

W CIENIU CZEPKA

BIULETYN INFORMACYJNY DOLNOŚLĄSKIEJ OKRĘGOWEJ IZBY PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

**„DZIĘKUJEMY PIEŁĘGNIARKOM I POŁOŻNYM ZA ZAANGAŻOWANIE,
POŚWIĘCENIE I CIĘŻKĄ PRACĘ W CZASIE EPIDEMII.
WASZA TROSKA PRZYNOSI ULGĘ W CIERPIENIU. FACHOWOŚĆ DODAJE OTUCHY.
JESTEŚCIE DLA NAS WZOREM I WSPARCIEM ZOSTAJEMY W DOMU,
BY NIE PRZYSZPARZAĆ WAM PRACY.
MIESZKAŃCY DOLNEGO ŚLĄSKA”.**



**OPINIA PRAWNA
W PRZEDMIOCIE ODDELEGOWYWANIA PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH PRZEZ
PRACODAWCÓW DO PRACY W ZWIĄZKU ZE ŚTANEM EPIDEMII, DO OPIEKI
NAD PACJENTAMI PODEJRZANYMI O ZAKAŻENIE KORONAWIRUSEM.**

**NAJWAŻNIEJSZE ZMIANY
DOTYCZĄCE WYKONYWANIA ZAWODU PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH**

**OBOWIĄZKI PRACODAWCY A PRAWA
PRACOWNICZE W CZASIE EPIDEMII**



W CENIU CZEPA

BIULETYN INFORMACYJNY

Dolnośląskiej Okręgowej Izby
Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu

www.doipip.wroc.pl

Wydawca:

Dolnośląska Okręgowa Izba
Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu.

Redaguje Prezydium DORPiP:

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

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

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

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

Dolnośląska Okręgowa Izba

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

REDAKCJA NIE PONOSI ODPOWIEDZIALNOŚCI
ZA TREŚĆ TEKSTÓW, OGŁOSZEŃ I REKLAM

DOIPiP NIE PROWADZI POŚREDNICTWA PRACY
W KRAJU I ZAGRANICĄ

UWAGA:

*Nie przyjmujemy do publikacji tekstów
przekazywanych telefonicznie!*

Nasza okładka:

Numer zamknięto 06.04.2020 r.
Do druku przygotowano 06.04.2020 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: dzialksztalcenia@doipip.wroc.pl

GODZINY PRACY

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

KONTO DZIAŁU KSZTAŁCENIA

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

GODZINY PRACY KASY

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

GODZINY PRACY BIBLIOTEKI

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

OKRĘGOWY RZECZNIK ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAWODOWEJ

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

OKRĘGOWY SĄD PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

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

DYŻURY RADCY PRAWNEGO – mgr E. Stasiak

poniedziałek 14-16, środa 14-17

KASA POŻYCZKOWA PRZY DOIPiP

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

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

KONSULTANCI WOJEWÓDZCY W DZIEDZINACH:

► PIELĘGNIARSTWO – dr n. o zdr. Jolanta Kolańska

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

► PIELĘGNIARSTWO ANESTEZJOLOGICZNE I INTENSYWNEJ OPIEKI – mgr Ewa Pielichowska

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

► PIELĘGNIARSTWA CHIRURGICZNEGO I OPERACYJNEGO – mgr Beata Łabowicz

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

► PIELĘGNIARSTWO DIABETOLOGICZNEGO

– mgr Iwona Pilarczyk-Wróblewska
Uniwersytet Medyczny, Katedra Pediatrii
Zakład Neonatologii
ul. Bartla 5, 51-618 Wrocław
T: 500 141 941
E: iwona.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 CHORYCH 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 Pielęgniarsztwa
Internistycznego Katedra Pielęgniarsztwa
Klinicznego
ul. Bartla 5, 51-618 Wrocław
T: 71/784 18 23
E: izabella.uchmanowicz@umed.wroc.pl

► PIELĘGNIARSTWA OPIEKI PALIATYWNEJ

– mgr Anna Szachowska
Bonifraterskie 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



W NUMERZE:

- | | | |
|--|---|---|
| 4 Opinia prawna | 15 Uchwała nr 50/2020/VII | 22 Opieka domowa nad pacjentami |
| 8 Opinia w sprawie uprawnień i obowiązków pracodawców i pracowników | 15 Obowiązki pracodawcy a prawa pracownicze w czasie epidemii | 25 Zaczepki etyczny |
| 11 Najważniejsze zmiany dotyczące wykonywania zawodu pielęgniarek i położnych | 17 List Szczurek-Żelazko | 26 Schemat postępowania dla POZ i NIŚOZ |
| 12 Pismo NIPiP | 17 Zalecenia PTEILCHZ | 29 Komunikat MZ do pracowników ochrony zdrowia |
| 13 Stanowisko z dnia 19 marca 2020 | 18 Zalecenia dla pacjenta | 30 Komunikat NRPIP |
| 13 Rozporządzenie przedłużające tzw. Zembalówkę | 19 Postępowanie przy podejrzeniu zakażenia 2019-ncov u noworodka | 30 Komunikat Konsultanta |
| 14 Apel NRPIP | 20 Opieka długoterminowa chroni nas przed scenariuszem włoskim | 32 Ogłoszenia |
| | 22 Zalecenia Konsultanta Krajowego | 34 Pamięć i serce |

OPINIA PRAWNA

W PRZEDMIOCIE ODDELEGOWYWANIA PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH PRZEZ PRACODAWCÓW DO PRACY W ZWIĄZKU ZE STANEM EPIDEMII, DO OPIEKI NAD PACJENTAMI PODEJRZANYMI O ZAKAŻENIE KORONAWIRUSEM.

Zlecający:

Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z siedzibą w Warszawie

Wykonawca:

Kancelaria Lazer & Hudziak Adwokaci i Radcowie Prawni S.K.A.:

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

Joanna Lazer, adwokat

Podstawy prawne:

1. Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy, tekst jedn. Dz.U.2019.1040, dalej: kp;

2. Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny, tekst jedn. Dz.U.2019.1145, dalej: kc;

3. Ustawa z dnia 20 maja 1971 r. Kodeks wykroczeń, tekst jedn. Dz.U.2019.821, dalej: kw;

4. Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi tekst jedn. Dz.U.2019.1239, dalej: ustawa o chorobach zakaźnych;

5. Ustawa z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych, Dz.U.2020.374, dalej: ustawa kryzysowa.

Przedmiot i cel opinii:

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

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

Wstęp

Generalnie można wskazać na dwa różne reżimy prawne przewidujące

możliwość powierzenia osobom wykonującym zawód pielęgniarki lub położnej pracy polegającej na sprawowaniu opieki nad osobami podejrzanymi o zakażenie koronawirusem:

1. **Stosunki zobowiązaniowe** — czyli w ramach dotychczasowego zatrudnienia w podmiocie leczniczym, gdzie praca jest wykonywana na podstawie:

1. umowy o pracę, tj. pomiędzy pracownikiem i pracodawcą.

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

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

b) świadczeniodawca (podmiot zatrudniający) — pielęgniarka jako osoba fizyczna;

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

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

1. **Powierzenie pracownikowi innej pracy według przepisów kodeksu pracy**

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

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

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

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

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

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

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

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

Przeniesienie pielęgniarki lub

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

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

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

3. Adekwatność posiadanych kwalifikacji

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

Należy także pamiętać, że pod pojęciem kwalifikacji, istotnym dla określenia rodzaju pracy wykonywanej przez daną pielęgniarkę lub położną u pracodaw-

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

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

4. Okres przeniesienia

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

5. Tryb przeniesienia i środki odwoławcze

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

Od polecenia powierzającego inną pracę nie przysługuje odwołanie do sądu. 7

Dlatego jeżeli wymienione powyżej przesłanki są spełnione, odmowa spełnienia polecenia pracodawcy stanowi naruszenie obowiązków pracowniczych. W niektórych okolicznościach może być również ciężkim naruszeniem, uzasadnia-

jącym natychmiastowe rozwiązanie stosunku pracy w oparciu o art. 52 k.p.

