

W CIENIU CZEPKA

BIULETYN INFORMACYJNY DOLNOŚLĄSKIEJ OKRĘGOWEJ IZBY PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

DZIAŁANIA ZESPOŁU ZARZĄDZANIA
KRYZYSOWEGO NIPIP PODJĘTE
W DNIU 26 MAJA 2020R.

DODATKOWE WYNAGRODZENIE
INFORMACJA Z NFZ

PYTANIA PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH
I ODPOWIEDZI NIPIP W WARSZAWIE



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 08.06.2020 r.
Do druku przygotowano 08.06.2020 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: NIECZYNNĄ

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.pilarczykwroblewska@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 Zielonka
Pogotowie Ratunkowe w Legnicy
ul. Dworcowa 7, 59-220 Legnica
T: 502 676 039
E: **w.zielonka@pogotowie-legnica.pl**

► PIELĘGNIARSTWA GERIATRYCZNEGO

– dr hab. n. o zdrowiu Izabella Uchmanowicz
Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich
we Wrocławiu, Zakład Pielęgniarsstwa
Internistycznego Katedra Pielęgniarsstwa
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 IBOOK LIBRA,
- bezpłatny dostęp do serwisu informacji prawnej LEX,
- możliwość skorzystania z kartonów 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 Działania Zespołu Zarządzania Kryzysowego NIPiP podjęte w dniu 26 maja 2020 r. | 7 Stanowisko z dnia 19 lipca 2016 r. | 18 Nowa jakość opieki pielęgniarskiej u pacjenta z POCHP stosującego nieinwazyjną wentylację mechaniczną |
| 4 Pismo NRPI - 26.03.2020r. | 8 Pismo do Premiera | 20 Czy istnieje dieta przeciwwzapalna? |
| 4 Pismo NFZ - 31.03.2020r. | 9 Odpowiedź Szczurek-Żelazko | 22 Zachepek etyczny |
| 5 Pismo NRPI - 22.04.2020r. | 10 Opinia prawna | 23 Opinia prawna |
| 5 Pismo NFZ - 22.05.2020r. | 12 Dodatkowe wynagrodzenie informacja z NFZ | 24 Uchwała NR 50/2020/VII |
| 5 Pismo NRPI - 20.05.2020r. | 13 Pytania pielęgniarek i położnych i odpowiedzi NIPiP w Warszawie | 27 Walczymy z koronawirusem aktualne zasady i ograniczenia |
| 5 Odpowiedź z MZ wysokość kwoty bazowej | 15 Zalecenia krajowego konsultanta | 26 Ogłoszenia |
| 6 Pismo NRPI - 21.05.2020r. | 16 XV Konkurs „Pielęgniarka Roku 2019” Laureaci z USK | 27 Pamięć i serce |
| 6 Pismo Z MZ | 17 Zespół wczesnego reagowania | |

DZIAŁANIA ZESPOŁU ZARZĄDZANIA KRYZYSOWEGO NIPiP PODJĘTE W DNIU 26 MAJA 2020 R.:

Zespół Zarządzania Kryzysowego NIPiP

Uwaga! W związku z dużą aktywnością różnych organizacji i instytucji zamieszczających na swoich stronach wytyczne, procedury, standardy i inne związane z epidemią koronawirusa informujemy, że na **stronie NIPiP oraz OIPIP zamieszczane są aktualne i wiarygodne informacje** skonsultowane i zatwierdzone przez MZ i GIS.

1. Przekazujemy odpowiedź na pytanie NIPiP która zwróciła się do Ministra Zdrowia Łukasza Szumowskiego z pytaniem w kwestii jaka kwota w roku 2020 r. będzie stanowiła podstawę do wyliczenia wzrostów wynagrodzeń zasadniczych, o których

mowa w ustawie z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych (t.j. Dz. U. z 2020r. poz. 830). (Pytanie - Pismo NIPiP) (Odpowiedź - Pismo MZ) (pisma w załączeniu).

2. W związku z interwencją NIPiP wystosowaną do NFZ w sprawie braku możliwości wystawiania zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne poprzez Portal SZOI – Zlecenia Zaopatrzenia (www.ezwm.nfz.gov.pl) dla pielęgniarek i położnych, które nie mają obowiązku ukończenia kursu specjalistycznego dotyczącego ordynacji

leków i wyrobów medycznych przekazujemy korespondencję w powyższej sprawie (Pismo NIPiP, Odpowiedź NFZ, Pismo NIPiP, Odpowiedź NFZ).

3. NIPiP wyraziła stanowczy sprzeciw wobec podjętej decyzji przez Radnych Sejmiku Województwa Wielkopolskiego w zakresie powrotu do kształcenia pielęgniarek i pielęgniarzy w szkołach ponadpodstawowych. (Pismo NIPiP do Marszałka Województwa Wielkopolskiego, Odpowiedź Ministerstwa Zdrowia dotycząca przywrócenia kształcenia na poziomie średnim, Wspólne Stanowisko NIPiP, OZZPiP, PTP z 2016r. w sprawie kształcenia pielęgniarek).

PISMO NRPIP - 26.03.2020r.

Zofia Małas - Prezes NRPIP

Szanowny Panie Prezesie

W imieniu Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych zwracam się z gorącą prośbą o dostosowanie Portalu SZOI – Zlecenia Zaopatrzenia, do którego wchodzi się poprzez system www.ezwm.nfz.gov.pl, do kontynuacji przez pielęgniarki zlecenia na wyroby medyczne, zgodnie z art. 15a ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (t.j. Dz. U. z 2019 r., poz. 576).

Na podstawie art. 15a ust. 2 pkt 2 w ramach realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji pielęgniarka i położna posiadające dyplom ukończenia studiów co najmniej

pierwszego stopnia na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo oraz pielęgniarka i położna posiadające tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa mają prawo wystawiać zlecenia na wyroby medyczne. Należy podnieść, iż przedmiotową kontynuację zlecenia na wyroby medyczne mogą realizować pielęgniarki, które nie mają obowiązku ukończenia kursu specjalistycznego ordynowanie leków i wypisywanie recept.

Do biura Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych wpływają pisma od pielęgniarek, które nie mają dostępu do kontynuacji zleceń na wyroby medyczne poprzez ww. system, który nie przewiduje,

że mogą być to pielęgniarki bez ukończenia kursu specjalistycznego w tym zakresie. Sygnalizują, iż od kwietnia wnioski papierowe będą wycofane i duża grupa pielęgniarek i położnych zostanie pozbawiona możliwości wystawienia wniosku elektronicznego, co znacznie utrudni pacjentom dostęp do kontynuacji wyrobów medycznych. Mając na uwadze powyższe, jeszcze raz zwracam się z prośbą o zweryfikowanie systemu i dostosowanie systemu poprzez umożliwienie pielęgniarkom, które nie ukończyły kursu specjalistycznego w tym zakresie kontynuacji zlecenia na wyroby medyczne.

PISMO NFZ - 31.03.2020r.

Leszek Szalak Dyrektor Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej

W odpowiedzi na Pani pismo znak: NIPiP-NRPIP-DM.0025.56.2020.MK z 26 marca 2020 r. uprzejmie informuję, że trwają prace nad dostosowaniem Portalu SZOI

w zakresie możliwości wystawiania zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne przez pielęgniarki i położne, które zgodnie z ustawą o zawodach pielęgniarki i położnej,

nie mają obowiązku ukończenia kursu specjalistycznego dot. ordynacji leków i wyrobów medycznych.

PISMO NRPIP- 22.04.2020r.

Mariola Łodzińska - Wiceprezes NRPIP

Szanowny Panie Prezesie

W nawiązaniu do otrzymanego pisma znak: DSOZ-DPZ.401.35.2020,2020.42472.ANG z dnia 31 marca 2020 r. będącego odpowiedzią na pismo Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych znak: NWiP-NRPIP-DM.0025.56.2020.MK z dnia 26 marca 2020 r. zwracam się z gorącą prośbą o odpowiedź, czy zostały zakończone prace nad dosto-

sowanie portalu SZOI w zakresie możliwości wystawiania zleceń na wyroby medyczne przez pielęgniarki i położne na podstawie z art. 15a ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (t.j. Dz. U. z 2019 r., poz. 576).

Do biura Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych nadal wpływają pisma od pielęgniarek, które nie mają dostępu do

kontynuacji zleceń na wyroby medyczne przez ww.system.

Pragnę nadmienić, że z powyższym problemem nie spotykają się pielęgniarki, które mogą samodzielnie ordynować wyroby medyczne, w tym wystawiać na nie zlecenia albo recepty na podstawie art. 15a ust. 1 pkt 2 ww. ustawy.

PISMO NFZ - 22.05.2020r.

Leszek Szalak

Dyrektor Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej

W odpowiedzi na Pani pismo znak: NIPiP-NRPIP-DM.0025.56.2.2020.MK uprzejmie informuję, że zostały wprowadzone zmiany umożliwiające złożenie wniosku i nadanie dostępu do Portalu dla pielęgniarek i położnych, które zgodnie z ustawą o zawodach pielęgniarki i położnej,

nie mają obowiązku ukończenia kursu specjalistycznego dotyczącego ordynacji leków i wyrobów medycznych.

Należy jednak podkreślić, że podczas wystawiania zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne system eZWM weryfikuje dane dotyczące kompetencji

i uprawnień pielęgniarek i położnych, które zostały zgłoszone do NFZ. Brak odpowiednio wprowadzonych danych będzie skutkować negatywną weryfikacją zleceń w systemie eZWM.

PISMO NRPIP - 20.05.2020r.

Zofia Małas - Prezes NRPIP

Szanowna Pani Minister

W związku ze zgłaszanymi wątpliwościami pielęgniarek i położnych zwracamy się z uprzejmą prośbą o udzielenie

odpowiedzi jaka kwota w roku 2020 r. będzie stanowiła podstawę do wyliczenia wzrostów wynagrodzeń zasadniczych, o których mowa w ustawie z dnia 8 czerwca 2017 r.

o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych (t.j. Dz. U. z 2020r. poz. 830).

ODPOWIEDŹ Z MZ WYSOKOŚĆ KWOTY BAZOWEJ

Józefa Szczurek-Żelazko - Sekretarz Stanu

Szanowna Pani Prezes, w odpowiedzi na pismo z dnia 20 maja 2020 r. znak: NIPiP-NRPIP-OIE.060.196.2020 w sprawie kwoty obowiązującej w 2020 r. przy obliczaniu gwarantowanych wzrostów wynagrodzeń zasadniczych, o których mowa w ustawie z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych (Dz. U. z 2020 r. poz. 830) – zwanej dalej: „Ustawą”, uprzejmie przekazuję następującą informację.

Zgodnie z art. 7 ust. 2 Ustawy najniższe wynagrodzenie zasadnicze ustala się jako iloczyn współczynnika pracy określonego w załączniku do ustawy i kwoty

4200 zł brutto jedynie w okresie od dnia 1 lipca 2019 r. do dnia 30 czerwca 2020 r. Po dniu 30 czerwca 2020 r. do wyliczania kwot docelowych dla danego roku najniższych wynagrodzeń dla poszczególnych grup pracowników stosować się będzie zgodnie z art. 3 ust. 1 Ustawy kwoty przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia brutto w gospodarce narodowej w roku poprzedzającym ustalenie, ogłoszonego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”.

Zgodnie z art. 3 ust. 1 pkt 5 lit d Ustawy wynagrodzenie zasadnicze pracownika wykonującego zawód medyczny oraz pracownika działalności podstawowej,

innego niż pracownik wykonujący zawód medyczny, podwyższa się na dzień 1 lipca 2020 r. co najmniej o 20% kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy najniższym wynagrodzeniem zasadniczym a wynagrodzeniem zasadniczym tego pracownika. W związku z powyższym przy dokonywaniu podwyżki na dzień 1 lipca 2020 r. należy brać pod uwagę przepisy regulujące sposób obliczania najniższego wynagrodzenia zasadniczego określone dla tej daty.

Skoro zatem dzień 1 lipca 2020 r., czyli dzień na który dokonuje się podwyższenia wynagrodzenia jest bez wątpienia dniem przypadającym po okresie wskazanym w art. 7 ust. 2 ustawy (jedynie w tym okresie kwota stanowiąca podstawę do wyliczenia

wysokości docelowego dla danego roku najniższego wynagrodzenia wynosi 4200 zł), to przy obliczaniu na dzień 1 lipca 2020 r. docelowych najniższych wynagrodzeń oraz obliczaniu kwot podwyżek zgodnie z art. 3

ust 1 pkt 5 lit d zastosowanie musi znaleźć kwota 4918 zł 17 gr. Zgodnie bowiem z komunikatem Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 11 lutego 2020 r. w sprawie przeciętnego wynagrodzenia

w gospodarce narodowej w 2019 r. przeciętne wynagrodzenie w gospodarce narodowej w 2019 r. wyniosło 4918,17 zł.

PISMO NRPIP - 21.05.2020r.

Zofia Małas - Prezes NRPIP

Szanowny Panie Marszałku

W związku z pozyskaniem informacji przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych o podjęciu decyzji przez Radnych Sejmiku Województwa Wielkopolskiego w zakresie powrotu do kształcenia pielęgniarek i pielęgniarzy w szkołach ponadpodstawowych uprzejmie informuję.

NRPIP działając w ramach kompetencji samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych wynikających z ustawy z dnia 01 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (tj. Dz. U. z 2018 r. poz. 916) między innymi w zakresie wnioskowania i opiniowania w sprawach kształcenia zawodowego oraz sprawowania pieczy nad należytych wykonywaniem zawodu pielęgniarki i położnej w naszym kraju zwraca uwagę, że kształcenie zawodowe w zawodzie pielęgniarki, pielęgniarza odbywa się tylko i wyłącznie w systemie kształcenia na poziomie wyższym. Należy wskazać bowiem, iż zgodnie z art. 52 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011 roku o zawodach

pielęgniarki i położnej (j. t. Dz. U. z 2020r. poz.562 ze zm.) pielęgniarka uzyskuje kwalifikacje zawodowe po ukończeniu szkoły pielęgniarstwa. Szkołą pielęgniarstwa jest uczelnia prowadząca kształcenie na kierunku pielęgniarstwo na poziomie studiów pierwszego stopnia oraz studiów drugiego stopnia.

Powyższe znajduje potwierdzenie również w uchwale z dnia 15 października 2019 roku przyjętej przez Radę Ministrów w sprawie przyjęcia dokumentu „Polityka Wieloletnia Państwa na rzecz Pielęgniarstwa i Położnictwa w Polsce”. Jednym z działań określonych w ww. dokumencie jest utrzymanie kształcenia przeddyplomowego pielęgniarek i położnych wyłącznie na poziomie szkół wyższych.

Jednocześnie należy podkreślić, iż kształcenie zawodowe pielęgniarek musi spełniać minimalne wymogi kształcenia wynikające z zapisów Dyrektywy 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie uznawania kwalifikacji zawodo-

wych (Dz.U.UE.L.2005.255.22 ze zm.), które przewidują, iż „kształcenie pielęgniarek odpowiedzialnych za opiekę ogólną obejmuje co najmniej trzy lata studiów, co można dodatkowo wyrazić przy pomocy równoważnych punktów ECTS, na które składa się co najmniej 4 600 godzin kształcenia teoretycznego i klinicznego, przy czym kształcenie teoretyczne obejmuje co najmniej jedną trzecią, a kształcenie kliniczne co najmniej połowę minimalnego okresu kształcenia”.

W związku z powyższym brak jest podstaw prawnych oraz uzasadnienia dla działań mających na celu powrót do kształcenia pielęgniarek i pielęgniarzy w szkołach ponadpodstawowych.

Ponadto w załączeniu przekazujemy Stanowisko NRPIP, OZZPIP, PTP w przedmiotowej sprawie oraz pismo z MZ prezentujące m.in. stanowisko MZ w ww. sprawie.

PISMO Z MZ

Greta Kanownik - Dyrektor

Dotyczy petycji z dnia 18 lutego 2020 r. skierowanej do Ministra Zdrowia w sprawie złożenia wniosku do Ministra Edukacji Narodowej, dotyczącego przywrócenia kształcenia na poziomie średnim dla zawodu pielęgniarka.

W odpowiedzi na przesłaną do Ministra Zdrowia petycję z dnia 18 lutego 2020 r. dotyczącą możliwości przywrócenia kształcenia pielęgniarek na poziomie średnim, uprzejmie informuję, że zgodnie z przepisami ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2019 r. poz. 576, z późn. zm.) pielęgniarka uzyskuje kwalifikacje zawodowe po ukończeniu szkoły pielęgniarstwa, którą jest uczelnia prowadząca kształcenie na kierunku pielęgniarstwo na poziomie studiów pierwszego stopnia i /lub studiów drugiego stopnia. Kształcenie w szkole pielęgniarstwa jest dostosowane do wymogów europejskich w tym zakresie.

Jednocześnie informuję, iż w dniu 15 października 2019 r. Rada Ministrów przyjęła uchwałę w sprawie przyjęcia dokumentu „Polityka Wieloletnia Państwa na rzecz Pielęgniarstwa i Położnictwa w Polsce”, przedłożoną przez Ministra Zdrowia. Jednym z działań określonych w ww. dokumencie jest utrzymanie kształcenia przeddyplomowego pielęgniarek i położnych wyłącznie na poziomie szkół wyższych. Warto wskazać, iż zgodnie z ww. dokumentem, jednym z priorytetów Ministra Zdrowia jest podejmowanie działań na rzecz upowszechnienia w systemie opieki zdrowotnej zawodu opiekuna medycznego - profesji współuczestniczącej w bezpośredniej opiece nad pacjentem, wspomagającej pracę pielęgniarek i położnych.

Jednocześnie informuję, że w 2017 r. podjęto dyskusję ze środowiskiem pielęgniarek i położnych w zakresie modelu kształcenia tych grup zawodowych. Zgodnie

z wnioskami z przeprowadzonej debaty, Minister Zdrowia Zarządzeniem z dnia 21 kwietnia 2017 r. powołał Zespół do spraw opracowania strategii na rzecz rozwoju pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce (Dz. Urz. Min. Zdr. poz. 50). We wspólnie wypracowanym dokumencie uzasadniono konieczność utrzymania kształcenia przeddyplomowego pielęgniarek i położnych wyłącznie na poziomie szkół wyższych.

