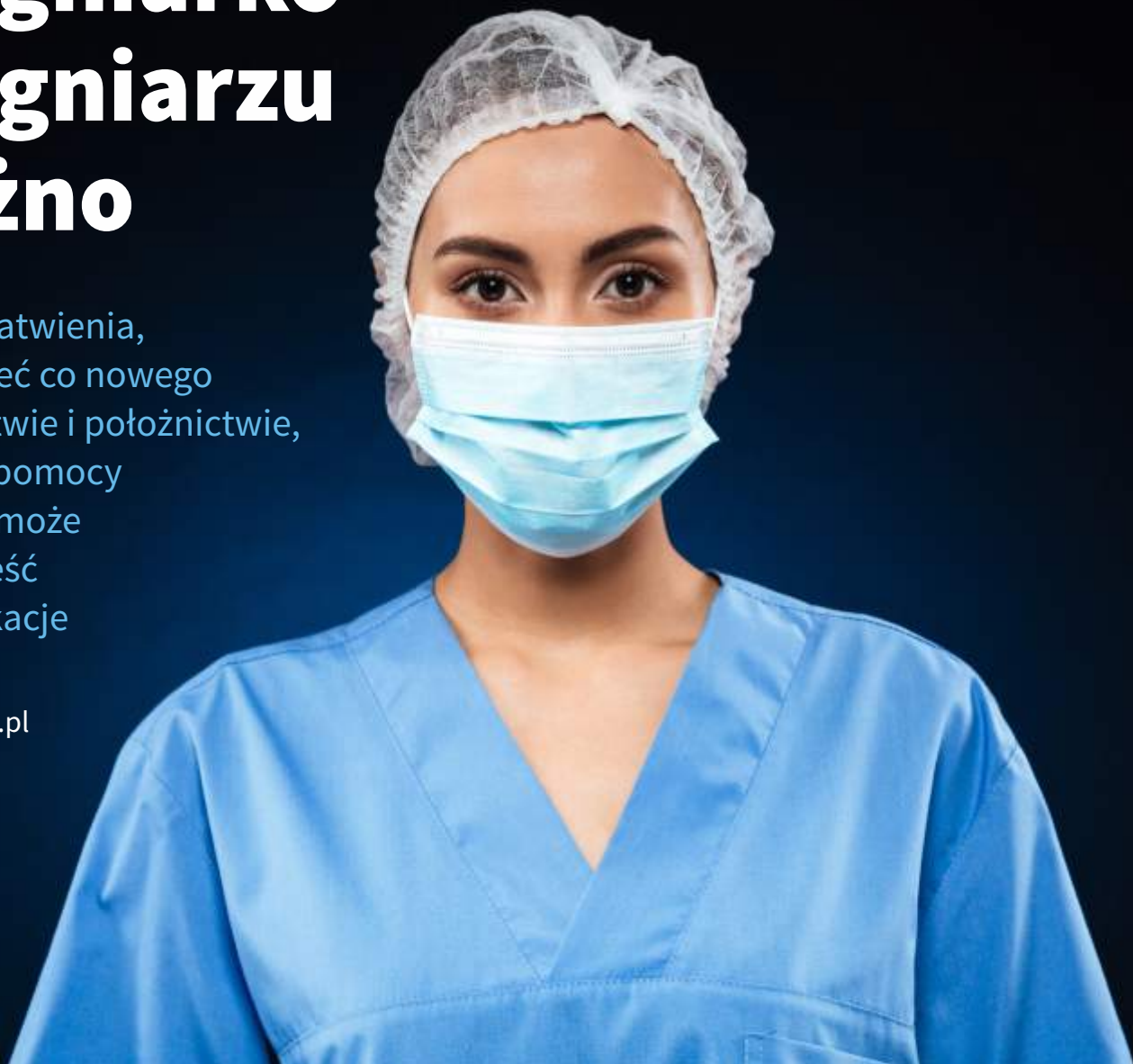
składają

koleżanki z Klinicznego Oddziału Gastroenterologicznego
4WSzKzP SPZOZ we Wrocławiu

Pielęgniarko Pielęgniarzu Położno

Masz pytanie,
sprawę do załatwienia,
chcesz wiedzieć co nowego
w pielęgniarstwie i położnictwie,
potrzebujesz pomocy
lub porady, a może
chcesz podnieść
swoje kwalifikacje
zawodowe?

www.doipip.wroc.pl



Zapraszamy

**DOLNOŚLĄSKA OKRĘGOWA IZBA PIEŁĘGNIAREK
I POŁOŻNYCH WE WROCŁAWIU**

ul. Powstańców Śląskich 50
53-333 Wrocław

Tel. 71/333 57 02 info@doipip.wroc.pl