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

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

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

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

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

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

Zgodnie z art. 210 § 1-3 k.p., jeśli warunki pracy nie odpowiadają przepisom bezpieczeństwa i higieny pracy i stwarzają bezpośrednie zagrożenie dla zdrowia lub życia pracownika, pracownik ma prawo powstrzymać się od wykonywania pracy. Jeżeli powstrzymanie się od wykonywania pracy nie usuwa zagrożenia, o którym mowa powyżej, pracownik ma prawo oddalić się

z miejsca zagrożenia w powyżej wskazanych wypadkach, a w szczególności nie można mu wypowiedzieć umowy o pracę. Jednocześnie pracownik zachowuje, za okres powstrzymania się od świadczenia pracy, wynagrodzenie.

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

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

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

Ponadto, pracodawca musi mieć na uwadze brzmienie przepisów art. 207 kp i art. 227 kp. Zgodnie z art. 207 kp § 1 zd. 1 pracodawca ponosi odpowiedzialność za stan bezpieczeństwa i higieny pracy w zakładzie pracy, zaś zgodnie z art. 207 kp § 2 zd. 1 pracodawca jest obowiązany chronić zdrowie i życie pracowników przez zapewnienie bezpiecznych i higienicznych warunków pracy przy odpowiednim wykorzystaniu osiągnięć nauki i techniki. Natomiast na podstawie art. 227 § 1 kp pracodawca jest obowiązany stosować środki zapobiegające chorobom zawodowym i in-

nym chorobom związanym z wykonywaną pracą. W tym miejscu należy też zwrócić uwagę na art. 11 ust. 1 i 2 pkt. 4) ustawy o chorobach zakaźnych, mianowicie na fakt, że kierownicy podmiotów leczniczych oraz inne osoby udzielające świadczeń zdrowotnych są obowiązani do podejmowania działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych, w szczególności poprzez stosowanie środków ochrony indywidualnej i zbiorowej w celu zapobieżenia przeniesieniu na inne osoby biologicznych czynników chorobotwórczych. Nie ulega wątpliwości, że sprostanie powyższym wymaganiom, będzie sprawiało dużą trudność pracodawcom, wobec bezprecedensowej sytuacji w kraju i dużej liczby nowych zachorowań na koronawirusa, a co za tym idzie znacznie zwiększonych potrzeb na środki ochrony w całym kraju.

Zatrudnienie pielęgniarki lub położnej na podstawie umowy cywilnoprawnej

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

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

W praktyce, decydujące znaczenie będzie miała treść już zawartej umowy albo nowe ustalenia pomiędzy pielęgniarką (zleceniodawcą), a podmiotem zatrudniającym (zleceniodawcą).

Z uwagi na obecny stan prawny, rodzaje i treści umów o zatrudnienie cywilnoprawne pielęgniarek lub położnych z podmiotami leczniczymi są w praktyce dość zróżnicowane. Umowy cywilnoprawne zawierane w celu zatrudnienia mogą mieć zarówno charakter umów nazwanych, jak i nienazwanych. Do umów tych stosuje się przepisy o umowach w ogólności, zawarte w części ogólnej prawa cywilnego (księga I kodeksu cywilnego), oraz odpowiednie przepisy części ogólnej prawa zobowiązań (księga III kodeksu cywilnego).

Istnieje tu znacznie większa swoboda w kształtowaniu treści umów. Strony zawierające umowę mogą ułożyć stosunek prawny według swego uznania, byleby treść lub cel nie sprzeciwiała się właściwości (naturze stosunku), ustawie ani zasadom współżycia społecznego (art. 353 k.c.). Naruszenie któregośkolwiek z wymienionych w art. 353 k.c. kryteriów swobody kontraktowej uruchamia sankcję nieważności, którą art. 58 k.c. odnosi do każdej czynności

sprzecznej z przepisami ustawy.

Co do zasady, w przypadku, w którym umowa cywilnoprawna określa w sposób ścisły zakres obowiązków pomiędzy pielęgniarką (zleceniodawcą) a podmiotem leczniczym (zleceniodawcą), a podmiot leczniczy chce powierzyć pielęgniarsce lub położnej inne zadania, konieczna jest zgoda pielęgniarki na tego rodzaju zmianę. W przypadku odmowy świadczenia nowych obowiązków przez pielęgniarkę lub położną, zachowuje ona prawo do wynagrodzenia, jeżeli pozostaje w gotowości do świadczenia dotychczasowych obowiązków.

Można także spotkać na rynku pracy umowy cywilnoprawne, które przewidują ogólnie zarysowany obowiązek wykonywania świadczeń jedynie rodzajowo określony (np. usługi pielęgniarskie). W takim wypadku mniej jest argumentów przemawiających za możliwością odmowy przyjęcia nowych zadań mieszczących się w tzw. usługach pielęgniarskich lub położniczych. Wówczas trudno będzie wykazać, iż owe usługi pielęgniarskie lub położnicze nie obejmują np. opieki nad osobami podejrzanymi o zakażenie koronawirusem.

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

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

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

Niezależnie od wyżej omówionych możliwości powierzenia pracownikowi pracy na podstawie art. 42 § 4 k.p. oraz możliwości sprawowania opieki nad osobami podejrzanymi o zakażenie koronawirusem na podstawie umów cywilnoprawnych - **ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi - przewiduje szczególne regulacje prawne w wypadek zwalczania epidemii.**

1. Zasady skierowania do pracy przy zwalczaniu epidemii

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

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

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

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

Decyzja o skierowaniu do pracy przy zwalczaniu epidemii stwarza obowiązek pracy przez okres do 3 miesięcy w podmiocie leczniczym lub w innej jednostce organizacyjnej wskazanych w decyzji. Osobie skierowanej do pracy przy zwalczaniu epidemii dotychczasowy pracodawca jest obowiązany udzielić urlopu bezpłatnego na czas określony w decyzji. Okres urlopu bezpłatnego zalicza się do okresu pracy, od którego zależą uprawnienia pracownicze u tego pracodawcy. Wówczas podmiot leczniczy lub jednostka organizacyjna, do której została skierowana pielęgniarka lub położna, nawiązując z osobą

skierowaną do pracy stosunek pracy na czas wykonywania określonej pracy, na okres nie dłuższy niż wskazany w decyzji (art. 42 ust. 7-9 ustawy o chorobach zakaźnych).

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

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

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

1) kobiety w ciąży,

2) osoby wychowujące małoletnie dzieci, w tym osoby wychowujące samotnie dzieci do lat 18 (a zatem każdej osobie, która ma na wychowaniu dzieci, bez względu na to, czy opiekę nad dzieckiem może przejąć inna osoba),

3) osoby, które ukończyły 60 lat,

4) osoby z orzeczonymi chorobami przewlekłymi.

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

3. Sankcja za niewykonanie decyzji administracyjnej o oddelegowaniu

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

Podsumowanie

1. Osoby wykonujące zawód pielęgniarki lub położnej zatrudnione na podstawie umowy o pracę mogą zostać przeniesione do opieki nad osobami podejrzanymi o zakażenie koronawirusem zgodnie z przepisami prawa pracy i postanowieniami umowy o pracę.

2. Osoby wykonujące zawód pielęgniarki lub położnej w podmiocie leczniczym nie mogą odmówić przeniesienia do innej pracy, niż określonej w umowie o pracę, a tym bardziej nie mogą odmówić przeniesienia do pracy, która odpowiada rodzajowi pracy określonej w umowie o pracę. Zaś na szpitalu jako na pracodawcy, spoczywać będzie zwiększone ryzyko odpowiedzialności za ewentualne zakażenia personelu medycznego. Jak opisano szerzej w pkt. III. 7 niniejszej opinii, szpital musi zadbać o dopełnienie obowiązków wynikających z przepisów o bezpieczeństwie i higienie pracy, tj. art. 207 kp § 1 zd. 1, art. 207 kp § 2 zd. 1, art. 227 § 1 kp, art. 229 § 1 pkt. 2 kp w zw. z art. 10 ust. 1 ustawy o chorobach zakaźnych oraz z art. 11 ust. 1 i 2 pkt. 4) ustawy o chorobach zakaźnych. Nie ulega wątpliwości, że sprostanie powyższym wymaganiom w obecnej sytuacji w kraju, będzie sprawiało dużą trudność praco-

dawcom. Sytuacja jest bowiem bezprecedensowa, liczba nowych zachorowań na koronawirusa z dnia na dzień wzrasta, a co za tym idzie znacznie zwiększają się potrzeby na środki ochrony w całym kraju.