W uzupełnieniu powyższych informacji uprzejmie informuję, że działania prowadzone w ostatnich latach na rzecz pielęgniarek i położnych przyniosły widoczne efekty w postaci zatrzymania niekorzystnego trendu – niedoboru pielęgniarek i położnych. Według stanu na koniec danego roku, wynika, że liczba aktywnych zawodowo pielęgniarek w okresie od 31 grudnia 2010 r. do 31 grudnia 2018 r., wzrosła o 39 204 osoby, tj. o około 20,74%. Również liczba aktywnych zawodowo położnych

w okresie od 31 grudnia 2010 r. do 31 grudnia 2018 r., wzrosła o 5 593 osoby, tj. o około 25,47 %.

Należy również podkreślić, iż liczba szkół kształcących pielęgniarki wzrosła z 74 uczelni w 2014 r. do 106 uczelni

w 2020 r. (32 uczelnie więcej) - stan na 18 lutego 2020 r. Istotnie wzrosło zainteresowanie studiami pierwszego stopnia na kierunku pielęgniarstwo - w roku akademickim 2014/2015 zostało przyjętych na pielęgniarstwo I stopnia 5 431 osób, a w roku

2018/2019 – 6653 osoby.

W związku z powyższym, uprzedzając informuję, że Minister Zdrowia nie planuje podjęcia działań w sprawie zmiany aktualnie funkcjonującego systemu kształcenia pielęgniarek.

STANOWISKO Z DNIA 19 LIPCA 2016 R.

W SPRAWIE PROPOZYCJI MINISTRA ZDROWIA DOTYCZĄCEJ WPROWADZENIA ZMIAN SYSTEMOWYCH W OBSZARZE KSZTAŁCENIA PIEŁĘGNIAREK POLEGAJĄCEJ NA POWROCIE DO SYSTEMU KSZTAŁCENIA W ZAWODZIE PIEŁĘGNIARKI W LICEACH MEDYCZNYCH /TECHNIKACH

Prezes ZG PTP - Grażyna Wójcik

Prezes NRPIP - Zofia Małas

Przewodnicząca ZK OZZPiP - Lucyna Dargiewicz

W związku z rozważaną przez Ministerstwo Zdrowia oraz Ministerstwo Edukacji Narodowej propozycją wprowadzenia zmian systemowych w obszarze kształcenia zawodowego pielęgniarek polegających m.in. na przywróceniu kształcenia na poziomie średnim w liceach medycznych oraz uruchomienia dwuletniego kształcenia w zawodzie asystenta pielęgniarki przedkładamy stanowisko w przedmiotowej sprawie.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych wraz z Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Pielęgniarek i Położnych oraz Polskim Towarzystwem Pielęgniarskim reprezentując wspólnie całe środowisko pielęgniarek i położnych w Polsce oraz działając na rzecz ochrony interesów społeczeństwa wyraża swoje zaniepokojenie i sprzeciw dla podejmowania przez rząd zamierzeń dotyczących zmiany standardów kształcenia w zawodzie pielęgniarki.

Pielęgniarstwo współcześnie to samodzielna profesja medyczna o wysokim poziomie kompetencji i kształcenia, a jednocześnie zawód zaufania publicznego mający kluczowe znaczenie dla bezpieczeństwa zdrowotnego populacji. Dlatego też działania prowadzące do zmiany modelu kształcenia powinny być oparte na przemyślanej strategii, wypracowanej wspólnie z reprezentantami całego środowiska.

W Polsce już w okresie międzywojennym wypracowano i wdrożono międzynarodowe standardy kształcenia pielęgniarek zapoczątkowane w 1911 roku w Krakowie w ramach utworzonej Szkoły Pielęgniarstwa, która została przekształcona roku 1925 w Uniwersytecką Szkołę Pielęgniarek i Opiekunek Zdrowia przy Uniwersytecie Jagiellońskim.

Obecne Standardy kształcenia na kierunkach pielęgniarstwo i położnictwo wprowadzone rozporządzeniem Ministra

Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 9 maja 2012 roku w sprawie standardów kształcenia dla kierunków studiów: lekarskiego, lekarskodentystycznego, farmacji, pielęgniarstwa i położnictwa (Dz. U. z 2012 r., poz. 631) stanowią, że:

- studia pierwszego stopnia na kierunku pielęgniarstwo/położnictwo trwają nie krócej niż 6 semestrów, liczba godzin zajęć i praktyk nie może być mniejsza niż 4720, liczba punktów ECTS wynosi nie mniej niż 180, studia mają profil praktyczny, kierunek studiów mieści się w obszarze kształcenia z zakresu nauk medycznych, nauk o zdrowiu oraz nauk o kulturze fizycznej,

- studia drugiego stopnia na kierunku pielęgniarstwo/położnictwo trwają nie krócej niż 4 semestry, liczba godzin zajęć i praktyk nie może być mniejsza niż 1300, liczba punktów ECTS wynosi nie mniej niż 120, studia mają profil praktyczny.

Mając na uwadze powyższe podkreślamy zasadność i racjonalność utrzymania aktualnie obowiązującego dwustopniowego systemu kształcenia pielęgniarek, tj. studiów pierwszego i studiów drugiego stopnia

Na poziomie europejskim działania na rzecz zagwarantowania bezpiecznych dla odbiorców standardów kształcenia pielęgniarek były i są prowadzone przez następujące organizacje międzynarodowe:

1. Rada Europejska - Europejskie Porozumienie w sprawie szkolenia i kształcenia pielęgniarek, sporządzonym w Strasburgu dnia 25 października 1967 roku (Dz. U. z 1996 r., Nr 83, poz. 384), ratyfikowane przez Rząd Polski w lipcu 1996 r.

2. EEC/Komisja Europejska — standaryzacja i harmonizacja kształcenia i wykonywania zawodu pielęgniarki poprzez Dyrektywy Sektorowe - 77/452/EEC; 77/453/EEC oraz Dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady: 2013/55/UE z dnia 20 listopada 2013

roku zmieniająca dyrektywę 2005/36/UE w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych i rozporządzenie (UE) nr 1024/2012 w sprawie współpracy administracyjnej za pośrednictwem systemu wymiany informacji na rynku wewnętrznym (Dz. U. UE L 354 z 28.12.2013 r., str. 132).

3. Światowa Organizacja Zdrowia — rekomendacje i rezolucje dotyczące kształcenia i wykonywania zawodu pielęgniarki: Deklaracja Wiedeńska 1988 r.; Rezolucja WHO z maja 1992 r. - WHA 45.5.; Europejska Strategia WHO w sprawie kształcenia pielęgniarek i położnych — maj 1999 r.; Deklaracja Monachijska z czerwca 2000 r. ws. Pielęgniarstwa; Rezolucja WHO z maja 2001 r. - WHA 54.12 oraz inne dokumenty.

Polska przyjęła, zobowiązała się do przestrzegania oraz wdrożyła do własnego systemu prawnego wszystkie z powyższych standardów i norm prawnych, a proponowane przez obecny Rząd zmiany stanowiłyby naruszenie przyjętych zobowiązań.

Jedynym niechlubnym okresem w kształceniu zawodów medycznych w Polsce były lata powojenne, kiedy w celu uzupełnienia deficytu kadr medycznych upowszechniono w formie kursów kształcenie dające uprawnienia asystentki bądź pielęgniarki, a w odniesieniu do zawodu lekarza podjęto kształcenie felczerów. Wdrożenie planowanych obecnie przez rząd zmian w kształceniu pielęgniarek byłoby powrotem do ówczesnych rozwiązań czyli lat 50 i 60 — tych i to jedynie w bloku wschodnim.

Przeniesienie kształcenia w zawodach medycznych na poziom szkolnictwa pomaturalnego i wyższego zostało uwarunkowane koniecznością ochrony osób niepełnoletnich, podejmujących naukę zawodu poniżej 18 r.ż. przed ryzykiem zdrowotnym i odpowiedzialnością prawną,

podczas zajęć w placówkach medycznych. Działanie to stanowiło także ochronę bezpieczeństwa odbiorców świadczeń zdrowotnych czyli pacjentów (wymogi Rady Europy i WHO). Jako przedstawiciele środowiska zawodowego nie znajdujemy żadnych argumentów dla reaktywowania po dwudziestu latach, powojennych standardów w obecnych uwarunkowaniach społecznych, prawnych i politycznych.

Aktualne wyzwania w obszarze opieki zdrowotnej, uwarunkowane w naszym kraju czynnikami demograficznymi, epidemiologicznymi i ekonomicznymi tworzą zapotrzebowanie na:

- kształcenie pielęgniarek przygotowujących do samodzielnej roli w zakresie udzie-

lania świadczeń profilaktycznych, zapobiegawczych, pielęgnacyjnych, leczniczych, diagnostycznych, edukacyjnych i zarządczych, które można uzyskać wyłącznie w systemie kształcenia uniwersyteckiego zgodnie z obowiązującym standardami krajowymi i międzynarodowymi.

- zapewnienie dla potrzeb społeczeństwa a także wsparcia pielęgniarek, większej liczby personelu pomocniczego o różnym charakterze (nie posiadającego uprawnień pielęgniarki, takich jak opiekun medyczny, asystent osoby niepełnosprawnej itp.).

Jako organizacje reprezentujące środowisko pielęgniarek i położnych od wielu lat apelujemy do rządu i parlamentu wnioskując o podjęcie pilnych działań

systemowych na rzecz wzmocnienia pielęgniarstwa i poprawy atrakcyjności wykonywania naszych zawodów w Polsce. Działania te nie mogą jednak polegać na obniżaniu standardów kształcenia i deprecjonowania zawodu na rynku pracy.

Mając na uwadze powyższe, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych i Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie wnosi o utrzymanie dotychczasowego systemu kształcenia dwustopniowego pielęgniarek i położnych (licencjat i magister) oraz określenie jednoznacznych wskaźników norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych realizujących świadczenia zdrowotne w poszczególnych zakresach.

PISMO DO PREMIERA

Wiceprezes NRPI - Mariola Łagodzińska

Szanowny Panie Premierze,

Pielęgniarki i położne niemal od 2 (dwóch) miesięcy podejmują trud nierównej walki z epidemią COVID-19.

Sejm Rzeczypospolitej Polskiej, w uchwale z dnia 7 kwietnia 2020 r. w sprawie wyrażenia wdzięczności dla pracowników ochrony zdrowia (druk 331), wyraził wdzięczność i uznanie za pełną poświęcenia bohaterską służbę w dniach epidemii. Podkreślono w nim, że pielęgniarki i położne dają najlepszy przykład odwagi, heroizmu i budującej społeczność postawy.

Również Pan — Prezes Rady Ministrów, w towarzystwie Ministra Zdrowia Łukasza Szumowskiego wielokrotnie dawał wyraz pełnej osobistej identyfikacji z przekazem tej uchwały, publicznie, przed kamerami, oklaskując pracowników ochrony zdrowia w symbolicznym geście uznania i podziwu.

Środowisko pielęgniarek i położnych odbierało Pańską postawę jako wyraz otwarcia całego Rządu na dialog ze środowiskiem pielęgniarek i położnych, jak również zapowiedź zapewnienia uwagi dla potrzeb i praw pielęgniarek i położnych.

Z tym większym zdumieniem, rozczarowaniem i oburzeniem, jako przedstawiciele adresatów wyżej wspomnianej uchwały, przyjęliśmy zmiany legislacyjne wprowadzone w art. 15x ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz. U. z 2020 r., poz. 374, 567 i 568) przez art. 73 pkt. 30 z dnia 16 kwietnia 2020 r. o szczególnych instrumentach wsparcia w związku z rozprzes-

trzeniem się wirusa SARS-CoV-2.

W pierwotnym brzmieniu art. 15x przywołanej ustawy nie obejmował pracowników systemu ochrony zdrowia w rozumieniu art. 3 pkt 2 lit. g ustawy o zarządzaniu kryzysowym. Samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych został pozbawiony możliwości realizacji ustawowych zadań w obszarze opiniowania aktów normatywnych w zakresie dotyczącym ochrony zdrowia i zasad organizacji opieki zdrowotnej jak również zajmowania stanowiska w sprawach ochrony społeczeństwa, polityki zdrowotnej państwa oraz organizacji ochrony zdrowia.

Oświadczam, że zmiana została wprowadzona w sposób nieuprawniony, bez konsultacji ani jakichkolwiek uzgodnień. Uzasadnienie projektu ustawy o niej milczy. Regulacja ta nie została również objęta debatą parlamentarną.

Przedmiotowe rozstrzygnięcie legislacyjne de facto dewastuje osadzone konstytucyjnie jak i w prawie europejskim prawo do odpoczynku i legalizuje pracę ponad siły. Pozbawia pielęgniarki i położne uprawnień i gwarancji związanych z pracą w godzinach nadliczbowych, czy w ramach dyżurów medycznych. Wreszcie, pozwala na zmuszenie pielęgniarek i położnych do pozostawania w zakładzie pracy przez cały okres stanu zagrożenia epidemicznego i epidemii.

Przedmiotowa regulacja funkcjonuje w określonym otoczeniu legislacyjnym. Wprowadzony do ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej art. 26b, pozwala na podjęcie pracy przez pielęgniarki i położne, które przez długi okres nie pozostawały czynne zawodowo, z pominięciem wyma-

ganego w art. 26 tejże ustawy, dodatkowego szkolenia, które może nawet trwać do 6 (sześciu) miesięcy, co w chwili obecnej rodzi określone problemy.

Autorem tej regulacji jest Rząd, którym Pan, jako Prezes Rady Ministrów kieruje.

To wszystko każe nam postawić pytania, których ustawodawca i projektodawca nierozważył:

- Czy przedmiotowa regulacja jest rzeczywistą odpowiedzią ustawodawcy na narastające braki kadrowe w ochronie zdrowia wobec dziesiętkowania jej pracowników przez epidemię?
- Czy praca przymusowa jest na nie receptą?
- Czy praca ponad siły jest dobra dla pacjentów?
- Czy nakazem zamierza się zastąpić szacunek i uznanie, o których mowa była w pierwszych słowach tego listu?
- Założenie ustawodawcy o włączenie w trybie extraordinaryjnym pielęgniarek i położnych z przerwy w wykonywaniu zawodu (czasem trzydziestoletniej) jest błędne i nie wpłynie znacząco na poprawę takiego funkcjonowania systemu ochrony zdrowia.
- Czy trzeba tragedii, by ustawodawca dostrzegł jak krzywdzące wprowadził regulację?
- Gdzie, pośród tych wszystkich wątpliwości, znajduje się dobro pacjenta? Dobru pacjenta na pewno nie będzie służyć opieka sprawowana przez wycieńczoną pielęgniarkę czy położną? Wzrośnie ryzyko błędów z powodu utraty sił i braku czasu na odpowiedni wypoczynek.

W tym miejscu musimy zasygnalizować, że całe środowisko pielęgniarek i położnych jest wielce poruszone, wręcz oburzone zarówno treścią, sposobem jej wprowadzenia, jak również brakiem konsultacji tej krzywdzącej regulacji.

Nie jest naszą intencją zaognianie i tak złych, panujących w środowisku nastrójów, a walka z epidemią i dobro pacjen-

tów. Niemniej nie możemy pozostać bierni wobec tak jawnego pokrzywdzenia pielęgniarek i położnych.

Przy tym, czujemy się w obowiązku Pana poinformować, że tylko szybka inicjatywa legislacyjna w celu uchylecia tych przepisów i zapewnienia prawnych gwarancji adekwatnych warunków pracy, płacy i wypoczynku bez względu na sposób

wykonywania zawodu i miejsce jego wykonywania przy walce z epidemią, może doprowadzić do stonowania tych nastrojów. Kończąc, żądamy poważnego potraktowania treści tego listu i podjęcie realnego dialogu z samorządem pielęgniarek i położnych w zakresie zmian legislacyjnych związanych z wykonywaniem zawodu pielęgniarki i położnej.

ODPOWIEDŹ SZCZUREK-ŻELAZKO

Józefa Szczurek-Żelazko - Sekretarz Stanu

Szanowna Pani Prezes

W nawiązaniu do pisma z dnia 27 kwietnia 2020 r. znak: NiPiP-NR PiPDM.0025.86.2020.MK, skierowanego do Prezesa Rady Ministrów (oraz do wiadomości Ministra Zdrowia) dotyczącego treści art. 15x ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz. U. poz. 374, z późn. zm.), dalej jako „ustawa”, wprowadzonym przez art. 73 pkt 30 ustawy z dnia 16 kwietnia 2020 r. o szczególnych instrumentach wsparcia w związku z rozprzestrzenianiem się wirusa SARS-CoV-21 (Dz. U. poz. 695), uprzejmie proszę o przyjęcie poniższych wyjaśnień.

W art. 73 pkt 30 ustawy z dnia 16 kwietnia 2020 r. o szczególnych instrumentach wsparcia w związku z rozprzestrzenianiem się wirusa SARS-CoV-2 (Dz. U. poz. 695) wprowadzono zmianę art. 15x ustawy.