3. Przeniesienie pracownika do innej pracy może nastąpić w przypadkach uzasadnionych potrzebami pracodawcy, na okres nieprzekraczający 3 miesięcy w roku kalendarzowym, jeżeli nie powoduje to obniżenia wynagrodzenia i odpowiada kwalifikacjom pracownika.

4. Obecnie za „uzasadnione potrzeby pracodawcy” można uznać zmiany organizacyjne, przeprowadzone w związku z realizacją przez publiczny podmiot leczniczy obowiązków wynikających z ustawy kryzysowej.

5. Osoby wykonujące zawód pielęgniarstwa lub położnej mające status pracownika, które zostają przeniesione do innej pracy niż określonej w umowie o pracę, w drodze polecenia pracowniczego wydanego zgodnie z art. 42 ust. 4 kodeksu pracy - nie podlegają wyłączeniu od wykonania tego polecenia z uwagi na sprawowanie opieki nad małoletnim dzieckiem, przewlekłe chorem, lub z uwagi na ukończenie 60 roku życia.

6. Natomiast zgodnie z kodeksem pracy - wyłączeniu takiemu będą podlegały

kobiety w okresie ciąży lub karmiące dziecko piersią. Zgodnie z art. 176 kp 1. Kobiety w ciąży i kobiety karmiące dziecko piersią nie mogą wykonywać prac uciążliwych, niebezpiecznych lub szkodliwych dla zdrowia, mogących mieć niekorzystny wpływ na ich zdrowie, przebieg ciąży lub karmienie dziecka piersią. Szczegółowa regulacja jest zawarta w rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 3 kwietnia 2017 r. w sprawie wykazu prac uciążliwych, niebezpiecznych lub szkodliwych dla zdrowia kobiet w ciąży i kobiet karmiących dziecko piersią Dz.U.2017.796.

7. O możliwości zobowiązania pielęgniarki lub położnej do opieki nad osobami podejrzanymi o zakażenie koronawirusem zatrudnionej na podstawie umowy cywilnoprawnej - decydują strony umowy poprzez oświadczenie woli w zawartej umowie.

8. Pielęgniarka lub położna bez względu na dotychczasową formę wykonywania zawodu może być skierowana do pracy przy zwalczaniu epidemii, w tym do opieki nad osobami podejrzanymi o zakażenie koronawirusem w trybie administracyjnoprawnym - na podstawie decyzji wojewody lub Ministra Zdrowia. W tym trybie nie mogą być skierowane pielęgniarki, jeżeli należą do jednej z grup podlegającej

wyłączeniu z mocy prawa na podstawie art. 47 ust. 3 ustawy o chorobach zakaźnych.

Zastrzeżenia:

1) Opinia została sporządzona według stanu prawnego na 23 marca 2020 r., godz. 9.00.

2) W opinii powołane zostały wprost podstawy prawne, orzecznictwo sądowe i dorobek doktryny prawa, o tyle, o ile było to niezbędne do wykazania słuszności przyjętych kwalifikacji prawnych. Co do zagadnień oczywistych i mogących być wywiedzionymi wprost z przepisów pominięto odwołanie się do judykatury i piśmiennictwa.

3) W związku z bezprecedensową i wciąż dynamicznie zmieniającą się sytuacją w Polsce w tym, na bieżąco powstającymi nowymi aktami prawnymi związanymi z ogłoszonym stanem epidemii, nie jest możliwe precyzyjne przewidywanie ewentualnych rozstrzygnięć sądów pracy, w razie ewentualnych sporów sądowych mogących powstać na tle omawianych w niniejszej opinii przepisów. Każda sprawa będzie bowiem podlegała indywidualnej ocenie sądu pracy, mając na uwadze okoliczności konkretnej sprawy.

OPINIA W SPRAWIE UPRAWNIEN I OBOWIĄZKÓW

PRACODAWCÓW I PRACOWNIKÓW W KONTEKŚCIE ZAGROŻENIA ZARAŻENIEM KORONAWIRUSEM SARS-COV-2 I WYWOŁYWANĄ PRZEZ NIEGO CHOROBA COVID-19

adw. Anita Jaroszevska-Góra

Do biura DOIPiP we Wrocławiu zwrócono się z prośbą o wydanie opinii w sprawie uprawnień i obowiązków pracodawców i pracowników w kontekście zagrożenia zarażeniem koronawirusem SARS-CoV-2 i wywoływanej przez niego chorobą Covid-19.

W związku z treścią zapytania opiniujący zajmuje poniższe stanowisko.

Pracownikom nieobecnym z powodu kwarantanny przysługuje wynagrodzenie za czas choroby. Obowiązują tutaj takie same zasady jak w pozostałych przypadkach wypłaty tego świadczenia - przez pierwsze 33 dni (lub 14 dni w przypadku pracownika, który ukończył 50 rok życia) koszty pokrywa pracodawca (wynagrodzenie chorobowe), następnie zaś Zakład

Ubezpieczeń Społecznych (zasiłek chorobowy). W przypadku kwarantanny trwającej 14 dni, pełny koszt pokrywa pracodawca, płatnikskładek.

Za okres niezdolności do pracy powstałej na skutek choroby lub odosobnienia w związku z chorobą zakaźną, która trwa łącznie do 33 dni w ciągu roku kalendarzowego, a w przypadku pracownika, który ukończył 50 rok życia, która trwa łącznie do 14 dni w ciągu roku kalendarzowego, pracownik ma prawo do otrzymania 80% wynagrodzenia. Wynagrodzenie za ten okres jest finansowane ze środków pracodawcy, jeżeli wewnątrz Zakładowe przepisy prawa pracy nie przewidują wyższej wysokości wynagrodzenia chorobowego. Wynagrodzenie chorobowe w wyższej wysokości -

100% - przysługuje za czas niezdolności do pracy spowodowanej:

- 1) wypadkiem w drodze lub z pracy,
- 2) wypadkiem przy pracy albo chorobą zawodową,
- 3) chorobą przypadającą w trakcie ciąży,
- 4) poddaniem się niezbędnym badaniom lekarskim przewidzianym dla kandydatów na dawców komórek, tkanek i narządów oraz poddaniem się zabiegowi pobrania komórek tkanek i narządów.

Prawo do wynagrodzenia chorobowego pracownik nabywa po upływie tzw. okresu wyczekiwania, czyli 30 dni nieprzerwanego obowiązkowego ubezpieczenia chorobowego. Do okresu wyczekiwania wlicza się również poprzednie okresy ubezpieczenia chorobowego, jeżeli przerwa

między nimi nie przekroczyła 30 dni. Wynagrodzenie chorobowe przysługuje za każdy dzień niezdolności do pracy wraz z dniami wolnymi od pracy. Nie ulega również obniżeniu w przypadku ograniczenia podstawy wymiaru zasiłku chorobowego oraz nie przysługuje w przypadku, gdy pracownik nie nabył do niego prawa.

Prawo do świadczenia za ten okres przysługuje tylko w dwóch sytuacjach:

- gdy pracownik został objęty decyzją inspektora sanitarnego o poddaniu się kwarantannie lub izolacji - zgodnie z przepisami ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi - (decyzję może dostarczyć do pracodawcy bądź ZUS po okresie kwarantanny lub izolacji)
- gdy zakażenie dało już objawy i pracownik uzyska zwolnienie lekarskie.

Może wystąpić również sytuacja, o której mowa w art. 35 ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi – gdy lekarz przyjmujący do szpitala, miejsca izolacji lub odbywania kwarantanny sam zdecyduje – bez decyzji inspektora sanitarnego – żeby daną osobę poddać hospitalizacji lub kwarantannie i badaniom. Wówczas ubezpieczony może otrzymać decyzję inspektora sanitarnego w późniejszym terminie. Na tej podstawie otrzyma świadczenia z tytułu choroby. Jeśli natomiast w międzyczasie ujawnią się objawy zakażenia, lekarz wyda zwolnienie lekarskie i zasiłek będzie wypłacany na tej podstawie.

Pracownik, który sam zdecyduje o izolacji, nie może liczyć ani na wynagrodzenie, ani na zasiłek z ZUS. Jeżeli nie jest chory i nie posiada decyzji inspektora sanitarnego, nie ma podstaw do wypłaty tych świadczeń.

Wynagrodzenie z zasiłkiem można pobierać nie dłużej niż przez 182 dni. Wlicza się tu zarówno świadczenie wypłacane za okres kwarantanny, jak i późniejszego zwolnienia lekarskiego. Dłuższy okres zasiłkowy – 270 dni – przysługuje tylko w sytuacji, gdy izolacja czy absencja zdrowotna przyda w okresie ciąży lub dotknęła osobę chorą na gruźlicę.

Osoby, które spędzą czas kwarantanny lub choroby w domu, mogą liczyć na zasiłek w wysokości 80 proc. podstawy. Zatrzymanie w szpitalu oznacza niższe świadczenie – w wysokości 70 proc. Są tu jednak wyjątki:

- pracownik w wieku powyżej 50 lat dostanie 80-proc. zasiłek za okres, w którym młodszy pracownicy otrzymaliby jeszcze wynagrodzenie chorobowe od pracodawcy (za pobyt w placówce

przypadający od 15. do 33. dnia absencji w roku kalendarzowym),

- kobieta w ciąży otrzyma pełny, 100-proc. Zasiłek,
- ubezpieczony, którego absencja będzie przypadać na czas niezdolności do pracy spowodowanej wypadkiem przy pracy lub chorobą zawodową – również otrzyma 100-proc. świadczenie.

W pierwszej kolejności warto podkreślić, że pracownik nie może samodzielnie i bez zgody pracodawcy zdecydować o nieprzyjściu do pracy. Nawet jeżeli źle się czuje i podejrzewa u siebie koronawirusa. W takim przypadku powinien wziąć urlop (np. na żądanie) albo usprawiedliwić swoją nieobecność zwolnieniem lekarskim. W sytuacji, gdy pracodawca wyrazi zgodę na niestawienie się w pracy, wtedy mamy do czynienia z usprawiedliwioną nieobecnością, za którą pracownik nie otrzymuje żadnego wynagrodzenia, ale i nie może z jej powodu ponieść negatywnych skutków prawnych, jak zwolnienie z pracy. W analogicznej sytuacji, gdy to pracodawca sam podejmie decyzję o niedopuszczeniu pracownika do pracy ze względu na podejrzenie wystąpienia u niego koronawirusa, pracownikowi należy się za ten czas pełne wynagrodzenie.

Pracodawca nie poniesie natomiast kosztów nieobecności pracowników mających dzieci do lat ośmiu, które pozostaną w domu, w związku z zamknięciem z powodu koronawirusa żłobków, przedszkoli i szkół. Opiekunom przysługuje zasiłek opiekuńczy od pierwszego dnia finansowany z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych.

Zamknięcie firmy (w tym szpitala, oddziału) z powodu zagrożenia koronawirusem uznaje się za przestój w rozumieniu art. 81 kodeksu pracy. Pojawiają się poglądy, że takiego zamknięcia nie można uznać za przestój, ponieważ powód tej sytuacji w ogóle nie leży po stronie pracodawcy. Pracownikom nie powinno zatem przysługiwać wynagrodzenie za przestój. Takie stanowisko należy uznać za błędne. W rozumieniu tego przepisu za przyczyny dotyczące pracodawcy uznaje się zarówno powody zależne od pracodawcy, jak i od niego niezależne, do których zaliczamy:

- zachowania samego pracodawcy (osób działających w jego imieniu),
- zachowania podmiotów trzecich (również innych pracowników),
- siłę wyższą (klęskę żywiołową),
- przypadek.

Na takie szerokie rozumienie art. 81 k.p. wskazał Sąd Najwyższy m.in. w wyroku z 11 kwietnia 2001 r. (I PKN 344/00) uznając, że: „Przepis art. 81 § 1 k.p. nie

stanowi, że przyczyny nieświadczenia pracy mają być zawinione przez pracodawcę albo mają polegać na jego bezprawnym zachowaniu się. Oznacza to, że ustawodawca chciał w szeroki sposób ukształtować uprawnienie pracownika do wynagrodzenia za gotowość do pracy, przerzucając na pracodawcę ryzyko związane z niemożliwością zapewnienia pracownikowi pracy zgodnie z postanowieniami umowy o pracę (treścią stosunku pracy)”.

Analogiczne stanowisko w tym przedmiocie zajęła również Państwa Inspekcja Pracy. W oficjalnym komunikacie zamieszczonym na stronie internetowej 12 marca 2020 r. uznała, że: „W przypadku, gdy pracodawca będzie musiał zamknąć swój zakład pracy albo jego część, bądź gdy nie ma możliwości polecenia pracownikowi wykonywania pracy zdalnej, zastosowanie znajdzie art. 81 § 1 kodeksu pracy. Konieczność zamknięcia zakładu pracy w celu przeciwdziałania COVID-19 będzie przyczyną dotyczącą pracodawcy – mimo że będzie to przyczyna niezawiniona przez pracodawcę (podobnie jak odcięcie prądu w mieście, w tym również w zakładzie pracy, co uniemożliwia pracę; powódź, która załamała zakład pracy itp.)”. Tym samym nie powinno budzić wątpliwości, że w sytuacji zamknięcia zakładu pracy w związku z pandemią koronawirusa mamy do czynienia z przestojem w rozumieniu art. 81 k.p.

Zgodnie z literalnym brzmieniem tego przepisu, gdy pracownik ma określoną w umowie o pracę stawkę miesięczną lub godzinową, za przestój przysługuje mu wynagrodzenie wynikające z jego osobistego zaszeregowania. Oznacza to, że co do zasady, ma prawo do 100 proc. wynagrodzenia zasadniczego. Jedynie w sytuacji, gdy zatrudniony nie ma wyodrębnionej w umowie o pracę miesięcznej ani godzinowej stawki, przysługuje mu 60 proc. wynagrodzenia, które ustala się przyjmując za podstawę reguły dotyczące obliczenia wynagrodzenia urlopowego. Chodzi tu głównie o wynagrodzenie akordowe lub prowizyjne.

Z uwagi na to, że obowiązujące przepisy nie definiują pojęcia „stawki osobistego zaszeregowania”, to sformułowanie budzi spore wątpliwości w praktyce. Z pomocą w tym zakresie przychodzi orzecznictwo, które mówi, że: „Do wynagrodzenia przewidzianego w art. 81 § 1 k.p. nie mają zastosowania zasady obowiązujące przy ustalaniu wynagrodzenia za urlop i wobec tego w wynagrodzeniu tym nie mogą być uwzględnione inne składniki niż te, które wynikają z zaszeregowania pracownika i są określone stawką godzinową lub miesięczną”. Oznacza to, że do omawianej kategorii nie zalicza się różnego rodzaju dodatków,

tj. premii, wynagrodzenia za pracę ponadwymiarową, dodatku stażowego oraz dodatku za uciążliwe warunki. Biorąc pod uwagę fakt, że dodatek funkcyjny – w odróżnieniu od innych dodatków – wiąże się bezpośrednio (tak jak wynagrodzenie zasadnicze) z wykonywaną funkcją, powinien również mieścić się w kategorii osobistego zaszerogowania pracownika. Za koniecznością zaliczenia dodatku funkcyjnego do kategorii osobistego zaszerogowania przemawia również fakt, że nie zawsze jest on określany w umowie o pracę procentowo od płacy zasadniczej. Często zdarza się, że jest ustalany kwotowo. Tym samym, dalece nieuprawnione jest twierdzenie o możliwości wykluczenia dodatku funkcyjnego z kategorii osobistego zaszerogowania tylko z tej przyczyny, że nie jest określony stawką miesięczną, skoro często zdarza się, że w umowach o pracę dodatek funkcyjny jest określony poprzez wskazanie konkretnej kwoty (uchwała 7 sędziów z 30 grudnia 1986 r. (III PZP 42/86), mająca moc zasady prawnej – „Wynagrodzenie pracownika wynikające z jego osobistego zaszerogowania obejmuje oprócz wynagrodzenia zasadniczego również dodatek funkcyjny”).