Podkreślenia wymaga, że Minister Zdrowia nie był autorem powyższych regulacji, nie jest zatem upoważniony do odniesienia się do zarzutów dotyczących przebiegu prac nad projektem ustawy z dnia 16 kwietnia 2020 r. Odnosząc się do obecnego brzmienia art. 15x ustawy wskazania wymaga, że zgodnie z tym przepisem w przypadku ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego albo stanu epidemii pracodawca może, na czas oznaczony nie dłuższy niż do czasu odwołania stanu zagrożenia epidemicznego albo stanu epidemii:

- 1) zmienić system lub rozkład czasu pracy pracowników w sposób niezbędny dla zapewnienia ciągłości funkcjonowania przedsiębiorstwa lub stacji;
- 2) polecić pracownikom świadczenie pracy w godzinach nadliczbowych w zakresie i wymiarze niezbędnym dla zapewnienia ciągłości funkcjonowania przedsiębiorstwa lub stacji;
- 3) zobowiązać pracownika do pozostawania poza normalnymi godzinami pracy w gotowości do wykonywania pracy w zakładzie pracy lub w innym miejscu wyznaczonym

przez pracodawcę; przepisu art. 1515 § 2 zdanie drugie ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy (Dz. U. z 2019 r. poz. 1040, z późn. zm.) nie stosuje się;

4) polecić pracownikowi realizowanie prawa do odpoczynku w miejscu wyznaczonym przez pracodawcę. Zgodnie z art. 15x ust. 2 pkt 1 lit. a ustawy, przepis ust. 1 stosuje się do pracodawców zatrudniających pracowników w przedsiębiorstwie prowadzącym działalność polegającą na zapewnieniu funkcjonowania systemów i obiektów infrastruktury krytycznej w rozumieniu art. 3 pkt 2 ustawy z dnia 26 kwietnia 2007 r. o zarządzaniu kryzysowym (Dz. U. z 2019 r. poz. 1398, z późn. zm.). Zgodnie z art. 3 pkt 2 lit. g ustawy z dnia 26 kwietnia 2007 r. o zarządzaniu kryzysowym przez pojęcie infrastruktura krytyczna należy rozumieć systemy oraz wchodzące w ich skład powiązane ze sobą funkcjonalnie obiekty, w tym obiekty budowlane, urządzenia, instalacje, usługi kluczowe dla bezpieczeństwa państwa i jego obywateli oraz służące zapewnieniu sprawnego funkcjonowania organów administracji publicznej, a także instytucji i przedsiębiorców. Infrastruktura krytyczna obejmuje systemy ochrony zdrowia. Zgodnie z art. 15x ust. 3 ustawy w przypadkach, o których mowa w ust. 1:

- 1) pracodawca obowiązany jest zapewnić pracownikowi zakwaterowanie i wyżywienie niezbędne do realizacji przez pracownika jego obowiązków pracowniczych. Wartość świadczeń polegających na zakwaterowaniu i wyżywieniu nie podlega wliczeniu do podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne;
- 2) pracodawca odmawia udzielenia pracownikowi urlopu wypoczynkowego, w tym urlopu, o którym mowa w art. 1672 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy, urlopu bezpłatnego oraz innego urlopu, a także przesuwania terminu takiego urlopu lub odwołuje pracownika z takiego urlopu, jeżeli został on już pracownikowi udzielony. Podkreślenia przy tym wymaga, że zgodnie z obowiązującymi przepisami odpowiedzialność za właściwą organizację pracy

w danym podmiocie leczniczym spoczywa na pracodawcy – kierowniku tego podmiotu. I to właśnie on zobowiązany jest do zapewnienia bezpiecznych i higienicznych warunków pracy oraz dostosowania organizacji pracy do warunków i potrzeb właściwych dla zarządzanego przez niego podmiotu.

Pragnę szczególnie zaznaczyć, że czynienie starań aby zapewnić bezpieczeństwo osób udzielających świadczeń zdrowotnych w podmiotach leczniczych oraz ich pacjentów, należy nie tylko do pracownika, ale też do podmiotu, który go zatrudnia. W obecnej, wyjątkowej sytuacji panującej epidemii na terenie kraju, kierownik podmiotu leczniczego powinien w sposób szczególnie kierować się celem ograniczenia ryzyka rozprzestrzenienia choroby zakaźnej w zarządzanym podmiocie oraz zapewnienia dostępności do świadczeń w istniejących w jego podmiocie, często ograniczonych możliwościach kadrowych. Środki prawne powinny być przy tym uzależnione od faktycznych okoliczności w danym przypadku, w tym możliwości podmiotu. Nie można przy tym pomijać obowiązku przestrzegania przez kierownika podmiotu leczniczego przepisów prawa pracy, w tym w szczególności przepisów określających maksymalne normy czasu pracy oraz minimalne okresy odpoczynku dobowego i tygodniowego. Od przestrzegania tych przepisów zależy bowiem nie tylko bezpieczeństwo i higieniczne warunki pracy osób zatrudnionych w podmiotach leczniczych, ale również bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów. Pracodawca - kierownik podmiotu leczniczego jest zatem obowiązany stosować - w zakresie nieuregulowanym odmiennie w art. 15x ustawy z dnia 2 marca 2020 r. - przepisy dotyczące czasu pracy, jak również wynagrodzenia za pracę (w tym art. 1511 Kodeksu pracy dotyczący wynagradzania za godziny nadliczbowe i art. 98 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej dotyczący wynagrodzenia za pozostawanie w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych).

Pragnę również zaznaczyć, że w dniu 30 kwietnia 2020 r. weszło w życie rozporządzenie 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), zwane dalej: „rozporządzenie z dnia 28 kwietnia 2020 r.”. Zgodnie z rozporządzeniem z dnia 28 kwietnia 2020 r. osoby uczestniczące w udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej na stanowiskach określonych w wykazie stanowisk sporządzonym w podmiocie leczniczym nie mogą uczestniczyć w udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej pacjentom innym niż z podejrzeniem lub zakażeniem wirusem SARS-CoV-2. Ograniczenie to nie dotyczy udzielania świadczeń opieki zdrowotnej niewymagających bezpośredniego kontaktu z tymi pacjentami, w szczególności udzielania tych świadczeń za pośrednictwem systemów

teleinformatycznych lub systemów łączności. Jeśli natomiast chodzi o rekompensatę finansową osób objętych ograniczeniem, to w dniu 30 kwietnia 2020 r. zostało skierowane do Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia polecenie Ministra Zdrowia dotyczące przekazania podmiotom, o których mowa w § 1 rozporządzenia z dnia 28 kwietnia 2020 r., zwane dalej: „Podmioty”, środków finansowych z przeznaczeniem na przyznanie osobom uczestniczącym w udzielaniu świadczeń zdrowotnych, objętym ograniczeniem, o którym mowa w § 1 ust. 3 rozporządzenia z dnia 28 kwietnia 2020 r., z wyłączeniem osób, skierowanych do pracy w podmiotach na podstawie art. 47 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2019 r. poz. 1239, z późn. zm.), dodatkowego świadczenia pieniężnego, wypłacanego miesięcznie, przez okres objęcia ograniczeniem, według, zasad określonych w załączniku do wskazanego polecenia, na podstawie umowy lub porozumienia. Narodowy Fundusz Zdrowia

będzie zatem przekazywał w tym zakresie środki finansowe ww. podmiotom, natomiast decyzja o innych podwyżkach będzie należała do kierownika danego podmiotu leczniczego. Odnosząc się natomiast do poruszanej kwestii wprowadzenia do ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. z 2020 r. poz. 562, z późn. zm.) art. 26b umożliwiającego rozpoczęcie na czas obowiązywania pandemii wykonywania zawodu przez pielęgniarkę lub położną po przerwie (które nie wykonywały zawodu łącznie przez okres dłuższy niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat) pragnę zaznaczyć, że rozwiązanie to ma zastosowanie tylko i wyłącznie do obecnej szczególnej sytuacji w której się znajdujemy związanej z obowiązywaniem stanu epidemii COVID-19. Kończąc pragnę zapewnić iż Minister Zdrowia przywiązywał i nadal przywiązuje dużą wagę do konstruktywnego dialogu z przedstawicielami pracowników. Jeśli w Państwa ocenie te lub inne problemy wymagają przedyskutowania przy udziale przedstawicieli MZ deklaruję wolę ich omówienia w formie telekonferencji.

OPINIA PRAWNA

W SPRAWIE PRZENIESIENIA LUB SKIEROWANIA POŁOŻNEJ DO PRACY NA STANOWISKO PIELĘGNIARKI W ZWIĄZKU Z PRZEKSZTAŁCENIEM DOTYCHCZASOWEGO SZPITALA WIELOSPECJALISTYCZNEGO W JEDNOIMIENNY SZPITAL ZAKAŹNY I LIKWIDACJI ODDZIAŁÓW GINEKOLOGICZNYCH I POŁOŻNICZYCH

Zlecający: Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z siedzibą w Warszawie
Wykonawca: prof. nadzw. dr hab. n. prawn. Dorota Karkowska, radca prawny,

Przedmiot opinii:

Przedmiotem opinii jest udzielenie odpowiedzi na następujące pytania:

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

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

Wstęp

Pracodawca ma prawo w drodze polecenia pracowniczego przeniesienia położnej do innej pracy niż określonej w umowie o pracę, w zakresie opieki nad kobietą w ciąży, porodu lub połogu oraz w ginekologii i ginekologii-onkologicznej

oraz noworodkiem - podejrzanych lub zakażonych wirusem SARS COV-2 na podstawie art. 42 § 4 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeksu pracy, tekst jedn. Dz.U.2019.1040, dalej: kp: „ (...) w przypadkach uzasadnionych potrzebami pracodawcy, innej pracy niż określona w umowie o pracę na okres nieprzekraczający 3 miesięcy w roku kalendarzowym, jeżeli nie powoduje to obniżenia wynagrodzenia i odpowiada kwalifikacjom pracownika”.

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

- 1) musi być to uzasadnione potrzebami pracodawcy,
- 2) nie powoduje to obniżenia wynagrodzenia pracownika,
- 3) odpowiada kwalifikacjom pracownika,
- 4) powierzenie innej pracy w roku kalendarzowym nie może przekraczać trzech miesięcy.

Oznacza to, że jeżeli są spełnione te cztery wyżej wymienione przesłanki — położna nie może odmówić pracodawcy podjęcia się wykonywania pracy, innej niż dotychczas wykonywanej.

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

zwalczeniu epidemii mogą być skierowane także inne osoby, jeżeli ich skierowanie jest uzasadnione aktualnymi potrzebami podmiotów kierujących zwalczaniem epidemii.

Uzasadnienie

Polski ustawodawca wypracował ustawową definicję zawodu medycznego, zgodnie z którą, przez osobę wykonującą zawód medyczny należy rozumieć „osobę, która na podstawie odrębnych przepisów uprawniona jest do udzielania świadczeń zdrowotnych, oraz osobę legitymującą się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny” (art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, tekst jedn. Dz.U. z 2020 r. poz. 295, dalej: u.dz.1.).

Pojęcie „świadczenie zdrowotne” zostało zdefiniowane ogólnie jako działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania (art. 2 ust. 1 pkt 10 u.dz.1.).

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

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

udzielania świadczeń zdrowotnych.

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

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

Niewątpliwie, zarówno zawód położnej, jak i zawód pielęgniarki polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Do wyłącznej kompetencji położnej należą świadczenia zdrowotne w zakresie opieki nad kobietą w okresie ciąży, porodu fizjologicznego, połogu i opieki nad noworodkiem oraz opieki nad kobietą przez cały okres życia z zakresu ginekologii. Natomiast do wyłącznej kompetencji pielęgniarki należy stawianie diagnozy pielęgniarskiej i planowanie i sprawowanie opieki pielęgniarskiej nad pacjentami w pozostałych dziedzinach medycyny. Zarówno osoba wykonująca zawód położnej, jak i pielęgniarki udziela świadczeń zdrowotnych na podstawie zlecenia lekarskiego, lub bez zlecenia lekarskiego w granicach określonych przepisami prawa (art. 2 w zw. z art. 4-6 i art. 15a i art. 15 b u.z.p.p.) — przy zachowaniu ustawowych pryncypiów: z należytą starannością, zgodnie z zasadami etyki zawodowej, poszanowaniem praw pacjenta, dbałością o jego bezpieczeństwo, wykorzystując wskazania aktualnej wiedzy medycznej oraz zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami zawodowymi (art. 11 ust. 1 i art. 12 ust. 1 u.z.p.p.). „**Pielęgniarka i położna są obowiązane, zgodnie**

z posiadanymi kwalifikacjami zawodowymi, do udzielenia pomocy w każdym przypadku, gdy zwtoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować stan nagłego zagrożenia zdrowotnego (art. 12 ust. 1 u.z.p.p.). Ustawodawca wyraźnie wskazuje, że w sytuacji kiedy wykonanie zlecenia lekarskiego nie jest zgodne z kwalifikacjami ustawowymi — osoba wykonująca zawód położnej lub pielęgniarki — ma ustawowy obowiązek odmówić wykonania zlecenia lekarskiego zachowując tryb postępowania określony w art. 12-13 i art. 15 u.z.p.p.). Zasada ta ma oczywiście odniesienie do czynności medycznych wykonywanych bez zlecenia lekarskiego. Wykonanie czynności zawodowych przez osoby nie posiadające wymaganych kwalifikacji zawodowych stanowi podstawę odpowiedzialności cywilnej i zawodowej, w sytuacjach wskazanych w art. 84, art. 86. i art. 87 u.z.p.p.

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

Oczywiście nie są zupełnie pozabawione znaczenia uwagi dotyczące nakładania się kompetencji położnej i pielęgniarki w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych w przywołanych powyżej rozporządzeniach wykonawczych. Wypada uznać, że nawet jeżeli położna udziela świadczeń zdrowotnych zgodnie z zakresem przedmiotowym swojego zawodu, to nie oznacza to, że położna w żadnym wypadku nie może udzielić pomocy medycznej, np. mężczyźnie mającego atak padaczki. Taki obowiązek wynika z ogólnych zasad niesienia pomocy medycznej w stanach bezpośredniego zagrożenia życia lub zdrowia człowieka.

Nie zmienia to jednak faktu, że celem podejmowanych przez położne

działań medycznych jest w szczególności prowadzenie ciąży i porodu fizjologicznego, oraz monitorowanie płodu z wykorzystaniem aparatury medycznej, opieka nad położnicą oraz noworodkiem oraz opieka nad kobietą w obszarze ginekologii.

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

Wnioski

1. Przeniesienie położnej do pracy przez pracodawcę lub skierowanie przez wojewodę lub Ministra Zdrowia do opieki nad osobami zakażonymi wirusem SARS CoV-2,

innymi niż kobiety w ciąży, porodzie lub połogu lub objęcie opieką ginekologiczną jest niezgodne z posiadanymi przez nią kwalifikacjami zawodowymi.

2. Zgodnie z obowiązującym obecnie stanem prawnym położna może odmówić pracodawcy lub wojewodzie lub Ministrowi Zdrowia pracy na stanowisku pielęgniarki w celu opieki nad osobami zakażonymi wirusem SARS CoV-2.

3. Zawód pielęgniarki i zawód położnej to samodzielne dwa zawody medyczne, uregulowane w jednej ustawie. Identyfikacja, w jednym akcie prawnym uregulowano dwa różne zawody lekarskie: lekarza i lekarza dentystry.

4. „Zawód pielęgniarki” i „zawód położnej” są jednoznacznie zdefiniowane w przepisach ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej, poprzez arbitralne ustalenie określonych cech zawodu i przyjęcie rozwiązań regulujących sposób posługiwania się nazwą tych zawodów. Wybór cech zawodu pozwalającego odróżnić zawód pielęgniarki od innych zawodów medycznych, w tym od zawodu położnej dokonano w oparciu o ustalenia prawno-administracyjne.

5. Społeczny podział pracy na czynności pielęgniarskie i położnicze (tj. zbiór zdań), wynika przede wszystkim z przepisów prawnych regulujących warunki i zasady wykonywania tych zawodów.

6. Dana czynność może być uznana za pielęgniarskie świadczenie zdrowotne tylko wtedy, gdy jest ona profesjonalnie (zawodo-

wo) wykonywana (art. 4 u.z.p.p. oraz art. 17 ust. 1 pkt 3 u.dz.l.). Jeżeli pielęgniarskie świadczenie zdrowotne może być wykonywane wyłącznie przez osoby wykonujące zawód pielęgniarki, to w zakres tego pojęcia powinny wchodzić te czynności, do wykonywania których ta osoba posiada odpowiednie kwalifikacje zawodowe. Pielęgniarskie świadczenia zdrowotne mogą udzielać tylko osoby, na których ciąży obowiązek osobistego wykonywania zawodu.

7. Jeżeli osoby wykonujące zawód położnej, lekarza dentystry czy inny zawód medyczny miałyby być przeniesione do pracy przez pracodawcę lub skierowane przez wojewodę lub Ministra Zdrowia do opieki nad każdą osobą zakażoną wirusem SARS CoV-2 - niezbędne jest w tym zakresie podjęcie czynności w zakresie zapewnienia im stanowiskowych szkoleń i wprowadzenia zmian do obowiązującego porządku prawnego.

8. Zwracam uwagę, że nie ma obecnie podstaw prawnych, aby inne zawody medyczne udzielały świadczeń zdrowotnych pod nadzorem pielęgniarki.

9. Przypomnę, iż skierowanie do pracy lekarzy stażystów i lekarzy rezydentów wiązało się z koniecznością wprowadzenia stosownych zmian ustawowych. Nastąpiło to na podstawie ustawy z dnia 28 marca 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w zakresie systemu ochrony zdrowia związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, Dz.U.2020.567.

DODATKOWE WYNAGRODZENIE INFORMACJA Z NFZ

www.nfz.gov.pl

Dodatkowe wynagrodzenie dla personelu medycznego za pracę w jednym miejscu.

Medycy bezpośrednio zaangażowani w leczenie pacjentów z COVID-19 otrzymają dodatkowe wynagrodzenie. To rekompensata za pracę tylko w placówkach zajmujących się pacjentami zakażonymi lub podejrzanymi o zakażenie wirusem SARS-CoV-2. Wyjaśniamy, komu dokładnie przysługuje dodatek, w jakiej wysokości i jak wygląda droga do jego otrzymania.

Zmniejszając ryzyko szerzenia się epidemii koronawirusa, Ministerstwo Zdrowia wprowadziło ograniczenia w pracy pracowników medycznych w kilku miejscach. W zamian personel medyczny, który obok placówek leczących pacjentów z COVID-19, pracował w innych miejscach,

otrzyma dodatkowe wynagrodzenie. Jest ono rekompensatą za ograniczenie pracy medyków do jednego miejsca. Narodowy Fundusz Zdrowia odpowiada za przekazanie środków na dodatkowe wynagrodzenia do placówek medycznych.

Komu przysługuje dodatkowe wynagrodzenie?

Chodzi o osoby, które spełniają łącznie poniższe kryteria:

- wykonują zawód medyczny (m.in. lekarze, lekarze dentyści, pielęgniarki, ratownicy medyczni), które mają bezpośredni kontakt z pacjentami zakażonymi lub podejrzanymi o zakażenie wirusem SARS-CoV-2, w tym uczestniczą w transporcie tych pacjentów.

- pracują w placówkach medycznych, które zajmują się leczeniem chorych na COVID-19 (mowa o szpitalach jednoimiennych lub

szpitalach z oddziałem zakaźnym, czyli placówkach wpisanych do wykazu dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ, przygotowanych wspólnie z wojewodami.

Dodatkowe wynagrodzenie przysługuje pracownikom medycznym zatrudnionym na umowę o pracę lub umowę cywilno-prawną.

Ile wynosi rekompensata?

- 80% wynagrodzenia brutto otrzymywanego przez pracownika medycznego w innych miejscach pracy (poza szpitalem jednoimiennym) za marzec 2020 r. albo miesiąc poprzedzający ten, w którym pracownik został objęty ograniczeniem, albo

- 50% wynagrodzenia zasadniczego pracownika medycznego w szpitalu, w którym będzie objęty ograniczeniem za marzec 2020 r. W przypadku, gdy pracownik ten nie był

w tym czasie zatrudniony w danym szpitalu - 50% wysokości miesięcznego wynagrodzenia zasadniczego tej osoby w szpitalu na dzień udostępniania informacji.