Wstrzymanie pracy nie przerywa urlopu wypoczynkowego pracownikom, którzy już na nim przebywają. Oznacza to, że osoby, które korzystały z urlopu w momencie wstrzymania pracy zakładu, nie mogą domagać się niejako „zawieszenia” tego urlopu i udzielenia im jego dalszej części już po zakończeniu przestoju. Ponadto pracodawcy w okresie przestoju mogą kierować pracowników na zaległe urlopy wypoczynkowe. Takie stanowisko wydaje się jak najbardziej słuszne. Wykorzystanie przez pracowników zaległych urlopów z pewnością ograniczy koszty związane z zamknięciem zakładu. Podczas sytuacji kryzysowej pracodawca może polecić pracownikom wykorzystanie zaległych urlopów wypoczynkowych z poprzednich lat. Urlopy wypoczynkowe za okres bieżący wymagają uzgodnienia z pracownikiem i w tym obszarze kluczową rolę pełni odpowiednia komunikacja z pracownikami, jak również wykorzystanie planu urlopów. Na pisemny wniosek pracownika pracodawca może udzielić mu urlopu bezpłatnego, przy czym nie ma możliwości samodzielnego skierowania pracownika na urlop bezpłatny.

W przypadkach uzasadnionych potrzebami pracodawcy może on powierzyć pracownikowi inną pracę niż określona w umowie o pracę na okres nieprzekraczający 3 miesięcy w roku kalendarzowym, o ile odpowiada ona kwalifikacjom pracownika – takie powierzenie nie wymaga złożenia pracownikowi wypowiedzenia zmieniającego. Podobnie powierzenie innej pracy jest

możliwe w trakcie przestoju przez cały okres jego trwania.

Uprawnienia pracowników (w tym pielęgniarek i położnych) streścić można według poniższego zestawienia:

- pracownik, który został **zwolniony z obowiązku świadczenia pracy** – zachowuje prawo do wynagrodzenia,
- pracownik, który został **odsunięty od pracy** z powodu wystąpienia zdarzenia wskazującego na zmianę stanu zdrowia pracownika na mocy art. 207 § 2 k.p. – zachowuje prawo do wynagrodzenia,
- pracownikowi, który **dobrowolnie powstrzyma się od pracy** i nie otrzyma zaświadczenia lekarskiego ani decyzji inspektora sanitarnego, nie przysługuje prawo do świadczeń pieniężnych w razie choroby,
- pracownikowi, który **jest chory** (stał się niezdolny do pracy z powodu choroby w czasie trwania ubezpieczenia chorobowego) – przysługuje wynagrodzenie chorobowe a następnie zasiłek chorobowy,
- **pracownikowi, który został poddany kwarantannie lub izolacji** na mocy decyzji państwowego inspektora sanitarnego lub państwowego granicznego inspektora sanitarnego – przysługuje wynagrodzenie chorobowe a następnie zasiłek chorobowy (nie dotyczy to dziecka objętego kwarantanną),
- pracownikowi, który sprawuje osobistą **opiekę nad chorym dzieckiem lub członkiem rodziny**, gdy lekarz wystawił z tego tytułu zaświadczenie lekarskie – przysługuje prawo do zasiłku opiekuńczego na ogólnych zasadach,
- pracownikowi sprawującemu **opiekę nad dzieckiem objętym kwarantanną lub izolacją** na mocy decyzji powiatowego inspektora sanitarnego lub państwowego granicznego inspektora sanitarnego – przysługuje prawo do zasiłku opiekuńczego,
- pracownikowi, który **sprawuje opiekę nad dzieckiem w wieku do ukończenia 8 lat w przypadku nieprzewidzianego zamknięcia żłobka, klubu dziecięcego, przedszkola lub szkoły**, do których uczęszcza dziecko – przysługuje prawo do dodatkowego zasiłku opiekuńczego,
- pracownikowi w czasie zamknięcia szpitala, oddziału z powodu zagrożenia koronawirusem (przestoju) – przysługuje wynagrodzenie.

Na mocy ustawy z dnia 31 marca 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w zakresie systemu ochrony zdrowia związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 (Dz. U. z 2020 r., poz. 567) ubezpieczonemu

wykonującemu zawód medyczny zatrudnionemu w podmiocie leczniczym (również pielęgniarkom i położnym) podniesiono zasiłek chorobowy z 80% na 100% podstawy wymiaru zasiłku obliczonej na podstawie przepisów ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa. W treści art. 15 cyt. ustawy zawarto zapis, iż „w okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii ubezpieczonemu wykonującemu zawód medyczny zatrudnionemu w podmiocie leczniczym, w okresie podlegania obowiązkowej kwarantannie lub izolacji w warunkach domowych, o których mowa w przepisach o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, wynikających z pozostawania w styczności z osobami chorymi z powodu COVID-19 w związku wykonywaniem obowiązków wynikających z zatrudnienia w podmiocie leczniczym oraz w czasie niezdolności do pracy z powodu COVID-19 powstałej w związku wykonywaniem obowiązków wynikających z zatrudnienia w podmiocie leczniczym 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);

Pielęgniarka/położna nie traci również prawa do dodatkowego zasiłku opiekuńczego, jeżeli w okresie jego pobierania świadczy pracę w podmiocie leczniczym w ramach dyżuru medycznego w godzinach innych niż czas zwolnienia od wykonywania pracy w związku z osobistym sprawowaniem opieki, oraz poza normalnymi godzinami pracy (przepisu art. 17 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa nie stosuje się);

Pielęgniarka/położna nie traci prawa do zasiłku chorobowego, jeżeli w okresie podlegania obowiązkowej kwarantannie lub izolacji w warunkach domowych, o której mowa w przepisach o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi świadczy pracę zdalną, o której mowa w art. 3, na rzecz podmiotu wykonującego działalność leczniczą lub udziela świadczeń zdrowotnych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności (przepisu art. 17 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa nie stosuje się).

NAJWAŻNIEJSZE ZMIANY

DOTYCZĄCE WYKONYWANIA ZAWODU PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH WPROWADZONE NA MOCY USTAWY Z DNIA 31 MARCA 2020 R. O ZMIANIE NIEKTÓRYCH USTAW W ZAKRESIE SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA ZWIĄZANYCH Z ZAPOBIEGANIEM, PRZECIWDZIAŁANIEM I ZWALCZANIEM COVID-19 (DZ. U. Z 2020 R., POZ. 567):

adw. Anita Jaroszevska-Góra

– **Art. 3. W ustawie z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi** (Dz. U. z 2019 r. poz. 1222) wprowadzono zmianę, iż pielęgniarka będzie mogła kwalifikować dawców do oddania krwi lub jej składników (dodano art. 16a stanowiący, iż w przypadku ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego, stanu epidemii albo w razie niebezpieczeństwa szerzenia się zakażenia lub choroby zakaźnej, które może stanowić zagrożenie dla zdrowia publicznego czynności związane z pobieraniem krwi lub jej składników, o których mowa w art. 15 ust. 1 pkt 1–3 oraz w art. 16 ust. 3, wykonywane przez lekarza, na polecenie kierownika jednostki organizacyjnej publicznej służby krwi, mogą być wykonywane przez pielęgniarkę, która: 1) przeprowadziła, pod nadzorem lekarza, co najmniej 100 kwalifikacji dawców do oddania krwi lub jej składników; 2) posiada prawo wykonywania zawodu pielęgniarki).