Jednocześnie kwota rekompensaty:

- nie może być niższa niż 50% wynagrodzenia zasadniczego pracownika medycznego w szpitalu, w którym będzie objęty ograniczeniem za marzec 2020 r. W przypadku, gdy pracownik ten nie był w tym czasie zatrudniony w danym szpitalu - 50% wysokości miesięcznego wynagrodzenia zasadniczego tej osoby w szpitalu na dzień udostępniania informacji.
- oraz nie może być wyższa niż 10 tys. zł.

Skąd pochodzą środki na sfinansowanie dodatkowego wynagrodzenia?

Pieniądze na dodatkowe wynagrodzenie pochodzą z budżetu państwa, z części której dysponentem jest Minister Zdrowia.

Jak wygląda procedura przekazywania środków na dodatkowe wynagrodzenia do szpitali?

W pierwszym etapie szpitale jednoimienne lub szpitale z oddziałami zakaźnymi tworzą listy stanowisk pracowników medycznych, którzy mają bezpośrednią styczność z pacjentami zarażonymi lub podejrzanymi o zakażenie wirusem SARS-CoV-2. Następnie listy te trafiają do właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.

W kolejnym etapie, po uzyskaniu powyższych danych, oddział NFZ weryfikuje je. Po pozytywnej weryfikacji dyrektor oddziału podpisuje umowę z placówką medyczną, w której zobowiązuje się do przekazania tej placówce środków na dodatkowe wynagrodzenie.

Ponadto, obok wykazu stanowisk, placówki przesyłają do NFZ także:

- oświadczenia personelu medycznego, który ma prawo do otrzymania rekompensaty,

o wysokości ich miesięcznego wynagrodzenia (NFZ ma prawo do skontrolowania zgodności z prawdą tych oświadczeń)

- łączną kwotę środków, które zostaną zabezpieczone na dodatkowe wynagrodzenie, które uwzględnia koszty pracodawcy, czyli składki na ubezpieczenie społeczne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych i Fundusz Emerytur Pomostowych.

Środki przekazywane są na rachunek bankowy szpitala w terminie 3 dni roboczych od dnia otrzymania przez dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ kompletu dokumentów.

Jaka jest częstotliwość przekazania środków do placówek medycznych?

Pieniądze na dodatkowe wynagrodzenie są przekazywane miesięcznie, w razie konieczności z wyrównaniem.

PYTANIA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH I ODPOWIEDZI NIPIP W WARSZAWIE

www.nipip.pl

11 maja - Czy nowelizacja z dnia 18 kwietnia mówiąca m.in. o nieograniczonych godzinach nadliczbowych czy też zamknięciu na terenie podmiotu leczniczego dotyczy rodzica małego dziecka?

Odpowiedź z uzasadnieniem:

Art. 15 x ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych formułuje jedynie ogólne uprawnienie pracodawcy do wprowadzenia nielimitowanych godzin nadliczbowych i wskazywania miejsca odpoczynku, jak również ograniczenia standardów odpoczynku dobowego i tygodniowego bez wprowadzenia szczególnych regulacji dla matek karmiących. Wobec powyższego należy uznać, że w czasie epidemii nawet na wypadek skorzystania przez pracodawcę z uprawnień, o których mowa w przywołanym na wstępie przepisie, aktualne są gwarancje przewidziane w k.p. dla matek karmiących, o których mowa powyżej.

11 maja - Czy będąc na dyżurach 12 godzinnych przysługuje mi prawo do skrócenie czasu pracy w związku z karmieniem piersią?

Odpowiedź z uzasadnieniem:

Zgodnie z art. 186 z indeksem 7 par. 1 k.p. pracownik uprawniony do urlopu wychowawczego może złożyć pracodawcy pisemny wniosek o obniżenie jego wymiaru czasu pracy do wymiaru nie niższego niż połowa pełnego wymiaru czasu pracy w okresie, w którym mógłby korzystać z takiego urlopu. Pracodawca jest obowiązany uwzględnić wniosek pracownika. Natomiast zgodnie z art. 186. par. 1 i 2 k.p. pracownik zatrudniony co najmniej 6 miesięcy ma prawo do urlopu wychowawczego w celu sprawowania osobistej opieki nad dzieckiem. Do sześciomiesięcznego okresu zatrudnienia wlicza się poprzednie okresy zatrudnienia. Wymiar urlopu wychowawczego wynosi do 36 miesięcy. Urlop jest udzielany na okres nie dłuższy niż do zakończenia roku kalendarzowego, w którym dziecko kończy 6 rok życia. Specustawy związane z epidemią w tym art. 15 x ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych nie wyłączają skorzystania z opisanego powyżej uprawnienia.

11 maja - Czy będąc na dyżurach 12 godzinnych przysługuje mi przerwa lub

skrócenie czasu pracy w związku z karmieniem piersią?

Odpowiedź z uzasadnieniem:

Zgodnie z art. 187 par. 1 k.p. pracownica karmiąca dziecko piersią ma prawo do dwóch półgodzinnych przerw w pracy wliczanych do czasu pracy. Przerwy na karmienie mogą być na wniosek pracownicy udzielane łącznie w myśl art. 178 par. 2 k.p. pracownika opiekującego się dzieckiem do ukończenia przez nie 4 roku życia nie wolno bez jego zgody zatrudniać w godzinach nadliczbowych, w porze nocnej, w systemie przerywanego czasu pracy, jak również delegować poza stałe miejsce pracy. Zgodnie z art. 95 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej pracownicy zatrudnieni w podmiocie leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, mogą być zobowiązani do pełnienia w zakładzie leczniczym tego podmiotu dyżuru medycznego. Czas pełnienia dyżuru wlicza się do czasu pracy (art. 95 ust. 3 ustawy o działalności leczniczej) wlicza się do czasu pracy. Za dyżur medyczny przysługuje wynagrodzenie jak przewidziane w k.p. za pracę w godzinach nadliczbowych (art. 95 ust. 5 ustawy o działalności leczniczej). Mając powyższe na względzie, szczególne regulacje z ustawy

o działalności leczniczej nie wyłączają uznania pracy na dyżurze medycznym jako pracy w ramach godzin nadliczbowych. Tym samym podjęcie pracy w tym zakresie przez pracownika wychowującego dziecko do lat 4 wymaga jego zgody. Specustawy związane z epidemią w tym art. 15x ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych nie wyłączają skorzystania z opisanego powyżej uprawnienia.

11 maja - Czy obecnie pracodawca może odmówić mi urlopu wypoczynkowego bezpośrednio po urlopie macierzyńskim?

Zgodnie z art. 163 par. 3 k.p. pracownik bezpośrednio po zakończonym urlopie macierzyńskim może skorzystać z urlopu wypoczynkowego. Wystarczy wniosek pracownika, a pracodawca nie może się mu sprzeciwić. Powinien zostać on doręczony pracodawcy do czasu planowanego rozpoczęcia urlopu wypoczynkowego. Jednak w czasie epidemii w myśl art. 15x ust. 4 pkt. 2 ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych pracodawca ma prawo odmówić udzielenia urlopu wypoczynkowego pracownikowi służby zdrowia. Brak jednoznacznych podstaw, aby twierdzić, że pracodawca ma prawo obecnie decydować o przyznaniu lub odmowie przyznania urlopu wypoczynkowego bezpośrednio po urlopie macierzyńskim. Matka dziecka w wieku do 14 lat nie może być skierowana do pracy przy zwalczaniu epidemii w warunkach zagrożenia zakażeniem nawet w trybie administracyjnym (art. 47 ust. 3 pkt. 2b ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi). Tym samym nie sposób popierać interpretację, zgodnie z którą pracodawca mógłby odmówić jej prawa do wykorzystania urlopu wypoczynkowego bezpośrednio następującego po urlopie macierzyńskim, skoro taka osoba nie mogłaby zostać skierowana do pracy przy zwalczaniu epidemii w warunkach zagrożenia zakażeniem.

8 maja - Jak przedstawiają się zasady dotyczące rozkładu i czasu pracy, dyżurów medycznych i prawa do odpoczynku przy pracy pielęgniarce w podmiocie leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w czasie epidemii?

Odpowiedź z uzasadnieniem:

W myśl art. 15x ust. 1 pkt. 1 ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych

z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych pracodawca na czas trwania epidemii może zmienić system lub rozkład czasu pracy pracowników w sposób niezbędny dla zapewnienia ciągłości funkcjonowania przedsiębiorstwa lub stacji. Co więcej, ustawodawca przewidział nielimitowane godziny nadliczbowe (art. 15x ust. 1 pkt. 2 specustawy). Kontynuując, w myśl art. 15x ust. 1 pkt. 3 specustawy pracownicy ochrony zdrowia na czas epidemii mogą zostać objęci nakazem pozostania poza normalnymi godzinami pracy w gotowości do świadczenia pracy na terenie zakładu pracy. Wtedy normy odpoczynku dobowego i tygodniowego nie znajdują zastosowania. Co więcej, pracodawca może polecić realizację prawa odpoczynku w zakładzie pracy (art. 15x ust. 1 pkt. 4 specustawy). Do pozostawiania w gotowości do pracy należy stosować art. 98 ust. 1 i 3 ustawy o działalności leczniczej, zgodnie z którym za każdą godzinę pozostawiania w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych przysługuje wynagrodzenie w wysokości 50% stawki godzinowej wynagrodzenia zasadniczego. Zaś w przypadku wezwania stosuje się stawkę właściwą dla dyżuru medycznego, o którym mowa w art. 95 ust. 5 ustawy o działalności leczniczej w zw. z art. 151 z indeksem 1 par. 1-3 k.p., tj. z uwzględnieniem dodatku w wysokości 100% wynagrodzenia za pracę w nocy, niedziele i święta, będącymi dniami wolnymi od pracy, w dniu wolnym od pracy udzielonym za pracę w niedziele i święta, a w pozostałych przypadkach – 50% wynagrodzenia. Za czas odpoczynku realizowanego w miejscu pracy wynagrodzenie nie przysługuje.

7 maja - Jakie świadczenia przysługują mi jako pielęgniarce w wypadku zakażeniem przy pracy?

Odpowiedzi:

Zasiłek chorobowy oraz ewentualnie świadczenia związane z uznaniem zakażenia koronawirusem za chorobę zawodową. Uzasadnienie: W takim wypadku zgodnie z art. 4c ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych przysługuje zasiłek chorobowy, którego miesięczny wymiar wynosi 100% podstawy wymiaru zasiłku obliczonej na podstawie przepisów ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa. Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych wystosowała do Ministra Zdrowia apel o uznanie zakażenia koronawirusem jako chorobę

zawodową i wpisanie jej do listy zawartej w Rozporządzeniu Rady Ministrów wykazu chorób zawodowych. W odpowiedzi Minister Zdrowia wskazał, że istnieją podstawy do uznania zakażenia koronawirusem jako choroby zawodowej w drodze decyzji administracyjnej. Tym samym konieczne będzie przeprowadzenie odrębnego postępowania w tym zakresie. 7 maja - Jak przedstawia się sytuacja w przypadku w którym członek personelu medycznego został objęty jedynie nadzorem epidemiologicznym? Nadzór epidemiologiczny to inna forma działań władczych aparatu administracyjnego jakim należy się poddać niż izolacja w warunkach domowych, izolacja, czy kwarantanna. Nie zakłada ona ograniczenia w przemieszczaniu się, a zatem praca może być wykonywana (art. 2 pkt. 14 ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi). W związku z nadzorem epidemiologicznym specjalny zasiłek chorobowy nie przysługuje. W takim wypadku należne jest wynagrodzenie za pracę na normalnych zasadach z uwzględnieniem odmienności przewidzianych w art. 15x, o którym mowa powyżej. W myśl art. 15x ust. 1 pkt. 1 ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych pracodawca na czas trwania epidemii może zmienić system lub rozkład czasu pracy pracowników w sposób niezbędny dla zapewnienia ciągłości funkcjonowania przedsiębiorstwa lub stacji. Co więcej, ustawodawca przewidział nielimitowane godziny nadliczbowe (art. 15x ust. 1 pkt. 2 specustawy). Kontynuując, w myśl art. 15x ust. 1 pkt. 3 specustawy pracownicy ochrony zdrowia na czas epidemii mogą zostać objęci nakazem pozostania poza normalnymi godzinami pracy w gotowości do świadczenia pracy na terenie zakładu pracy. Wtedy normy odpoczynku dobowego i tygodniowego nie znajdują zastosowania. Co więcej, pracodawca może polecić realizację prawa odpoczynku w zakładzie pracy (art. 15x ust. 1 pkt. 4 specustawy). Do pozostawiania w gotowości do pracy należy stosować art. 98 ust. 1 i 3 ustawy o działalności leczniczej, zgodnie z którym za każdą godzinę pozostawiania w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych przysługuje wynagrodzenie w wysokości 50% stawki godzinowej wynagrodzenia zasadniczego. Zaś w przypadku wezwania stosuje się stawkę właściwą dla dyżuru medycznego, o którym mowa w art. 95 ust. 5 ustawy o działalności leczniczej w zw. z art. 151 z indeksem 1 par. 1-3 k.p., tj. z uwzględnieniem dodatku w wysokości 100% wynagrodzenia za pracę w nocy, niedziele i święta, będącymi dniami wolnymi od pracy, w dniu

wolnym od pracy udzielonym za pracę w niedzielę i święta, a w pozostałych przypadkach – 50% wynagrodzenia. Za czas odpoczynku realizowanego w miejscu pracy wynagrodzenie nie przysługuje.

7 maja - Czy podczas kwarantanny i izolacji mogę jako osoba zatrudniona w podmiocie leczniczym mogę wykonywać pracę?

Czy w przypadku wykonywania pracy podczas kwarantanny / izolacji przysługuje mi prawo do wynagrodzenia i zasiłku chorobowego?

Ustawodawca uregulował tę kwestię w art. 4c i art. 4b ust. 2 ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych. Przewidział jedynie możliwość pracy zdalnej na rzecz podmiotu leczniczego podczas poddania członka personelu

medycznego kwarantannie. W przypadku podjęcia tego rodzaju pracy nie traci on specjalnego zasiłku chorobowego w wymiarze 100% i przysługuje mu równocześnie wynagrodzenie z tytułu pracy zdalnej. Praca zdalna obejmuje teleporady. Wydaje się, że w przeciwnym wypadku zastosowanie znajdzie art. 17 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, zgodnie z którym w związku z podjęciem pracy podczas okresu zasiłkowego przepada prawo do zasiłku chorobowego. Pracownik jednak powinien zachować prawo do wynagrodzenia. Jeśli pracownik zgodnie z art. 15x ust. 1 pkt. 3 specustawy został objęty nakazem pozostania poza normalnymi godzinami pracy w gotowości do świadczenia pracy na terenie zakładu pracy to normy odpoczynku dobowego i tygodniowego nie znajdują zastosowania. Co więcej, pracodawca może polecić realizację prawa odpoczynku w zakładzie pracy (art. 15x ust. 1 pkt. 4 spec-

ustawy).

7 maja - Czy miejscem kwarantanny / izolacji może być miejsce pracy?

Nie, kwarantanna nie powinna odbywać się w miejscu pracy. Zgodnie z art. 2 pkt. 12 ustawy o zapobieganiu i zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi kwarantanna polega na odosobnieniu. Co więcej, winna odbywać się w odpowiednich pomieszczeniach zapewnionych przez wojewodę zgodnie z art. 33 ust. 7 powyżej wskazanej ustawy. Przepis art. 2 pkt. 40 ww. ustawy został uchylony z dniem 1 kwietnia 2020 r. Tym samym, powinna co do zasady odbywać się w odpowiednich miejscach odosobnienia (pomieszczeniach).

Pytania i odpowiedzi w nurtujących sprawach pielęgniarstwa i położnictwa znajdziesz na stronie internetowej Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych: www.nipip.pl

ZALECENIA KRAJOWEGO KONSULTANTA **W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA PEDIATRYCZNEGO DLA PIELĘGNIAREK ŚRODOWISKA NAUCZANIA I WYCHOWANIA/HIGIENISTEK SZKÓLNYCH / 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**

Dr n.med. Krystyna Piskorz-Ogórek

1. W przypadku podjętej decyzji Rządu o wznowieniu nauki w szkołach oraz wznowienia opieki w przedszkolach i żłobkach metodą tradycyjną oraz decyzji o wznowieniu opieki profilaktycznej nad uczniami w środowisku nauczania i wychowania realizowanej przez pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania/higienistki szkolne/pielęgniarki pediatryczne zaleca się następujące zasady postępowania.

2. Gabinet profilaktyczny powinien być wyposażony w środki do dezynfekcji powierzchni, środek do dezynfekcji rąk, rękawice diagnostyczne, maseczki chirurgiczne, maski z filtrem FFP2 lub FFP3, okulary ochronne lub przyłbice, fartuchy flizelinowe ochronne, fartuchy barierowe wodoodporne.

3. W ramach udzielanych świadczeń w gabinecie profilaktycznym powinien przebywać tylko jeden uczeń/dziecko, który powinien zdezynfekować ręce niezwłocznie po wejściu do gabinetu.

4. W czasie realizacji świadczeń profilaktycznych takich jak: realizacja

testów przesiewowych, sprawowanie opieki poprzemiejskowej oraz czynne poradnictwo nad uczniami/dziećmi z problemami zdrowotnymi, pielęgniarka poza rutynowymi zasadami higieny rąk, powinna zastosować następujące środki ochrony osobistej: maska chirurgiczna, okulary ochronne lub przyłbica, rękawice, jednorazowy fartuch flizelinowy.

5. W ramach udzielania pomocy przedlekarskiej w przypadku nagłych zachorowań, urazów i zatruc oraz sprawowania opieki nad uczniami z chorobami przewlekłymi i niepełnosprawnością, w tym w ramach realizacji świadczeń pielęgniarstwa, zabiegów i procedur leczniczych koniecznych do wykonania u ucznia w trakcie pobytu w szkole, pielęgniarka poza rutynowymi zasadami higieny rąk, powinna zastosować następujące środki ochrony osobistej: maska chirurgiczna, okulary ochronne lub przyłbica, rękawice, jednorazowy fartuch flizelinowy.