– **Art. 8. W ustawie 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, 322 i 374) wprowadzono następujące zmiany:

– możliwość wprowadzenia przez ministra właściwego do spraw zdrowia uproszczonej dokumentacji medycznej, uproszczonego sposobu jej przetwarzania oraz skróconego okresu przechowywania;

– doprecyzowano katalog pracowników podmiotów leczniczych, osób wykonujących zawody medyczne oraz osób, z którymi podpisano umowy na wykonywanie świadczeń zdrowotnych, które są wyłączone od skierowania do pracy przy zwalczaniu epidemii na mocy decyzji wojewody lub ministra do spraw zdrowia. Skierowaniu do pracy niosącej ryzyko zakażenia przy zwalczaniu epidemii nie podlegają: 1) osoby, które nie ukończyły 18 lat bądź ukończyły 60 lat; 2) kobiety w ciąży, 2a) osoby samotnie wychowujące dziecko w wieku do 18 lat, 2b) osoby wychowujące dziecko w wieku do 14 lat, 2c) osoby wychowujące dziecko z orzeczeniem o niepełnosprawności lub orzeczeniem o potrzebie kształcenia specjalnego, 3) osoby, u których orzeczono częściową lub całkowitą niezdolność do pracy, 3a) W przypadku

gdy dziecko w wieku powyżej 14 lat jest wychowywane przez dwoje osób, którym przysługuje władza rodzicielska, do pracy przy zwalczaniu epidemii może zostać skierowana wyłącznie jedna z nich. 4) inwalidzi i osoby z orzeczonymi chorobami przewlekłymi; 5) osoby, o których mowa w art. 2 ustawy z dnia 31 lipca 1981 r. o wynagrodzeniu osób zajmujących kierownicze stanowiska państwowe (Dz. U. z 2019 r. poz. 152), oraz posłowie i senatorowie Rzeczypospolitej Polskiej.

– uzupełniono, iż decyzja o skierowaniu do pracy przy zwalczaniu epidemii może być przekazywana w każdy możliwy sposób zapewniający dotarcie decyzji do adresata, w tym ustnie. Nie wymaga uzasadnienia. Przekazana w sposób inny niż na piśmie jest następnie doręczana na piśmie, po ustaniu przyczyn uniemożliwiających doręczenie w ten sposób.

– Pielęgniarki/położne, które nie mają wykształcenia wyższego będą mogły pełnić dyżur medyczny w podmiotach leczniczych udzielających świadczeń przez całą dobę;

– **Art. 10. W ustawie z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2020 r. poz. 562)** po art. 26a dodano art. 26b, na podstawie którego skrócono czasu odbycia przeszkolenia dla pielęgniarek i położnych po przerwie dłuższej niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat. Pielęgniarki/położne będą mogły w okresie pierwszych 2 tygodni wykonywania zawodu pod nadzorem i we współpracy z inną pielęgniarką lub położną wykonującą zawód w tym samym podmiocie leczniczym odbyć przeszkolenie i rozpocząć pracę w tym podmiocie, po uprzednim zawiadomieniu o tym okręgowej rady pielęgniarek i położnych właściwej ze względu na planowane miejsce wykonywania zawodu. Ten okres wykonywania zawodu właściwa okręgowa rada pielęgniarek i położnych zaliczy do okresu przeszkolenia, o którym mowa w art. 26 ust. 1, jeżeli pielęgniarka lub położna zawiadomi o zamiarze wykonywania zawodu zgodnie z art. 26 ust. 1 w terminie roku od dnia zakończenia wykonywania zawodu ww. trybie.

– **Art. 15. W ustawie 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)** wprowadzono następujące zmiany:

– podniesiono zasiłek chorobowy z 80% na 100% podstawy wymiaru zasiłku obliczonej na podstawie przepisów ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa - (w okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii ubezpieczonemu wykonującemu zawód medyczny zatrudnionemu w podmiocie leczniczym, w okresie podlegania obowiązkowej kwarantannie lub izolacji w warunkach domowych, o których mowa w przepisach o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, wynikających z pozostawania w styczności z osobami chorymi z powodu COVID-19 w związku wykonywaniem obowiązków wynikających z zatrudnienia w podmiocie leczniczym oraz w czasie niezdolności do pracy z powodu COVID-19 powstałej w związku wykonywaniem obowiązków wynikających z zatrudnienia w podmiocie leczniczym 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);

– pielęgniarka/położna nie traci prawo do dodatkowego zasiłku opiekuńczego, jeżeli w okresie jego pobierania świadczy pracę w podmiocie leczniczym w ramach dyżuru medycznego w godzinach innych niż czas zwolnienia od wykonywania pracy w związku z osobistym sprawowaniem opieki, oraz poza normalnymi godzinami pracy (przepisu art. 17 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa nie stosuje się);

– pielęgniarka/położna nie traci prawa do zasiłku chorobowego, jeżeli w okresie podlegania obowiązkowej kwarantannie lub izolacji w warunkach

domowych, o której mowa w przepisach o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi świadczy pracę zdalną, o której mowa w art. 3, na rzecz podmiotu wykonującego działalność leczniczą lub udziela świadczeń zdrowotnych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności (przepisu art. 17 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa nie stosuję).

– Minister właściwy do spraw zdrowia może określić, w drodze rozporządzenia, standardy w zakresie ograniczeń przy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej pacjentom innym niż z podejrzeniem lub zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 przez osoby wykonujące zawód medyczny w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej mające bezpośredni kontakt z pacjentami z podejrzeniem lub zakażeniem tym wirusem, mając na względzie potrzebę zapobiegania i zwalczania zakażeń COVID-19;

– w szczególnie uzasadnionych przypadkach związanych z koniecznością zapobiegania oraz zwalczania zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, w tym w przypadku odmowy wykonania polecenia, o którym mowa w art. 10 ust. 1 albo art. 11 ust. 1, lub jego nienależytego wykonania przez podmiot leczniczy prowadzący szpital, minister właściwy do spraw zdrowia może zawiesić, w drodze decyzji, kierownika

podmiotu leczniczego prowadzącego szpital, w wykonywaniu praw i obowiązków oraz wyznaczyć do ich wykonywania pełnomocnika, zawiadamiając o tym właściwego wojewodę oraz organ powołujący zawieszonoego kierownika. Decyzja ta podlega natychmiastowemu wykonaniu.

– Umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wygasające w trakcie stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii mogą zostać przedłużone, w celu zapewnienia ciągłości i dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej, za zgodą stron danej umowy na okres niezbędny do przeprowadzenia, po odwołaniu stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii, konkursu ofert lub rokowań, o których mowa w art. 139 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;

– wprowadzono możliwość udzielania teleporad również przez pielęgniarki i położne wykonujące zawód w różnych formach zatrudnienia.

II. Najważniejsze zmiany dotyczące usprawnienia pracy samorządów zawodowych w czasie epidemii COVID-19 wprowadzone na mocy ustawy z dnia 31 marca 2020 r. o zmianie ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji

kryzysowych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2020 r., poz. 568)

– Art. 14h. 1. W okresie obowiązywania stanu zagrożenia epidemicznego albo stanu epidemii ogłoszonego z powodu COVID-19, kolegalne organy samorządów zawodowych, a także ich organy wykonawcze oraz inne organy wewnętrzne mogą podejmować uchwały przy wykorzystaniu środków bezpośredniego porozumiewania się na odległość lub w trybie obiegowym.

– 2. Uchwała podjęta w trybie, o którym mowa w ust. 1, jest ważna, gdy wszyscy członkowie danego organu zostali powiadomieni o treści projektu uchwały i terminie oddania głosu oraz w głosowaniu wzięła udział co najmniej połowa członków tego organu.

– 3. W przypadku gdy ustawa szczególna wymaga podjęcia uchwały w głosowaniu tajnym, organy, o których mowa w ust. 1, mogą w trybie, o którym mowa w ust. 1, znieść wymóg tajności głosowania w określonej sprawie.

PISMO NIPIP

Prezes NRPIP - Zofia Małas



NACZELNA IZBA
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

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.ewzm.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 posiadająca 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.