6. Realizowany przez pielęgniarkę/higienistkę program edukacji zdrowotnej, powinien poza standardowymi

treściami, zawierać przede wszystkim zasady minimalizacji ryzyka transmisji infekcji wirusowych w tym infekcji koronawirusem SARS-CoV-2. Szkoła/przedszkole/żłobek powinny zabezpieczyć środki do dezynfekcji rąk dla uczniów/dzieci/ opiekunów i pracowników.

7. W kontaktach bezpośrednich (innych niż udzielanie świadczeń zdrowotnych) w środowisku szkoły/przedszkola/żłobka należy przestrzegać dystansu min. 1,5- 2 m. W kontaktach z gronem pedagogicznym, rodzicami w miarę możliwości minimalizować kontakty bezpośrednie zamieniając je na porady telefoniczne. W kontaktach bezpośrednich stosować maskę chirurgiczną.

8. Należy opracować zasady sprzątnięcia gabinetu profilaktycznego i dezynfekcji powierzchni (w tym m.in. dezynfekcja blatów, klamek, używanego sprzętu medycznego, telefonu z częstotliwością 2 razy dziennie). Nie stosować aerozoli. Stosować częste wietrzenie gabinetu.

9. W przypadku stwierdzenia objawów infekcji sugerujących podejrzenie

zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2 u ucznia, pracownika szkoły/przedszkola/żłobka tj. gorączka pow. 38 stopni, kaszel, duszność, inne objawy infekcji górnych dróg oddechowych, należy skierować osobę chorą do domu oraz zalecić kontakt z odpowiednim Powiatowym Inspektorem Sanitarnym, który pokieruje dalszym postępowaniem oraz zgłosić podejrzenie telefonicznie do Powiatowego Inspektora Sanitarnego. Sposób postępowania z osobami z kontaktu określa Powiatowy Inspektor Sanitarny, z którym pielęgniarka i dyrektor szkoły/przedszkola/żłobka powinni być w kontakcie i realizować jego zalecenia. W przypadku wymagającym pilnej interwencji medycznej należy zadzwonić pod nr

112- dyspozytor podejmie decyzję o transporcie pacjenta dedykowanym transportem „COVID-19”. Ucznia należy odizolować do czasu przybycia opiekuna. Pielęgniarka/higienistka powinna polecić uczniowi/pracownikowi szkoły/przedszkola/żłobka nałożenie maseczki. Dyrektor szkoły/przedszkola/żłobka powinien wyznaczyć pokój, w którym uczeń/dziecko będzie odizolowane do czasu przybycia opiekuna. Uczeń/dziecko/pracownik nie powinien opuszczać budynku podczas przerwy międzylekcyjnej lub jeśli to możliwe opuścić budynek innym wyjściem znajdującym się najbliżej pokoju, w którym został odizolowany. Pomieszczenie, po opuszczeniu go przez ucznia/dziecko, powinno być zdezynfekowane

i przewietrzone.

10. Podczas udzielania świadczeń u ucznia/dziecka/pracownika, u którego objawy sugerują podejrzenie zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2, pielęgniarka poza rutynowymi zasadami higieny rąk, powinna zastosować następujące środki ochrony osobistej: maska z filtrem FFP2 lub FFP3, okulary ochronne lub przyłbica, rękawice, jednorazowy fartuch barierowy wodoodporny.

11. Nie rekomenduje się stosowania u uczniów profilaktyki fluorkowej metodą nadzorowanego szczotkowania zębów preparatami fluorkowymi w warunkach szkolnych.

XV KONKURS „PIELĘGNIARKA ROKU 2019” LAUREACI Z ŹSK

Konkurs jest projektem Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego realizowany nieprzerwanie od kilkunastu lat. Celem Konkursu jest wyłonienie i nagrodzenie pielęgniarek/pielęgniarzy – liderów osób o najlepszym przygotowaniu zawodowym, etycznym i zaangażowaniu na rzecz środowiska pielęgniarskiego. Konkurs ma zasięg ogólnokrajowy. Objęty był patronatem Ministra Zdrowia i Prezesa Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych. Na terenie naszego województwa konkurs został objęty patro-

natem Marszałka Województwa Dolnośląskiego oraz patronatem Przewodniczącej Dolnośląskiej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu.

Finalistami etapu wojewódzkiego zostały dwa projekty:

I/Z Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu Temat projektu: “Zespół wczesnego reagowania” w celu poprawy funkcjonowania systemu reagowania w przypadku pogorszenia się stanu zdrowia pacjentów przebywających na oddziałach

Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu Lider i autor mgr Elżbieta Ostrowska Autor i koordynator mgr Tomasz Ramus

II/Z Dolnośląskiego Centrum Chorób Płuc we Wrocławiu temat projektu: Nowa jakość oceny i opieki pielęgniarskiej pacjenta z POCHP stosującego nieinwazyjną wentylację mechaniczną w ramach pododdziału Nieinwazyjnej Wentylacji Mechanicznej. Lider i autor mgr Joanna Kosiorek Członek zespołu mgr Violeta Jasicka



ZESPÓŁ WCZESNEGO REAGOWANIA

mgr piel. Elżbieta Ostrowska - pielęgniarka oddziałowa Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii USK we Wrocławiu, specjalistka w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki,
mgr piel. Tomasz Ramuś - koordynator pracy pielęgniarek i ratowników medycznych ZWR, certyfikowany ALS Provider, pielęgniarz anestezjologiczny, pracuje na Oddziale Intensywnej Terapii USK we Wrocławiu

Wprowadzenie Zespołu Wczesnego Reagowania stanowi interwencję o charakterze jakościowym, poprawiającą bezpieczeństwo i poziom opieki nad pacjentami oraz komfort pracy personelu medycznego.

W skład ZWR wchodzi pielęgniarka/pielęgniarz, lekarz specjalista i lekarz rezydent.

Każdy z członków zespołu posiada własny numer telefonu, na który każdy z pracowników szpitala może zgłosić wezwanie. Na każdym z oddziałów oraz na ciągach komunikacyjnych zostały porożewszane algorytmy postępowania w razie pogorszenia stanu zdrowia oraz numery telefonów – jeden z numerów łatwy do zapamiętania.

Polski system opieki szpitalnej charakteryzuje się znaczną niezależnością poszczególnych oddziałów oraz głębokim niedoborem stanowisk opieki o wzmożonym nadzorze (OIT, intensywnej opieki kardiologicznej, intensywnego nadzoru). Dlatego uzasadnione jest poszukiwanie rozwiązań umożliwiających lepszą komunikację pomiędzy oddziałami, optymalne gospodarowanie tego typu zasobami i, tam gdzie jest to możliwe i racjonalne, intensyfikację leczenia na oddziale macierzystym.

Problemy takie jak brak rozwiązań systemowych w zakresie wczesnej identyfikacji pacjentów z gwałtownym pogorszeniem stanu zdrowia, przerzucenie odpowiedzialności za pacjenta na zespół interwencyjny, zbyt późna reakcja personelu pielęgniarzkiego i lekarskiego na systematyczne pogorszenie się stanu zdrowia, niedostateczna ilość sprzętu pozwalającego na wczesną identyfikację pogarszającego się stanu zdrowia, duże skupisko osób jednocześnie przebywających w jednym miejscu spowodowało konieczność powołania Zespołu Wczesnego Reagowania.

System ZWR składa się z dwóch podstawowych elementów, czyli zespołu ratunkowego złożonego z pracowników oddziału intensywnej terapii i współpracującego personelu opiekującego się pacjentem na oddziale. Tworzenie takiego systemu znacznie poprawia bezpieczeństwo zarówno personelu pielęgniarzkiego, jak i pacjentów oraz ich rodzin.

Jednym z podstawowych filarów prawidłowo działającego ZWR jest personel pielęgniarzki, zarówno pielęgniarki z Oddziału Intensywnej Terapii jak i oddziału macierzystego.

Podstawową czynnością pomagającą w osiągnięciu nadrzędnego celu jakim jest zwiększenie bezpieczeństwa pacjenta jest rutynowa i systematyczna obserwacja połączona z badaniem fizykalnym i pomiarem podstawowych parametrów życiowych przez personel, który najczęściej obserwuje pacjenta – pielęgniarki i pielęgniarki lub ratowniczkę i ratowników oddziałów macierzystych. To właśnie te osoby na bieżąco monitorują stan pacjenta, np. podczas podawania leków, czynności pielęgnacyjnych, edukacyjnych i terapeutycznych, dlatego tak ważna jest ich rola w ZWR. Ponadto często pielęgniarki/pielęgniarki, ratowniczkę/ratownicy są nieformalnymi koordynatorami pracy całego personelu, trzymając rękę na pulsie „organizmu” – oddziału. Po pierwsze, wspomniana często obserwacja pozwoli najwcześniej zasygnalizować zmianę stanu zdrowia, po drugie podczas rutynowych pomiarów, np. ciśnienia tętniczego, glikemii, osoba ta ma możliwość oznaczenia dodatkowych parametrów klinicznych lub laboratoryjnych oraz, po trzecie, ze względu na swoją wiedzę dotyczącą stanu technicznego oddziału może poradzić sobie z zapewnieniem i przygotowaniem niezbędnego sprzętu, który może być potrzebny podczas interwencji. Jedną z osób uprawnionych do wezwania ZWR jest pielęgniarka/pielęgniarz lub ratowniczkę/ratownik oddziału macierzystego, wychodząc z założenia że „nie ma złych wezwań”. Może to zrobić na podstawie oznaczonych wcześniej parametrów życiowych czy ogólnej oceny stanu zdrowia pacjenta. Po wezwaniu zobowiązana jest do zabezpieczenia dostępu naczyniowego, możliwości tlenoterapii oraz odsysania, np. dróg oddechowych. Podczas wizyty ZWR staje się równoprawnym, dodatkowym uczestnikiem zespołu i czynnie bierze udział w czynnościach terapeutycznych, dlatego ich rola jest nieoceniona.

Ponadto należy zaznaczyć rolę pielęgniarki/pielęgniarza i ratownika medycznego ZWR. Do ich obowiązków

należy uczestnictwo w wezwaniach zespołu i asystowanie lekarzowi ZWR podczas konsultacji. W przypadku NZK ich zadaniem jest zabezpieczenie dostępu naczyniowego, przygotowanie zabezpieczenia i uczestnictwo w zabezpieczeniu drożności dróg oddechowych, uciskaniu klatki piersiowej, pobieraniu krwi, podaży leków. Poza tym pielęgniarka/pielęgniarz i ratownik medyczny ZWR uczestniczy samodzielnie w interwencji w przypadku wezwań natury pielęgniarzkiej, tj. wklucie obwodowe, kontrola respiratora, NIV, często osoba ta proszona jest na konsultację w celu wyjaśnienia pewnych kwestii, niepokojących personel oddziału macierzystego, np. zbyt częste alarmy aparatury, dokonanie oceny układu oddechowego u pacjenta wentylowanego. Zadania edukacyjne osiągane są poprzez wizyty pielęgniarki ZWR u pacjentów wypisanych z OIT do 48 godzin, oraz poprzez wizyty i konsultacje pielęgniarzkie, na zapotrzebowanie których zgłaszają pielęgniarki z wszystkich oddziałów działających w USK.

Można więc, wyłonić dodatkowy cel ZWR – wykorzystanie kompetencji i możliwości samodzielności działania pielęgniarek i ratowników, a także satysfakcja i zadowolenie z wykonywanych obowiązków.

Koordynator z ramienia pielęgniarek ZWR ma w swoich zadaniach cykliczne szkolenia w zakresie postępowania w stanach zagrożenia życia, szkolenia te skierowane są do wszystkich pracowników Szpitala.

W celu podniesienia efektywności działania zespołu ZWR oddziału zostały wyposażone w wózki interwencyjne, a sam ZWR w sprzęt ratujący życie oraz własny jezdny wózek interwencyjny.

Promowanie systemu Zespołu Wczesnego Reagowania odbywa się poprzez plakaty, artykuły w biuletynach informacyjnych.

NOWA JAKOŚĆ OPIEKI

PIELĘGNIARSKIEJ U PACJENTA Z POCHP STOSUJĄCEGO NIEINWAZYJNĄ WENTYLACJĘ MECHANICZNĄ

mgr Joanna Kosiorek
mgr Violeta Jasicka

W Dolnośląskim Centrum Chorób Płuc w pododdziale Nieinwazyjnej Wentylacji Mechanicznej (NWM) wdrożono nowoczesne metody leczenia i opieki pielęgniarskiej pacjentów z przewlekłą niewydolnością oddechową, w tym z POCHP. Nowa jakość oceny i opieki realizowana jest przez wysoko wykwalifikowany zespół pielęgniarski, który wykorzystując wiedzę, doświadczenie, umiejętności realizuje nowe podejście do leczenia i pielęgnowania pacjentów. Zaangażowanie w pracę całego zespołu, empatia i wrażliwość na drugiego człowieka wpływa na osiągnięcie wysokiej jakości opieki. Wypożyczony pododdział w stanowiska monitorowania pacjenta, nowoczesny sprzęt i aparatura umożliwia prowadzenie oceny pacjentów i opieki pielęgniarskiej wg nowoczesnych standardów. Pielęgniarki pracujące na Pododdziale NWM przygotowują pacjenta, jego rodzinę do stosowania tej metody leczenia – Nieinwazyjnej Wentylacji Mechanicznej. To od pielęgniarek w dużej mierze zależy jak pacjent przebywający na sali NWM zaakceptuje tę formę terapii, jak poradzi sobie ze swoimi ograniczeniami, czy będzie umiał, chciał i potrafił stosować tę formę leczenia, która w większości przypadków jest kontynuowana w domu. Motywowanie i wspieranie pacjenta w trakcie terapii wpłynie na efekty leczenia, akceptację choroby oraz dostosowanie się do wynikających z jej specyfiki ograniczeń. Dzięki takiemu podejściu chory dostrzega pozytywne aspekty leczenia, jak zmniej-

szenie duszności, minimalizację kaszlu, zwiększenie tolerancji wysiłku, a także poprawę snu nocnego. Pacjenci na początku terapii nie posiadają wiedzy o tej metodzie leczenia, nie znają specjalistycznego sprzętu i jego działania. Rolą pielęgniarki jest całodobowe objęcie opieką chorego, nadzorowanie i korygowanie przebiegu terapii z zastosowaniem Nieinwazyjnej Wentylacji Mechanicznej, współpraca z lekarzem w czasie leczenia.

Doświadczony zespół pielęgniarek zabezpiecza kompleksowo potrzeby pacjentów i we właściwy sposób reaguje na niepokojące objawy zgłaszane przez nich. Nieoceniona rola i zaangażowanie pielęgniarek jest w pierwszych dwóch dobach leczenia. Po tym czasie pacjenci wykazują większą akceptację tej metody leczenia, odczuwając poprawę w oddychaniu i lepsze samopoczucie. W czasie pobytu na pododdziale pacjenci mają zapewnioną potrzebę bezpieczeństwa, profesjonalne wsparcie i opiekę ze strony zespołu pielęgniarskiego i lekarskiego. Dzięki zastosowaniu tej metody opieki i leczenia czas pobytu pacjentów w szpitalu znacznie się skraca, poprawia się ich jakość życia oraz zmniejsza się konieczność intubacji i leczenia na OIT.

Celem nowego podejścia do leczenia i opieki pacjentów z POChP z zastosowaniem Nieinwazyjnej Wentylacji Mechanicznej jest przygotowanie go do akceptacji tej metody leczenia, motywowanie i wspieranie chorego, nauka samoobserwacji i akceptacji choroby. Pododdział Nieinwa-

zyjnej Wentylacji Mechanicznej Pododdział Nieinwazyjnej Wentylacji Mechanicznej W Dolnośląskim Centrum Chorób Płuc we Wrocławiu, na pododdziale Intensywnego Nadzoru Pulmonologicznego w terminie od 30 września 2018 do 31 stycznia 2019 r. przeprowadzono badania w zakresie akceptacji pacjentów nowoczesnej terapii przy przyjęciu i przy wypisie. Badaniami objęto 47 pacjentów z POChP, w tym 25 kobiet, stosujących nieinwazyjną wentylację mechaniczną (NWM) oraz 22 mężczyzn,



Pododdział Nieinwazyjnej Wentylacji Mechanicznej

objętych tą samą metodą leczenia. Ocenę akceptacji choroby przeprowadzono dwukrotnie: przy przyjęciu pacjenta do szpitala i przy wypisie. Do oceny przystosowania pacjenta z POChP, stosującego NWM wykorzystano następujące narzędzia badawcze: skalę akceptacji choroby (AIS), skalę satysfakcji z życia (SWLS) oraz własne skale: skalę oceny komfortu leczenia (SKL-7) i skalę oceny efektów leczenia (SEL7). Skale satysfakcji z życia, oceny komfortu leczenia i oceny efektów leczenia również przeprowadzono dwukrotnie, przy przyjęciu i wypisie. Zaproponowane skale komfortu leczenia (SKL-7) i efektów leczenia (SEL-7) okazały się być prostymi narzędziami badawczymi i z powodzeniem mogą być stosowane do oceny aspektów leczenia POChP metodą nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej. Zaobserwowano różnice w akceptacji choroby, satysfakcji z życia, komfortu leczenia i efektów leczenia przy przyjęciu i przy wypisie. Przy przyjęciu większość pacjentów nie akceptowała choroby, nie odczuwała satysfakcji z życia, nie dostrzegała komfortu i efektów leczenia. Przy wypisie obserwowano odwrotną sytuację, gdzie większość chorych akceptowała swoją jednostkę chorobową, odczuwała satysfakcję z życia, nie miała dyskomfortu podczas leczenia i widziała efekty z przeprowadzonej terapii. Zaobserwowano, że na poziom akceptacji choroby nie ma wpływu wiek, płeć,



Zespół pielęgniarek i Zastępca Kierownika pododdziału Nieinwazyjnej Wentylacji Mechanicznej dr n.med. Beata Chmielowicz-Frontczak.



jednostki chorobowe. Udowodniono, że zarówno komfort i efekty leczenia zależą w istotny sposób od poziomu akceptacji choroby. Im wyższy poziom akceptacji choroby tym pacjent odczuwa większy komfort i efekty leczenia. Pacjent, który widzi efekty leczenia, akceptuje tę metodę terapii, zaczyna inaczej postrzegać swoją chorobę i dotychczasowe życie. Jest mu łatwiej przechodzić przez trudy nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej. Pacjenci ci dostrzegają, że mają większą tolerancję wysiłku, lepiej śpią w nocy, nie odczuwają duszności, również rzadziej mają zaostrzenia choroby. Zaangażowanie całego zespołu terapeutycznego, współpraca pomiędzy pielęgniarkami, przekazywanie informacji, pogłębianie i poszerzanie wiedzy w zakresie realizacji oceny i opieki pielęgniarskiej ewoluowało, nabierało kształtu. Dziesięcioletni dorobek i zdobywane doświadczenie pozwoliło zespołowi wypracować i doskonaląc jakość opieki nad pacjentem stosującym nieinwazyjną metodę leczenia.

W Europie, Nieinwazyjna Wentylacja Mechaniczna (NWM) prowadzona jest w oddziałach chorób płuc w tzw. oddziałach o pośrednim stopniu intensywności opieki, która to w dużej mierze wyparła stosowanie wentylacji inwazyjnej, obciążonej powikłaniami i bardzo kosztownej. W krajach Europy Zachodniej i Ameryki Północnej NWM jest leczeniem pierwszego wyboru u 30–60% chorych z niewydolnością oddychania. Od około 30 lat, specjaliści w dziedzinie chorób płuc w całej Europie stosują wentylację nieinwazyjną z wykorzystaniem maski zakładanej na nos lub nos i usta połączonej z respiratorem.

W Polsce dzięki realizacji programu „Krajowy program Zmniejszania Umieralności z Powodu Przewlekłych Chorób Płuc Poprzez Tworzenie Sal Nieinwazyjnej Wentylacji Mechanicznej (NWM) na lata 2016-2019”, upowszechniana została ta forma leczenia pacjentów z niewydolnością oddechową. Założeniem tego programu było zmniejszenie śmiertelności oraz poprawy jakości życia chorych z przewlekłą niewydolnością oddychania.

Mieszkańcy Dolnego Śląska a także kraju są odbiorcami innowacyjnych metod leczenia i opieki pielęgniarskiej z przewlekłą niewydolnością oddechową, w tym z POCHP, u których stosowana jest metoda nieinwazyjnej wentylacji mecha-

nicznej (NWM), niejednokrotnie kontynuowana w leczeniu domowym. Pośrednio również odbiorcą jest rodzina chorego, która współuczestniczy w terapii.

Początki stosowania nowoczesnych standardów leczenia i opieki z zastosowaniem NWM sięgają roku 2009. Nowe rozwiązania były możliwe do realizacji dzięki udziałowi szpitala w Krajowym Programie Zmniejszania Umieralności z Powodu Przewlekłych Chorób Płuc Poprzez Tworzenie Sal Nieinwazyjnej Wentylacji Mechanicznej (NWM) na lata 2016-2019, którego efektem było rozbudowanie we wrześniu 2018 pododdziału Intensywnego Nadzoru Pulmonologicznego z 5 stanowisk do 8. Doposażono pododdział w komfortowe wielofunkcyjne łóżka, kardiomonitoring, 5 respiratorów Trilogy 100, jeden respirator Trilogy 202, 2 respiratory A40, 2 Auto Cepapy, 4 pompy infuzyjne, 4 wysoko wydajne inhalatory, 2 poligrafy, kapnograf i polisomnograf. Pielęgniarki systematycznie poprawiają standardy i jakość opieki nad pacjentami poprzez opracowanie i wdrażanie nowych standardów i wskazówek dla pacjentów. Sprzęt wraz z osprzętem do nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej.



Sprzęt wraz z osprzętem do nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej.

Dolnośląskie Centrum Chorób Płuc dla potrzeb rozwoju pododdziału Nieinwazyjnej Wentylacji Mechanicznej przystąpiło do realizacji programu i pozyskało środki z Ministerstwa Zdrowia na uruchomienie i wyposażenie 8 nowoczesnych stanowisk leczenia pacjentów z niewydolnością oddechową. Dodatkowym wsparciem finansowym było pozyskanie funduszy z walki ze smogiem z Wojewódzkiego Funduszu Ochrony Środowiska i Gospodarki Wodnej we Wrocławiu a także przy wykorzystaniu środków własnych kompleksowo przebudowano i zmodernizowano pododdział NWM.

Nowoczesne metody leczenia i opieki pielęgniarskiej pacjentów z przewlekłą niewydolnością oddechową, w tym z POCHP wpłynęły na odnotowanie na Dolnym Śląsku jednego z najniższych wskaźników śmiertelności. W Polsce kształtuje się na poziomie 5,6%. Stosowanie metody NWM i kluczowej roli pielęgniarki w procesie przygotowania pacjenta do

terapii, motywowanie, wsparcie i edukacja w pokonywaniu trudności wpływają na zmniejszenie ryzyka zgonu pacjenta. NWM jest metodą ratującą życie pacjentowi, dzięki niej zmniejsza się ilość hospitalizacji z powodu zaostrzeń choroby, ilość powikłań, zakażeń oraz wpływa na zmniejszenie kosztów leczenia. Stosowane innowacyjne metody realizacji oceny i opieki pielęgniarskiej wg nowoczesnych standardów leczenia niewydolności oddechowej zapewniają pacjentom wsparcie, fachową opiekę, poczucie bezpieczeństwa i wpływają na poprawę komfortu i jakości życia pacjenta i rodziny. Poprawia się również satysfakcja pacjenta z efektów leczenia i opieki pielęgniarskiej.

Mgr Joanna Kosiorek, jest pielęgniarką z 30 - letnim stażem, pracuje nieprzerwanie w Dolnośląskim Centrum Chorób Płuc od 1 października 1990r. Przez 20 lat pracowała na oddziale pulmonologicznym, a od 10 lat pracuje na pododdziale Nieinwazyjnej Wentylacji Mechanicznej. W tym czasie ukończyła specjalizację z anestezyjologii i intensywnej opieki oraz studia magisterskie na kierunku pielęgniarstwo. Jest członkiem 14-o osobowego zespołu pielęgniarskiego pododdziału Nieinwazyjnej Wentylacji Mechanicznej. Pielęgniarka Koordynująca to mgr Violeta Jasicka. Lekarzem kierującym jest dr nauk medycznych Beata Chmielowicz-Frontczak. Zespół cechuje wrażliwość, umiejętność radzenia sobie w trudnych sytuacjach, duże zaangażowanie w pracę, rozwój osobisty, empatia, zrozumienie dla drugiego człowieka.

Skonstruowana innowacja „Nowa jakość oceny i opieki pielęgniarskiej pacjenta z POCHP, stosującego Nieinwazyjną Wentylację Mechaniczną w ramach pododdziału Nieinwazyjnej Wentylacji Mechanicznej” powstała w oparciu o doświadczenie zdobyte na przestrzeni 10 lat pracy na tymże oddziale. Projekt jest poparty wieloletnią obserwacją i współpracą między członkami zespołu. W innowacji wykorzystano własne skale badawcze: Skalę Komfortu Leczenia (SKL) oraz Skalę Efektu Leczenia (SEL), które umożliwiły dokonanie oceny akceptacji leczenia pod kątem działań pielęgniarskich wśród pacjentów.

CZY ISTNIEJE DIETA PRZECIWZAPALNA?

dr n. med. Anna Felińczak



Stan zapalny jest podstawową odpowiedzią immunologiczną, która umożliwia przetrwanie podczas infekcji lub urazu i utrzymuje homeostazę tkanek w różnych szkodliwych warunkach. Celem reakcji zapalnej jest usunięcie patogenu z organizmu. Natomiast sam przebieg zapalenia uzależniony jest od zdolności adaptacyjnych organizmu, które zapobiegają nadmiernemu rozwojowi zapalenia. Istnieją dwa główne rodzaje stanów zapalnych: zapalenie ostre i przewlekłe. Uszkodzenie tkanek w wyniku urazu, inwazji mikrobiologicznej lub szkodliwych związków wywołuje ostre zapalenie. Wśród najwcześniejszych reakcji na uszkodzenie tkanki są zmiany w anatomii i funkcji mikrokrążenia. Przewlekłe zapalenie to zapalenie o przedłużonym czasie trwania (tygodnie do miesięcy lub lat), w którym aktywne zapalenie, uszkodzenie tkanki i gojenie przebiegają jednocześnie. Histologicznie charakteryzuje się infiltracją komórek jednojądrzastych, w tym makrofagów, limfocytów i komórek plazmatycznych, niszczeniem tkanek przez produkty komórek zapalnych oraz naprawą angiogenezy i zwłóknienia. Odpowiedź zapalna jest skoordynowaną aktywacją szlaków sygnałowych, które regulują poziomy mediatora stanu zapalnego w komórkach tkankowych i komórkach zapalnych rekrutowanych z krwi. Zapalenie jest częstą patogenezą wielu chorób przewlekłych, w tym chorób sercowo-naczyniowych i jelit, cukrzycy, zapalenia stawów oraz raka. Zwykle podczas ostrych odpowiedzi zapalnych zdarzenia, interakcje komórkowe i molekularne skutecznie minimalizują zbliżające się uszkodzenie lub infekcję. Ten proces łagodzenia przyczynia się do przywrócenia homeostazy tkanek i ustąpienia ostrego stanu zapalnego. Jednak niekontrolowane ostre zapalenie może stać się przewlekłe. W rozwoju współczesnych chorób cywilizacyjnych takich jak: choroba wieńcowa, otyłość, cukrzyca, RZS, POCHP, nowotwory czy depresję, podkreśla się wpływ na ich rozwój toczącego się w organizmie stanu zapalnego. Do rozwoju przewlekłego stanu zapalnego w dużej mierze przyczynia się styl życia a z nim związany sposób odżywiania się. Zwłaszcza tzw. zachodnie wzorce żywieniowe zostały powiązane z potencjałem prozapalnym. Ten wzór obejmuje

żywność bogatą w cukier, rafinowane ziarna, czerwone i przetworzone mięso oraz smażone potrawy, zwłaszcza smażone ziemniaki.

Szacuje się, że dzięki zdrowej diecie można zapobiec 60% chorób przewlekłych. Jedzenie nie tylko może zmniejszyć ryzyko rozwoju stanu zapalnego, ale może również pomóc w zmniejszeniu i rozwiązaniu stanu zapalnego, który już występuje.

Dieta przeciwzapalna to ogólna nazwa odpowiedniego podejścia do żywienia, aby zmniejszyć stan zapalny i związany z nim ból. Jednym z przykładów przeciwzapalnego sposobu odżywiania jest tradycyjna dieta śródziemnomorska, która jest wzorcem dietetycznym inspirowanym przez niektóre kraje basenu Morza Śródziemnego. Dieta ta jest bogata w owoce, warzywa, rośliny strączkowe, orzechy, oliwę z oliwek i ryby. Ważne jest również spożywanie pełnych ziaren i błonnika pokarmowego. Modulacja stanu zapalnego może być główną ścieżką do uwzględnienia obserwowanych związków między dietą a chorobami związanymi z dietą. W tabeli nr 1 przedstawiono wybrane produkty charakterystyczne dla diety przeciwzapalnej i prozapalnej.

Tabela 1. Wybrane produkty charakterystyczne dla diety przeciwzapalnej i prozapalnej

Dieta przeciwzapalna	Dieta prozapalna
Ryby, chude mięso	Czerwone mięso
Kwasy omega-3	Kwasy omega-6
Warzywa	Tłuszcze trans
Owoce	Tłuszcze nasycone
Produkty pełnoziarniste	Produkty z wysokim indeksem glikemicznym
Orzechy i nasiona	Alkohol
Zioła i przyprawy (np. kurkuma, rozmaryn, imbir, oregano, goździk, kminek, cayenne, boswellia)	Rafinowane cukry
Oliwa z oliwek	Słone przekąski
Produkty bogate w błonnik	Wysoko przetworzone produkty

Bezpośrednio do inicjacji stanu zapalnego prowadzić może zwiększone spożycie węglowodanów prostych przy nieprawidłowej proporcji kwasów n-3 i n-6, która powinna wynosić 1:4-1:5. Połączenie produktów bogatych w kwas linolowy oraz węglowodanów o wysokim indeksie glikemicznym uznaje się za niekorzystne, ponieważ stymulowane przez insulinę desaturazy

katalizują szlak przemian kwasu linolenowego do prozapalnego kwasu arachidonowego (AA). Pokarmy o wysokim IG, które są wysoko rafinowanymi węglowodanami i/lub węglowodanami o małej zawartości błonnika, są jednym z głównych czynników dietetycznych wpływających na stan zapalny. Prospektywne badanie przeprowadzone w Australii wśród kobiet po menopauzie wykazało, że ryzyko śmierci z powodu chorób zapalnych, w tym chorób układu pokarmowego, oddechowego, układu nerwowego i zaburzeń endokrynologicznych, było prawie trzy razy większe wśród kobiet stosujących dietę o wysokim IG w porównaniu z kobietami stosującymi dietę o niskim IG. Z kolei spożywanie diety o niskim IG wiąże się z niższym poziomem markerów prozapalnych, takich jak inhibitor aktywatora plazminogenu-1 (PAI-1), białko C-reaktywne (CRP) i czynnik martwicy nowotworów α (TNF- α).

Zaobserwowano, że spożycie błonnika pokarmowego przynosi również korzyści w procesach zapalnych, które były związane z chorobami przewlekłymi, takimi jak zespół metaboliczny, otyłość, cukrzyca typu 2, rak i choroby sercowo-naczyniowe.

Zaburzenia te są silnie związane ze stylem życia w świecie zachodnim i ze zwiększonym spożyciem przetworzonej (rafinowanej) żywności, większą ilością tłuszczu i zmniejszonym spożyciem błonnika. W badaniu obserwacyjnym Women's Health Initiative (13 745 mężczyzn i kobiet w USA) wykazano, że wyższe spożycie błonnika (24,7 g/dzień) było związane

z niższym stężeniem IL-6 i TNFR2 (ang.: tumor necrosis factor receptor 2) w osoczu w porównaniu z grupą przyjmującą najmniej błonnika (7,7 g/dzień). Diety bogate w błonnik pomagają zmniejszyć stan zapalny. Dobry poziom to około 30 gramów dziennie, najlepiej z diety bogatej w pełne ziarna, owoce i warzywa.

Spadek przeciwzapalnych czynników ochronnych powiązany jest z niską konsumpcją kwasów tłuszczowych z rodziny n-3 oraz polifenoli. Kwasy tłuszczowe działają bezpośrednio na centralny układ nerwowy i wpływają na przyjmowanie pokarmu, wrażliwość na insulinę i wrażliwość na leptynę. Diety wysokotłuszczowe bogate w kwasy tłuszczowe n-6, podobnie jak w obecnych dietach zachodnich, zwiększają ryzyko oporności na leptynę, cukrzycy i otyłości.

Ponieważ wysoki stosunek n-6 do n-3 jest związany z nadwagą/otyłością, podczas gdy zrównoważony stosunek zmniejsza otyłość i przyrost masy ciała, konieczne jest zmniejszenie ilości kwasów tłuszczowych n-6 w diecie, jednocześnie zwiększając spożycie kwasów tłuszczowych n-3. Można to osiągnąć poprzez zamianę olejów roślinnych o wysokiej zawartości kwasów tłuszczowych n-6 (jak np. olej kukurydziany, słonecznikowy, szafranowy, bawełniany i sojowy) na oleje bogate w kwasy omega-3 (len, perilla, chia, rzepak), i bogate w jednonienasycone kwasy tłuszczowe oleje, takie jak oliwa z oliwek, olej z orzechów makadamia, olej z orzechów laskowych oraz zwiększenie spożycia ryb do 2-3 razy w tygodniu, przy jednoczesnym zmniejszeniu spożycia mięsa.

Metabolizm składników odżywczych odgrywa kluczową rolę w kształtowaniu charakteru odpowiedzi immunologicznej. Substancje odżywcze wpływają na szlaki zapalne poprzez interakcje z receptorami pozakomórkowym. Pośredniczą w sygnalizacji wewnątrzkomórkowej w sposób korzystny lub szkodliwy. Kwas askorbinowy (witamina C) chroni komórki przed peroksydacją lipidów i wymiata reaktywne formy tlenu i azotu, takie jak hydroksyl, nadtlenek, rodnik nitroksydowy i nadtlenoazotyn. Kwas askorbinowy wspomaga fagocytozę poprzez makrofagi i stymuluje aktywność limfocytów, naturalnych zabójców generowanych podczas wrodzonej odpowiedzi immunologicznej. Dzięki funkcji kofaktora enzymów kontrolujących syntezę kolagenu, witamina C zmniejsza również uszkodzenie tkanek w miejscach zapalenia. W badaniu Sánchez-Moreno i wsp. z udziałem zdrowych ludzi zaobserwowano, że spożywanie około 72mg/dzień witaminy C z zupy warzywnej znacznie zmniejszyło poziom prozapalnych prostaglandyn i CRP. Witamina D odgrywa ważną rolę w modu-

lowaniu układu zapalnego poprzez regulację produkcji cytokin zapalnych i komórek odpornościowych, które są kluczowe dla patogenyzy wielu chorób związanych z odpornością. Wpływa na procesy zapalne zaangażowane w progresję raka, w tym cytokiny, prostaglandyny, kinazofosfatazy MAP 5 (MKP5), szlak czynnika transkrypcyjnego (NF- κ B) i komórki odpornościowe. Witamina D może także hamować rozwój guza poprzez zakłócanie działania układu zapalenia. Przeciwwapalne działanie witaminy D ma również kluczowe znaczenie dla utrzymania homeostazy tkanek. Witamina E występująca obficie w nasionach, orzechach i olejach roślinnych, jest znana ze swojej zdolności do usuwania wolnych rodników i zapobiegania utlenianiu lipidów. Ponadto hamuje uwalnianie cytokin prozapalnych i obniża poziomy CRP.

Cynk jest podstawowym pierwiastkiem śladowym w żywieniu, niezbędnym do budowy i funkcji wielu makrocząsteczek, w tym enzymów regulujących procesy komórkowe i szlaki sygnałowe w komórkach. Minerale ten moduluje odpowiedź immunologiczną i wykazuje działanie przeciwutleniające i przeciwzapalne. Niedobór cynku zwiększa produkcję cytokin prozapalnych, takich jak interleukiny IL-1 β , IL-6 i czynnik martwicy nowotworów TNF- α . W badaniu Prasad wykazano, że suplementacja cynku u osób starszych zmniejszyła biomarkery stresu oksydacyjnego i liczbę cytokin zapalnych. Równie ważny w hamowaniu procesu zapalnego jest magnez, gdyż jego niedobór ma znaczący wpływ na występowanie przewlekłego zapalenia o niskim stopniu nasilenia, które jest czynnikiem ryzyka różnych schorzeń patologicznych, takich jak choroby sercowo-naczyniowe, nadciśnienie i cukrzyca.