STANOWISKO Z DNIA 19 MARCA 2020

Sekretarz DORPiP - Urszula Olechowska
Przewodnicząca DORPiP - Anna Szafran

Prezydium Dolnośląskiej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu z dnia 19 marca 2020r. wobec dodatkowych dyżurów pełnionych przez pielęgniarki zatrudnione w innych jednostkach ochrony zdrowia w oddziałach zakaźnych (szpitali jednoimiennych) przeznaczonych dla pacjentów zakażonych koronawirusem SARS-CoV-2.

Z uwagi na wprowadzenie na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemicznego ze względu na rozprzestrzenianie się zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2, Prezydium Dolnośląskiej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu zgłasza uzasadnione obawy co do możliwości świadczenia przez pielęgniarki, położne jednocześnie pracy w szpitalach jednoimiennych - zakaźnych lub oddziałach zakaźnych i innych jednostkach ochrony zdrowia.

Zakażenie koronawirusem SARS-CoV-2 jest objęte regulacją ustawy z 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi. Specjalne rozwiązania wprowadziła ustawa z 2 marca 2020r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych, która weszła

w życie z dniem 8 marca 2020r. i ma wpływ na zadania i obowiązki podmiotów leczniczych oraz zatrudnionych w nich pracowników. W celu zapobiegania lub ograniczenia szerzenia się zakażenia SARS-CoV-2 stosuje się wszelkie działania opisane w tej ustawie.

Ze względu na ochronę zdrowia publicznego, osoby wykonujące zawody medyczne wskazane przepisami ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, w tym pielęgniarki i położne, zobowiązane zostały do uczestnictwa w sprawowaniu nadzoru epidemicznego poprzez realizację konkretnych, nałożonych przepisami prawa - obowiązków.

Szczególne rozwiązania dla ochrony zdrowia zobowiązują do zachowania szczególnej ostrożności przy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej. Pielęgniarki, położne, których jednym z miejsc pracy jest szpital jednoimienno - zakaźny czy oddział zakaźny, z racji wykonywanych obowiązków zawodowych szczególnie narażone są na kontakt z osobami zakażonymi.

Narodowy Fundusz Zdrowia w dniu 15 marca 2020r. wydał „Komunikat dla świadczeniodawców w sprawie zasad udzielania świadczeń opieki zdrowotnej”, mając na celu minimalizację ryzyka transmisji infekcji COVID-19. NFZ zaleca

ograniczenie do niezbędnego minimum lub nawet czasowego zawieszenia udzielania świadczeń wykonywanych planowo lub zgodnie z przyjętym planem postępowania leczniczego.

Należy pamiętać, że przypadku podejrzenia lub rozpoznania choroby zakaźnej lub zakażenia personel medyczny ma obowiązek podjęcia różnych działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń. Pielęgniarki, położne udzielające świadczeń zdrowotnych w szpitalach jednoimiennych - zakaźnych i oddziałach zakaźnych, mogą być szczególnie narażone na ryzyko zakażenia wirusem. W takim przypadku stanowią bezpośrednie zagrożenie dla zdrowia i życia innych osób z którymi mają kontakt, a w szczególności mogą stanowić zagrożenie dla osób osłabionych chorobami i będących pacjentami innych podmiotów leczniczych i pozostałego personelu.

Prezydium Dolnośląskiej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu, rekomenduje powstrzymanie się przez członków samorządu jednocześnie pracy w podmiotach leczniczych jednoimiennych - zakaźnych lub oddziałach zakaźnych i innych jednostkach ochrony zdrowia.

ROZPORZĄDZENIE PRZEDŁUŻAJĄCE TZW. ZEMBALÓWKĘ

Źródło: www.nipip.pl

Mamy Rozporządzenie przedłużające tzw. Pakiet Szumowskiego do końca 2020 roku!

To dla nas bardzo istotna informacja. Mimo kryzysowej sytuacji, koncentrowania sił na walce z pandemią koronawirusa, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych oraz Ogólnopolski Zawodowy Pielęgniarek i Położnych wnioskowały do Ministra Zdrowia o podjęcie działań, które zagwarantują kontynuację wypłaty środków przeznaczonych dla pielęgniarek po 31 marca 2020 r. W Dzienniku Ustaw opublikowano właśnie Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 marca 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków

umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Wchodzi ono w życie 1 kwietnia 2020 r. i przedłuża działanie OWU do 31 grudnia 2020r.

Przyjęte przepisy pozwolą na realizację Porozumienia zawartego 9 lipca 2018 r. pomiędzy Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Pielęgniarek i Położnych, Naczelną Izbą Pielęgniarek i Położnych, Ministrem Zdrowia oraz Narodowym Funduszem Zdrowia w zakresie wzrostu wynagrodzeń pielęgniarek i położnych.

Zgodnie z par. 2 ust. 5. Dyrektor właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia jest obowiązany, w terminie 14 dni od dnia wejścia

w życie niniejszego rozporządzenia do przedstawienia świadczeniodawcy posiadającego umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna, zmiany umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, obejmującej wysokość dodatkowych środków na świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez pielęgniarki i położne w okresie od dnia 1 kwietnia 2020r. do dnia 31 grudnia 2020r., w sposób gwarantujący wypłatę kwot, o których mowa w § 4 ust.6 pkt 3 i § 4a rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2015r.

APEL NRPIP

W SPRAWIE PROJEKTU USTAWY O ZMIANIE NIEKTÓRYCH USTAW W ZAKRESIE SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA ZWIĄZANYCH Z ZAPOBIEGANIEM, PRZECIWDZIAŁANIEM I ZWALCZANIEM COVID-19

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych z dnia 26 marca 2020 roku

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych **Wskazuje:** zgodnie z treścią przyrzeczenia środowisko pielęgniarek i położnych jest zobowiązane nieść pomoc każdemu człowiekowi w zagrożeniu zdrowia i życia. W obecnych warunkach rzetelnie i z godnością sprawujemy to postannictwo. Ryzykujemy swoim życiem i zdrowiem. Jest to wpisane w specyfikę wykonywanego zawodu. Choć boimy się tego ryzyka, to podejmujemy walkę o ludzkie życie i zdrowie.

Rolą rządzących, samorządów, dyrekcji placówek jest stworzenie pielęgniarkom i położnym takich warunków pracy, by zminimalizować ich zagrożenie życia i zdrowia. Tymczasem projektowane przepisy zawarte w ustawach, które mają wprowadzać szczególnie środki zwalczania epidemii nie niosą rozwiązań zapewniających bezpieczeństwo pracy pielęgniarek i położnych.

Więcej, prowadzą do postawienia na szali ludzkiego życia. Jak inaczej bowiem można rozumieć propozycję, zgodnie z którą pielęgniarki nie wykonujące zawodu od pięciu lat mogą stanąć do pracy. Nie sposób tej propozycji odczytywać inaczej, jak przyjął ustawodawca, że jeśli „skończą” się pielęgniarki czynnie wykonujące zawód, to powoła się do służby pielęgniarki, które dotychczas nie wykonywały zawodu.

Niehumanitarnym rozwiązaniem jest również, ograniczenie grupy osób, które nie mogą być skierowane administracyjnie do pracy przy zwalczaniu epidemii w warunkach zagrożenia zakażeniem. Dotychczas, żadna pielęgniarka, która miała małe dziecko nie mogła być przymuszona do pracy w takich warunkach. Wedle projektu tylko matka samotnie wychowująca dziecko ma nie być objęta potencjalnym skierowaniem do pracy w takich warunkach. Ustawodawca nie wykluczył również sytuacji, w której oboje rodzice wykonują zawód medyczny i oboje zostaną wezwani administracyjnie do pracy w warunkach ryzyka zakażeniem. Kto zaopiekuje się w tym wypadku małym dzieckiem? Tym ustawodawca się nie zainteresował.