Kluczowe znaczenie odgrywają również przeciwutleniające, wśród których najwyższą aktywność wykazują flawonoidy. Obejmują w swojej grupie wiele związków takich jak: flawanony - naringeninę i hesperydynę (występującą w owocach cytrusowych); flawonole, takie jak myricetyna, kampferol i kwercetyna (występujące

w jabłkach, kakao i cebuli); oraz flawony luteolina i apigenina (znajdujące się w selera), katechiny (znajdujące się w herbacie) i antocyjany (znajdujące się w jagodach). Kwasy fenolowe (kwas kawowy, kwas galusowy i kwas ferulowy) znajdują się w kawie, oliwie z oliwek, herbacie, ziarnach, orzeszkach ziemnych i jagodach. Z kolei lignany znajdują się przede wszystkim w nasionach lnu, a resweratrol można znaleźć np. w czerwonym winie i jagodach. Poza działaniem antyoksydacyjnym, ważne jest ich działanie przeciwzapalne. Mogą one regulować aktywność komórkową komórek związanych ze stanem zapalnym: komórek tucznych, makrofagów, limfocytów i neutrofilów. Ponadto niektóre flawonoidy modulują aktywność enzymów metabolizujących kwas arachidonowy (AA), takich jak fosfolipaza A2, cyklooksygenaza, lipoksygenaza i syntaza tlenu azotu, enzym wytwarzający tlenek azotu. Hamowanie tych enzymów przez flawonoidy zmniejsza wytwarzanie AA, prostaglandyn, leukotrienów - kluczowych mediatorów zapalenia.

Zmiana diety jest kluczowym elementem leczenia stanów zapalnych. Zdrowy sposób odżywiania o charakterze przeciwzapalnym powinien obejmować przede wszystkim produkty będące źródłem kwasów omega-3, antyoksydantów, polifenoli, błonnika pokarmowego. Jednym z najlepiej przebadanych przykładów diety przeciwzapalnej jest dieta śródziemnomorska. Dieta ta opiera się na spożywaniu dużej ilości warzyw bogatych w związki bioaktywne, ryb zawierających przeciwzapalne kwasy tłuszczowe omega-3, orzechów, produktów pełnoziarnistych oraz oliwy z oliwek dostarczającej kwasu oleinowego. Badania kliniczne wykazały, że stosowanie diety śródziemnomorskiej pomaga zmniejszyć stężenie markerów prozapalnych w osoczu, w tym białka C-reaktywnego, TNF- α i innych.

Dieta przeciwzapalna wpływa pozytywnie na przebieg takich chorób jak np. cukrzyca typu 2, reumatoidalne zapalenie stawów, łuszczyca, choroby sercowo-naczyniowe czy nowotwory.



ZACZEPEK ETYCZNY

ETYKA POSTĘPU

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

A.N. Condorcet w 1794 roku kreśli znaczenia postępu w „Szkicu obrazu postępu ducha ludzkiego poprzez dzieje”: umożliwi on wydoskonalenie człowieka, tak pod względem moralnych przymiotów, jak i fizycznych zdolności, oraz zagwarantuje nam przyszłość, którą znamionować będą demokratyczne przemiany społeczne, a nauka i medycyna staną się gwarantem ludzkiego zdrowia: „Zdajemy sobie sprawę, że rozwój medycyny zapobiegawczej (...) z czasem przyczyni się do zaniku chorób zakaźnych lub dziedzicznych oraz chorób spowodowanych klimatem, złym odżywianiem, rodzajem pracy”, a „śmierć będzie już tylko skutkiem nadzwyczajnego wypadku albo powolnego zaniku życiowych sił”.

Tak też do dziś pojmujemy, czy raczej kojarzymy z postępem nasze pozytywne emocje, oczekiwania i pragnienia, również, a może przede wszystkim – te nadmierne. Przynosi ma postęp same dobrodziejstwa, kompensować wszelakie deficyty, czyni życie lepszym, dłuższym i zdrowszym, wygodniejszym, bezpieczniejszym. A przecież nie tylko tym nas obdziela. Sprowadza na nas również to, czego w żaden sposób nie oczekiwaliśmy, a mianowicie nowe dolegliwości, troski, choroby i zagrożenia.

Postęp bowiem ma w sobie tę ludzką dwoistość, owego diabolusa. J. Michelet przytacza średniowieczną próbę etymologii, zgodnie z którą „dia-bolus pochodzi od dia, dwa, i bolus, czopek lub pigułka, ponieważ połykając na raz duszę i ciało, z dwóch rzeczy robi jedną pigułkę, jedną całość”. H. Hesse odnajduje diabolusa w ludzkich działaniach: „Wiecie przecież, równie dobrze jak ja, że i w grze szklanych paciorków tkwi diabolus, który doprowadzić umie do pustej wirtuozerii, egoistycznego napawania się artystyczną próżnością, karierowiczostwa, zdobywania władzy nad innymi, a wskutek tego do nadużywania owej władzy”.

Dośkonale zdajemy sobie przeto sprawę z tego, że pomnażanie środków i narzędzi polepszania świata kroczy wraz z tymi, które służą jego niszczeniu. To diaboliczna natura postępu czy też Janusowe jego oblicze. Postęp potrafi bowiem ukazać swoją drugą twarz, tę niechcianą, rozczarowującą, groźną. Dlatego, jak pisał O. Marquard, „Do zasługujących na szczególną uwagę procesów czasów nam współczesnych należy to, że w dużej mierze wiara w postęp ulega lękowi przed postępem”. Bo

choćby powszechna komunikacja międzynarodowa, która pozwala z łatwością przemieszczać się w najprzeróżniejsze – dotąd niedostępne – zakątki świata, stała się źródłem lęku przed rozprzestrzenianiem się koronawirusa.

Bo przecież do postępu należy także wytwarzanie w laboratoriach pandemicznych patogenów, które w każdej chwili mogą stać się środkiem niszczącym wszystko to, co czyniło nasze życie coraz lepszym? Czy zatem nie wystarczy nam, że żyjemy pod szantażem nuklearnej broni, która, jeśli byłaby użyta, na tysiące lat zniszczyłaby życie na Ziemi? Czy potrzeba nam jeszcze więcej zabójczych narzędzi, które skierujemy – prędzej czy później – przeciwko sobie? Czy zatem postęp nie staje się grą szklanych paciorków, w której pycha popycha nas do niepoklonej chciwości czegośkolwiek: sławy, pieniędzy władzy, popularności, prestiżu, młodości itd.? Czy pusta wirtuozeria w mediach, ekonomice, polityce nie przynosi nam zbyt wiele już obciążających skutków? Czy nadal będziemy uważać tych, którzy zatrzymują się z niepokojem, z troski, z przecucia złego – za przegranych?

Marquard apelował o przypomnienie sobie starej zasady ne quid nimis – „nic ponad miarę”. A kiedy owa miara zostanie przekroczona, gdy więc właśnie chciwość i brak pokory, zachłanność i pycha pokieruje naszymi pragnieniami, to drugie oblicze postępu zwróci się w naszą stronę, a właściwie przeciwko nam.

Jestem głęboko przekonany, że dziś żyjemy w najlepszych z możliwych światów, jaki był doświadczeniem człowieka. Nade wszystko dlatego, że dzięki wielu poprzednim pokoleniom wypracowaliśmy



narzędzia ulepszania świata i człowieka, jednak trzeba o to nieustannie walczyć, a szczególnie w czasie pandemii. Zdaniem jest to, że pandemia niszczy wartości, które uczyniły świat nam tak bliskim, raczej wystawia nas na próbę, czy zdolni jesteśmy o nie stale zabiegać, aby nie stał się on nam obcy.

W 1709 roku w miasto Leszno opadowała „czarna śmierć”. Za przyczynę zarazy Bracia Czescy uznali nieznosną pychę i przepych, „Przemoc i nieprawość wobec biednych i słabych”, bo „Panowała nienawiść jednych do drugich, która rodziny i ludzi pomiędzy sobą różniła”. Dziś przyczyny te tłumaczymy racjonalnie, lecz czy okrutne doświadczenie zarazy nie daje nam powodu do tego, aby pochylić się nad sobą i własnym życiem, odnajdując jednocześnie to, co w tym świecie i w ludziach jest najlepsze? Aby to promować: mądrość, życzliwość i dobroczynność. Aby podziwiać: wysiłek, poświęcenie i heroizm?



OPINIA PRAWNA

W SPRAWIE ZOBOWIĄZANIA PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH DO SKŁADANIA PISEMNEJ INFORMACJI O UDZIELANIU ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W WIĘCEJ, NIŻ JEDNYM MIEJSCU ZATRUDNIENIA

prof. nadzw. dr hab. n. praw. Dorota Karkowska, radca prawny

Przedmiot opinii:

W związku z ogłoszeniem na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii, coraz częściej kierownictwo podmiotów leczniczych występuje do osób wykonujących zawód pielęgniarki i położnej z żądaniem złożenia pisemnej informacji o udzielaniu świadczeń zdrowotnych w innym podmiocie leczniczym.

Przedmiotem opinii jest udzielenie odpowiedzi na następujące pytanie:

Czy na osobach wykonujących zawód pielęgniarki i położnej ciąży prawny obowiązek składania pracodawcy lub zleceniodawcy - oświadczenia woli o udzielaniu świadczeń zdrowotnych w innym podmiocie leczniczym?

W mojej ocenie osoby wykonujące zawód pielęgniarki lub położnej nie są zobowiązane do składania pisemnej informacji o udzielaniu świadczeń zdrowotnych w innym podmiocie leczniczym, bez względu na cel który przyświeca kierownikowi podmiotu podejmującego tego rodzaju działania.

Uzasadnienie

Wolność wyboru i wykonywania zawodu oraz miejsca pracy każdego, nie wyłączając personelu medycznego podlega konstytucyjnej ochronie, z możliwością wprowadzania od tej zasady wyjątków. Zgodnie z art. 65 ust. 1 i 2 Konstytucji RP: 1. *Każdemu zapewnia się wolność wyboru i wykonywania zawodu oraz wyboru miejsca pracy. Wyjątki określa ustawa.* 2. *Obowiązek pracy może być nałożony tylko przez ustawę.*

Możliwość ograniczenia liczby miejsc pracy może ale nie musi - mieć miejsce na podstawie przepisów Ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeksu pracy, tekst jedn. Dz.U.2019.1040, dalej: k.p., ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny, tekst jedn. Dz.U.2019.1145, dalej: k.c.

W przypadku wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej na podstawie umowy o pracę przepisy prawa pracy nie przewidują obowiązku składania przez pracownika oświadczenia woli o innym zatrudnieniu, ani jego formach. Moim zdaniem podstawą żądania od pracowników składania omawianych oświadczeń **nie jest** ani art. 100 § 2 pkt 4 kodeksu pracy nakładający na pracownika obowiązek dbałości o dobro zakładu pracy, ani przepisy ustawy

z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (dalej: „Ustawa o COVID-19”), a także rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 marca 2020 r. w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii. Zgodnie z przepisem art. 1 ust. 2 Ustawy o COVID-19, *w zakresie nieuregulowanym w niniejszej ustawie stosuje się ustawę z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2019 r. poz. 1239 i 1495 oraz z 2020 r. poz. 284 i 322)* (dalej: „Ustawa o zwalczaniu zakażeń”).

W praktyce pracodawcy wskazują, że podstawą prawną żądania składania przez osoby wykonujące zawód pielęgniarki lub położnej pisemnej informacji o udzielaniu przez nich świadczeń zdrowotnych w innym podmiocie leczniczym są bezpośrednio przepisy ustawy o zwalczaniu zakażeń. W myśl przepisu art. 11 ust. 1 ustawy o zwalczaniu zakażeń, *kierownicy podmiotów leczniczych oraz inne osoby udzielające świadczeń zdrowotnych są obowiązani do podejmowania działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych.* Zgodnie z art. 11 ust. 2 pkt 1 i 6 ustawy o zwalczaniu zakażeń, *działania, o których mowa w ust. 1, obejmują w szczególności: 1) ocenę ryzyka wystąpienia zakażenia związanego z wykonywaniem świadczeń zdrowotnych; (...) 6) prowadzenie kontroli wewnętrznej w zakresie realizacji działań, o których mowa w ust. 1.* Błędem, z zestawienia tych dwóch punktów, jest wyciąganie wniosków o prawie pracodawcy do ingerencji działalności pracownika poza zakładem pracy. Art. 11 ust. 1 w zw. z art. 11 ust. 1 i 2 — jest przepis mówiący o obowiązkach ciążyących na kadrze zarządzającej podmiotami leczniczymi, jak i personelu medycznym tych podmiotów — do podejmowania działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych na terenie zakładu pracy. Należy przypomnieć, iż obowiązek monitorowania ryzyka zawodowego należy do podstawowych obowiązków pracodawcy, zgodnie z art. 226 k.p.: *Pracodawca: 1) ocenia i dokumentuje ryzyko zawodowe związane z wykonywaną pracą oraz stosuje niezbędne środki*

profilaktyczne zmniejszające ryzyko; 2) informuje pracowników o ryzyku zawodowym, które wiąże się z wykonywaną pracą, oraz o zasadach ochrony przed zagrożeniami. Przywołany art. 226 k.p. — jest ściśle powiązany z profilaktyką ochrony zdrowia, wszystkich pracowników, natomiast art. 11 ustawy o zwalczaniu zakażeń jest uszczegółowieniem tych obowiązków.

Natomiast, jeżeli w ocenie kadry zarządzającej podmiotu zatrudniającego dla zagwarantowania przebiegu udzielania świadczeń zdrowotnych z zapewnieniem ich właściwej dostępności i jakości oraz bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów z uwagi na sytuację epidemiologiczną konieczne jest ograniczenie kontaktu personelu medycznego z innymi podmiotami leczniczymi — przepisy prawa pracy — umożliwiają skonkretyzowanie pracowniczego obowiązku dbałości o dobro zakładu pracy — na podstawie art. 101¹ k.p. tj. poprzez zawarcie przez pracodawcę i pracownika umowy o zakazie konkurencji w czasie trwania stosunku pracy. W orzecznictwie SN za dopuszczalne uznano także zamieszczenie klauzuli zakazującej dodatkowego zatrudnienia w umowie o pracę — jako konkretyzująca obowiązki pracownika dbałości o dobro zakładu pracy, może funkcjonować niezależnie od zakazu konkurencji i w szerszym zakresie (Wyrok SN z dnia 11 września 2003 r., 111 CKN 579/01, OSNC 2004, nr 10, poz. 167; Wyrok SN z dnia 24 września 2003 r., 1 PK 411/02, OSNP 2004, nr 18, poz. 316).

Przepisy prawa pracy nie zobowiązały wprost pracodawcy do rekompensowania pracownikowi konieczności powstrzymywania się od działalności konkurencyjnej, czy dodatkowego zatrudnienia, jednak tego nie wykluczają. Należy tu pamiętać, iż zgodnie z **zasadą uprzywilejowania pracownika o której nowa w art. 18 k.p. — przepisy prawa pracy pozwalają na uregulowanie stosunków pracy pomiędzy pracownikiem i pracodawcą na korzyść pracownika.**

Natomiast w odniesieniu do umów cywilnoprawnych o świadczenie usług medycznych, do których stosuje się odpowiednio przepisy o umowie zlecenia (w tym np. samozatrudnienie) dopuszczalność zawarcia umowy o zakazie konkurencji wynika z ogólnej zasady swobody umów (art. 353¹ k.c.). Treść lub cel tej umowy nie

mogą więc sprzeciwiać się właściwości (naturze) stosunku prawnego, ustawie ani zasadom współżycia społecznego. Strony takiej umowy mają dużą swobodę co do jej treści, dlatego nie ma żadnych przeszkód prawnych aby strony przewidziały rekompensatę za powstrzymanie się przez zleceniobiorcę od dodatkowego zatrudnienia.

Wniosek rekomendacja:

1. Niewątpliwie, zgodnie z art. 11 ust. 1 ustawy o zwalczaniu zakażeń zarówno kierownicy podmiotów leczniczych oraz inne osoby udzielające świadczeń zdrowotnych, w tym pielęgniarki i położne są zobowiązani do podejmowania działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych. Przepis ten nie jest jednak podstawą prawną do żądania przez pracodawcę informacji o innych miejscach pracy od osób wykonujących zawód pielęgniarki i położnej. Na marginesie warto zauważyć, iż

w art. 11 ust. 1 ustawy o zwalczaniu zakażeń mowa jest o osobach udzielających świadczeń zdrowotnych, czyli wszystkich osobach wykonujących zawód medyczny.

2. Kierując się wykładnią systemową można wskazać, iż wymóg pisemnego oświadczenia co do deklarowanego miejsca zatrudnienia — wprost został przewidywany w ustawie z 5.07.2018 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U.2018.1532), która weszła w życie 24.08.2018 r., stanowiący realizację porozumienia Ministra Zdrowia z przedstawicielami Porozumienia Rezydentów Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy zawartego 8.02.2018 r. Obowiązki składania oświadczeń woli dotyczą także innych grup zawodowych, jak nauczycieli akademickich ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce, t.j. Dz.U.2020.85

3. Na dzień sporządzania niniejszej opinii prawnej — ustawodawca nie przewiduje wobec osób wykonujących zawód pielęgniarki lub położnej, obowiązku informowania o innym miejscu zatrudnienia danego pracodawcę.

4. Obecna sytuacja personelu pielęgniarskiego i położniczego jest bardzo trudna - z uwagi na możliwość pozbawienia tego personelu dodatkowych źródeł dochodu w związku z przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19.

5. Dlatego, w sytuacji wprowadzenia ograniczenia możliwości dodatkowego zatrudnienia z uwagi na zapobieganie szerzenia się epidemii - należy stanowczo postulować o możliwość rekompensaty finansowej utraconych zarobków w trakcie trwania zatrudnienia pracowniczego, jak i niepracowniczego na podstawie umowy cywilnoprawnej.

UCHWAŁA NR 50/2020/VII

DOLNOŚLĄSKA OKRĘGOWA RADA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH WE WROCŁAWIU Z DNIA 16 MARCA 2020 R.

W SPRAWIE ZAPOMOGI SPECJALNEJ, FINANSOWEJ W SYTUACJI ZAKAŻENIA WIRUSEM SARS COV-2 CZŁONKA DOLNOŚLĄSKIEJ OKRĘGOWEJ IZBY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH WE WROCŁAWIU.

Sekretarz - Urszula Olechowska
Skarbnik - Jolanta Kolasińska
Przewodnicząca - Anna Szafran

Dolnośląska Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu udziela pomocy finansowej w sytuacji zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2 naszym członków: Uchwała nr 50/2020/VII DORPiP we Wrocławiu z dnia 16.03.2020r. w sprawie zapomogi specjalnej, finansowej w sytuacji zakażenia wirusem SARS CoV-2 członka DOIPiP we Wrocławiu oraz wniosek o zapomogę do pobrania na www.doipip.wroc.pl

Na podstawie: art. 31 pkt. 5 ustawy z dnia 01 lipca 2011r. o samorządzie pielęgniarek i położnych ((tj. Dz. U. 2018 poz. 916), uchwała się co następuje:

§ 1.

1. Zapomogę losową, jednorazową, dla zakażonych wirusem SARS CoV-2 członków DOIP-iP we Wrocławiu przyznaje DORPiP we Wrocławiu na poniżej określonych zasadach.

a. Pisemny wniosek o zapomogę losową (według wzoru obowiązującego w regulaminie przyznawania zapomóg losowych i socjalnych) członka lub jego pełnomocnika złożony drogą elektroniczną lub bezpośrednio do biura Izby.

b. Zakażenie należy udokumentować

c. dodatnim wynikiem zakażenia wirusem SARS CoV-2,

d. Do wniosku należy dołączyć zaświadczenie o nieprzerwanym opłacaniu składek

członkowskich przez okres co najmniej 2 lat poprzedzających złożenie wniosku na rzecz DOIPiP, potwierdzone przez zakład pracy lub kserokopie dowodów wpłaty w przypadku indywidualnego odprowadzania składek członkowskich.

2. Wysokość zapomogi jest stała i wynosi 1500,00 zł.

3. Wnioski będą rozpatrywane sukcesywnie w miarę ich wpływu, przez 3-osobową komisję składającą się z członków Prezydium DOIPiP we Wrocławiu.

4. Zapomoga losowa dla członków zakażonych wirusem SARS CoV-2 przysługuje niezależnie od prawa do uzyskania zapomóg losowych i socjalnych przysługujących członkom z tytułu innych powodów losowych a przyznawanych na podstawie regulaminu obowiązującego w DOIPiP we Wrocławiu - Regulaminu Przyznawania Zapomóg Losowych i Socjalnych, (Uchwała Nr

38/2019/VII DORPiP we Wrocławiu z dnia 23 lutego 2019r.), oraz innych źródeł - poza samorządowych.

§2

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.



WALCZYMY Z KORONAWIRUSEM

AKTUALNE ZASADY I OGRANICZENIA

www.mz.gov.pl

Walczymy z koronawirusem – pomóż nam w tym i Ty! Żebyśmy wszyscy zatrzymali rozprzestrzenianie się epidemii, musimy stosować się ściśle do konkretnych zaleceń. Zebraliśmy je w jednym miejscu. Przeczytaj i stosuj.

OGRANICZENIA W PRZEMIESZCZANIU SIĘ 2 metry – minimalna odległość między pieszymi

Wprowadzamy obowiązek utrzymania co najmniej 2-metrowej odległości między pieszymi.

Wyłączeni z tego obowiązku są:

- rodzice z dziećmi wymagającymi opieki (do 13. roku życia),
- osoby wspólnie mieszkające lub gospodarujące,
- osoby niepełnosprawne, niemogące się samodzielnie poruszać, osoby z orzeczeniem o potrzebie kształcenia specjalnego i ich opiekunowie,
- osoby, które zastaniają usta i nos.

Obowiązuje do: odwołania.

ZASŁANIANIE UST I NOSA W MIEJSCACH PUBLICZNYCH

Obowiązek dotyczy: noszenia maseczek lub innego rodzaju zasłaniania ust i nosa w sytuacji, gdy nie można zachować 2-metrowej odległości od innych.

Na czym polega? Usta i nos musisz zasłonić w przestrzeni otwartej, gdy nie masz możliwości zachowania 2 metrów odległości od innych, a także w przestrzeni zamkniętej – np. w sklepach, w komunikacji zbiorowej.

Maseczkę trzeba wciąż obowiązkowo nosić m.in.:

- w autobusie, tramwaju i pociągu,
- w samochodzie osobowym, jeśli jedziesz z kimś, z kim nie mieszkasz na co dzień,
- w sklepie, banku, na targu i na pocztę,
- w kinie i teatrze,
- u lekarza, w przychodni, w szpitalu, salonie masażu i tatuażu,
- w kościele, w szkole, na uczelni
- w urzędzie (jeśli idziesz załatwić jakąś sprawę do urzędu) i innych budynkach użyteczności publicznej.

Dodatkowe miejsca, w których będzie trzeba zasłaniać usta i nos, określi Główny Inspektorat Sanitarny.

Wyjątki. Gdzie nie trzeba zakrywać ust i nosa?

- W restauracji lub barze – gdy zajmiesz miejsce przy stole i jesz lub pijesz.

- W pracy – jeśli nie masz styczności z osobami z zewnątrz (np. podczas obsługi klientów i interesantów).

Obowiązuje do: odwołania.

KWARANTANNA

Ograniczenie dotyczy: osób, które:

- wracają z zagranicy*,
- miały kontakt z osobami zakażonymi (lub potencjalnie zakażonymi) koronawirusem,
- mieszkają z osobą, która zostaje skierowana na kwarantannę

* Listę osób wyłączonych z obowiązkowej kwarantanny przy przekraczaniu granicy określają przepisy § 3 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 29 maja 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii.

Od 4 maja ograniczenie nie dotyczy również osób, które:

- uczą się lub studiuje w państwie sąsiadującym (lub przyjeżdżają uczyć się lub studiować z państwa sąsiadującego)

Od 16 maja ograniczenie nie dotyczy również osób, które:

- przekraczają granicę RP stanowiącą granicę wewnętrzną w celu wykonywania czynności zawodowych, służbowych lub zarobkowych w Polsce, w państwie Unii Europejskiej lub Europejskiego Obszaru Gospodarczego.

UWAGA! Przy przekraczaniu granicy niezbędne jest okazanie dokumentów potwierdzających wykonywanie obowiązków zawodowych lub nauki w drugim państwie.

Na czym polega? Kwarantanna trwa 14 dni. Przez ten czas:

- nie można opuszczać domu,
- spacerować z psem, wyjście do sklepu czy do lekarza są zakazane,
- w przypadku, gdy osoba poddana kwarantannie ma bliskie kontakty z innymi osobami w domu – one również muszą zostać poddane kwarantannie,
- w przypadku występowania objaw choroby (złe samopoczucie, gorączka, kaszel, duszności), należy koniecznie zgłosić to telefonicznie do stacji sanitarno-epidemiologicznej.

- UWAGA! Od 4 maja osoby odbywające obowiązkową kwarantannę mogą wyjść z domu jedynie w celu wykonania testu diagnostycznego w kierunku SARS-CoV-2. Dojazd do miejsca wykonania testu

może być wyłącznie samochodem, którego posiadaczem jest osoba odbywająca obowiązkową kwarantannę lub osoba wspólnie z nią zamieszkująca.

Obowiązuje do: odwołania.

Ważne! Jeżeli wracasz z zagranicy i nie masz możliwości spędzenia kwarantanny w domu, to wojewodowie mają przeznaczone lokale na kwarantannę.

ZGROMADZENIA I IMPREZY – OGRANICZENIA

Ograniczenie dotyczy: organizowania zgromadzeń, spotkań, imprez czy zebrań.

Na czym polega? Obowiązuje zakaz zgromadzeń oraz imprez powyżej 150 osób.

Wyłączone są: zakłady pracy.

Pracodawcy będą musieli jednak zapewnić dodatkowe środki bezpieczeństwa swoim pracownikom. I tak:

- pracownicy mają obowiązek używania rękawiczek lub muszą mieć dostęp do płynów dezynfekujących,
- stanowiska pracy poszczególnych osób muszą być oddalone od siebie o co najmniej 1,5 metra.

Jeśli pracodawca nie jest w stanie zapewnić takiej odległości (1,5 m) z obiektywnych względów – np. dlatego, że linia produkcyjna na to nie pozwala – ma prawo odejść od tej zasady, **ale tylko pod warunkiem zapewnienia środków ochrony osobistej związanej ze zwalczaniem epidemii.**

Ważne! Pracodawca musi zapewnić te środki bezpieczeństwa od czwartku, 2 kwietnia 2020 roku.

Obowiązuje do: odwołania.

KOMUNIKACJA PUBLICZNA

Ograniczenie dotyczy: przejazdów zbiorowym transportem publicznym.

Na czym polega? Zarządzający transportem publicznym mogą podwyższyć limit pasażerów środka transportu publicznego. Ile osób może wejść na pokład?

- tyle osób, ile jest miejsc siedzących (jeśli są tylko miejsca siedzące) albo
- tyle, ile wynosi 50% liczby wszystkich miejsc siedzących i stojących (w tym przypadku jednak połowa miejsc siedzących musi pozostać wolna).

Przykład. Jeśli w autobusie są miejsca siedzące to wszystkie mogą być zajęte. Jeśli w autobusie jest 30 miejsc siedzących i 70 stojących, to może w nim jechać 50 osób.

Obowiązuje do: odwołania.



Rektor Wyższej Szkoły Medycznej w Legnicy zatrudni:



- Doktora nauk medycznych z minimum 2-u letnim doświadczeniem zawodowym na stanowisku pielęgniarki/pielęgniara, lub
- Doktora nauk o zdrowiu z minimum 2-u letnim doświadczeniem zawodowym na stanowisku pielęgniarki/pielęgniara;

Dodatkowe wymagania:

- Biegła obsługa komputera (pakiet MS Office) i urządzeń biurowych;
 - Umiejętność pracy w zespole;
- Zaangażowanie i umiejętność samodzielnej pracy pod presją czasu;
 - Otwartość, kreatywność, komunikatywność.

Mile widziane:

- Doświadczenie w pracy na Uczelni w pionach odpowiedzialnych za kształcenie;
 - Umiejętność interpretacji aktów prawnych;
- Znajomość Ustawy z dnia 20 lipca 2018 roku Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce.

Osobie zatrudnionej gwarantujemy mieszkanie służbowe.

Osoby zainteresowane prosimy o składanie ofert zawierających życiorys / kwestionariusz osobowy na adres e-mail kadry@wsmlegnica.pl
telefon kontaktowy 76/854-99-41, 605-075-955, 600-416-705

BEZPŁATNE TESTY DLA MEDYKÓW

Jesteśmy lekarzami. Wiemy jak ważne jest by móc szybko i pewnie wykonać badanie w kierunku Covid-19. Założyliśmy tą stronę aby pomóc kolegom medykom i ułatwić wykonanie bezpłatnych testów w sytuacji gdy problemem jest szybkie zrobienie badania w szpitalu, przychodni czy Pogotowiu.

Jeżeli jesteś lekarzem, ratownikiem, położną, pielęgniarką możesz wykonać szybko i bezpłatnie badanie w jednym z wymienionych laboratoriów komercyjnych które wykonują je dzięki wsparciu sponsorów. Do niektórych laboratorium wymaz możesz przestać, w innych możesz mieć go pobrany na miejscu. Najczęściej wynik będziesz miał już następnego dnia.

Jako medycy jesteśmy najbardziej narażeni na zakażenie. Musimy zadbać sami o siebie aby by chronić nasze rodziny, pacjentów i nas samych. Drodzy koledzy, badajmy się jeżeli nie chcemy spędzić najbliższych wakacji pod respiratorem.

Więcej znajdziesz na stronie: <https://testy-dla-medykow.pl/>

Dolnośląskie Centrum Chorób Płuc - Regionalna Przychodnia Specjalistyczna zatrudni 2 pielęgniarki do Przychodni (Poradnia Alergologiczna).

Telefony kontaktowe:

Dział kadr:

tel. 71/ 33-49-528,

tel. 71/ 33-49-564,

Donata Karpa tel. 724-128-632,

Barbara Mucha tel. 501-520-528.

Warunki pracy i płacy do uzgodnienia.

*„Ludzie, których kochamy zostają na zawsze.
bo zostawili ślady w naszych sercach.
Rozłąka jest naszym losem, spotkanie naszą nadzieją....*

Naszej drogiej Koleżance
BOGUSI ŚWIERKOWSKIEJ
wyrazy najgłębszego współczucia z powodu śmierci MĘŻA

Składają
Ula Olechowska wraz z koleżankami
z Zespołu Emerytowanych Pielęgniarek
i Położnych DOIPiP we Wrocławiu

"Ludzie, których kochamy
na zawsze pozostają w naszych sercach."

Naszej koleżance
JOANNIE NOWAK
wyrazy głębokiego żalu
i współczucia z powodu śmierci Mamy.

Składają
koleżanki i koledzy z Oddziału Kardiologii WSSK Wrocław.

*" Ludzie, których kochamy, zostają na zawsze,
bo zostawili ślady w naszych sercach"*

Wyrazy szczerego współczucia i słowa otuchy dla
NATALII PYRY
z powodu śmierci Brata
składają współpracownicy Oddziału Neurochirurgii
Dolnośląskiego Szpitala Specjalistycznego
im. T. Marciniaka we Wrocławiu

*Śmierć stawia nas w obliczu bezsilności,
która nas obezwładnia i zabiera w nieznanne.
A kiedy pojawia się kradnąc ukochaną osobę,
przeszywa serce bólem i odznacza w nim swoje piętno,
które przypomina nam stale jacy jesteśmy wobec niej bezsilni*

Wyrazy szczerego współczucia
i wsparcia oraz słowa otuchy dla
MAŁGORZATY KOS
z powodu śmierci Męża,

Składają
koleżanki i koledzy z Oddziału Kardiologii WSSK Wrocław.

*" Ludzie, odchodzą tak szybko...
i zostawiają ludzi, którzy za nimi tęsknią..."*

IWONIE MIGACZ
wyrazy współczucia z powodu śmierci Teścia
składają koleżanki z Kl. Dermatologii

"Bliscy , których kochamy zostają w pamięci na zawsze"

Naszej koleżance
BERNADETCE ŻYGADŁO
Wyrazy głębokiego żalu i współczucia
z powodu śmierci mamy

Składają koleżanki i koledzy SCM Izby Przyjęć w Strzelinie

"Jak trudno żegnać kogoś , kto mógłby żyć dalej z Nami "

Kondolencje i wyrazy głębokiego współczucia
z powodu śmierci Taty
dla Naszej Koleżanki
ELŻBIETY KŁAK

składają Koleżanki NiSOZ w Oławie

Kondolencje i wyrazy głębokiego współczucia
z powodu śmierci Taty

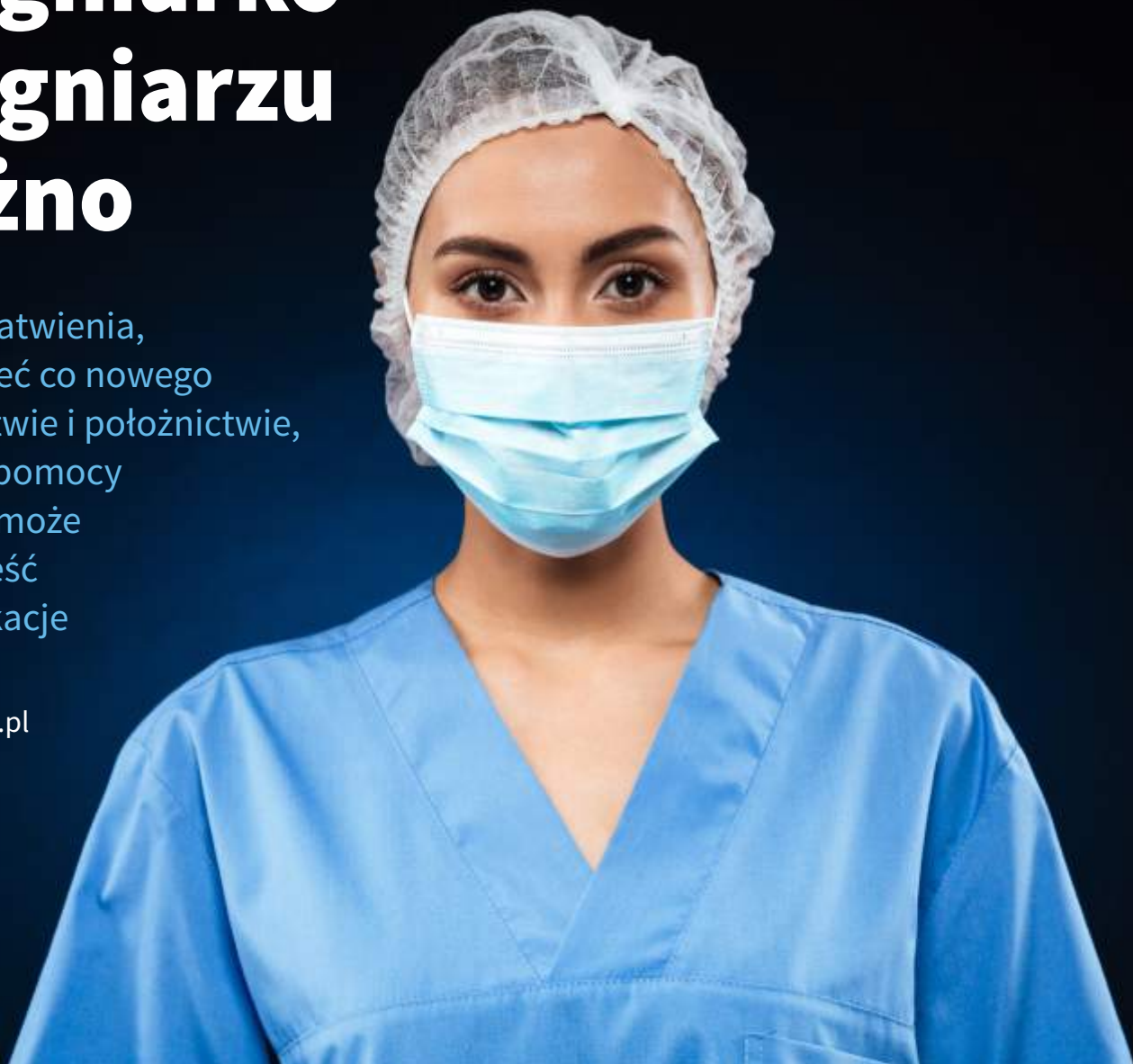
dla Naszej Koleżanki
ELŻBIETY KŁAK

składają Koleżanki z Zarządu ZZPiP w Oławie

Piełęgniarko Piełęgniarku 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