Na tym nie koniec środków przymusu, jakimi chce posłużyć się ustawodawca, by zmusić pielęgniarki i położne do pracy przy zwalczaniu epidemii. Zgodnie

z projektem pielęgniarka czy położna, która zostanie przeniesiona do pracy na oddziale zakaźnym nie będzie mogła wykonywać swoich obowiązków w innej placówce, w której jest zatrudniona. Należy zapytać, czy ustawodawca dostatecznie rozważył, czy w czasie epidemii występuje tylko ryzyko zachorowania na jedną chorobę? Czy ludzie przestają chorować na inne choroby w tym czasie? Czy pomoc pielęgniarek i położnych nie jest niezbędna także w innych miejscach.

Wreszcie ustawodawca przez zespół wskazanych regulacji posługuje się również szantażem ekonomicznym wobec środowiska pielęgniarek i położnych. Przekaz proponowanych rozwiązań legislacyjnych jest jasny i czytelny: „Albo będziesz pracować przy zwalczaniu epidemii bez względu na koszty osobiste i swojej rodziny, albo nigdzie i pozostaniesz bez środków do życia!”.

Ustawodawca jednak na tym nie poprzestaje. Rezygnuje bowiem z pracowniczych badań przesiewowych. Pielęgniarki i położne będą zmuszone do pracy w warunkach nie tylko własnego zagrożenia zdrowotnego i ich rodzin, do których wracają po zakończeniu pracy. Będą musiały pracować ze świadomością, że same mogą stanowić zagrożenie dla pacjentów, których życia mają strzec.

Przez wiele lat jako całe środowisko przyjmowaliśmy postawę koncyliacyjną, nierzadko nie licząc się z własnym interesem ekonomicznym. Teraz, gdy ustawodawca nie liczy się z naszym życiem i zdrowiem, takiej postawy utrzymać nie możemy.

W związku z tym żądamy:

- 1. Zachowania dotychczasowego brzmienia zapisu art. 47 ustawy o zapobieganiu i zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych;**
- 2. Kierowanie pielęgniarek i położnych do pracy stwarzającej szczególne niebezpieczeństwo dla ich zdrowia i życia na podstawie wcześniejszych badań lekarskich oceniających, czy stan ich zdrowia w momencie przeniesienia pozwala na skierowanie do tej pracy;**
- 3. Przeprowadzanie systematycznych badań testowych w kierunku zakażeń wirusem SARS CoV-2;**
- 4. Zabezpieczenia zdrowia i życia każdej**

pielęgniarki i położnej środkami osobistej ochrony i nie zmuszania personelu medycznego do bezpodstawnego narażania zdrowia i życia.

Pragniemy także przypomnieć władzy publicznej, że:

Przyrodzona i niezbywalna godność człowieka stanowi źródło wolności i praw człowieka i obywatela. Jest ona nienaruszalna, a jej poszanowanie i ochrona jest obowiązkiem władz publicznych (art. 30 Konstytucji RP). Rzeczpospolita Polska zapewnia każdemu człowiekowi prawną ochronę życia (art. 38 Konstytucji RP).

Każda PIELĘGNIARKA, POŁOŻNA ma prawo do bezpiecznych i higienicznych warunków pracy, niezależnie od tytułu i podstawy zatrudnienia.

Ochrona zdrowia i życia osób wykonujących zawód pielęgniarki i położnej oraz bezpieczeństwo pracy nie ograniczają się tylko do nałożenia określonych obowiązków na osoby wykonujące pracę, ale obejmują także własne uprawnienia pielęgniarek i położnych służące ochronie ich zdrowia i życia jako dóbr osobistych.

Przypominamy, że praca znajduje się pod ochroną Rzeczypospolitej Polskiej, a państwo sprawuje nadzór nad warunkami wykonywania pracy. Rolą państwa jest w tym zakresie wprowadzenie właściwych uregulowań ustawowych oraz zapewnienie ich przestrzegania (art. 66 ust.1 i art. 24 Konstytucja RP).

Istnienie ekstraordynaryjnej sytuacji wynikającej z zagrożenia rozprzestrzeniania się zakażeń wirusem SARS CoV-2 wiąże się niewątpliwie z koniecznością wprowadzenia szczególnych rozwiązań organizacyjnych w publicznych podmiotach leczniczych, działania te jednak nie mogą być czynione wbrew ochronie zdrowia i życia pielęgniarek i położnych oraz osobom im najbliższym.

UCHWAŁA NR 50/2020/VII

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

Dolnośląska Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu z dnia 16 marca 2020 r

Sekretarz - Urszula Olechowska

Skarbnik - Jolanta Kolasińska

Przewodnicząca - Anna Szafran

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 DOIPiP 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.

OBOWIĄZKI PRACODAWCY A PRAWA PRACOWNICZE W CZASIE EPIDEMII

Radca prawny DOIPiP - Ewa Stasiak

Zakażenie koronawirusem SARS-CoV-2 od dnia 8 lutego 2020 r. jest objęte regulacją ustawy z 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (t. j. Dz. U. Z 2019r, poz. 1239 z późn. zm.). Specjalne rozwiązania wprowadziła ustawa z 2 lutego 2020r o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz. U. Z 2020r, pz. 47), która weszła w życie z dniem 8 marca 2020r i ma wpływ na zadania i obowiązki podmiotów leczniczych oraz zatrudnionych w nich pracowników. W celu zapobiegania lub ograniczenia szerzenia się zakażenia SARS-CoV-2 stosuje się wszelkie działania opisane w tej ustawie.

Pielęgniarki, położne udzielające świadczeń zdrowotnych w szpitalach jednolitych i oddziałach zakaźnych, szczególnie narażone są na ryzyko zachorowania lub stania się nosicielem wirusa.

W tym wyjątkowym czasie pracodawca ma szczególne obowiązki i zobowiązany jest do wdrożenia procedur

i środków bezpieczeństwa, tak by pomóc pracownikom w bezpiecznej pracy, szczególnie tym narażonym na zakażenie przez sam fakt konieczności pracy i kontaktu z dużą liczbą osób w ciągu dnia pracy. Tym bardziej, że jako pracodawca jest także kierownikiem podmiotu leczniczego, który zgodnie z zapisem art. 46 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r o działalności leczniczej (t. j. Dz. U. Z 2020r, poz. 295) ponosi odpowiedzialność za zarządzanie podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą.

Przepisy prawa pracy nakładają szereg obowiązków z zakresu BHP zarówno na pracodawcę, jak i na pracownika. Zgodnie z art. 207 § 1 Kodeksu pracy, pracodawca ponosi odpowiedzialność za stan bezpieczeństwa i higieny pracy w zakładzie pracy. W myśl § 2 tego przepisu, pracodawca jest obowiązany chronić zdrowie i życie pracowników przez zapewnienie bezpiecznych i higienicznych warunków pracy przy odpowiednim wykorzystaniu osiągnięć nauki i techniki. W szczególności pracodawca jest obowiązany m. in. do:

- organizowania pracy w sposób zapewniający bezpieczne i higieniczne warunki pracy;

- zapewnienia przestrzegania w zakładzie pracy przepisów oraz zasad bezpieczeństwa i higieny pracy, wydawać polecenia usunięcia uchybień w tym zakresie oraz kontrolować wykonanie tych poleceń;

- reagowania na potrzeby w zakresie zapewnienia bezpieczeństwa i higieny pracy oraz dostosowywać środki podejmowane w celu doskonalenia istniejącego poziomu ochrony zdrowia i życia pracowników, biorąc pod uwagę zmieniające się warunki wykonywania pracy.

Jednym z podstawowych obowiązków pracownika jest natomiast przestrzeganie zasad BHP w miejscu świadczenia pracy. Ma to również bezpośrednie przełożenie na zagrożenie koronawirusem SARS-CoV-2. Pracownik w przypadku ryzyka zarażenia siebie wirusem czy przeniesienia go na inną osobę powinien stosować się do poleceń pracodawcy, którego zadaniem jest zabezpieczenie środowiska pracy przed ryzykiem infekcji.

Sytuacja w kraju rozwija się dynamicznie. W dniu 20 marca 2020r na terytorium RP wprowadzony został stan epidemii. W stanie epidemii oznaczone

w ustawach podmioty muszą podjąć określone działania przeciwepidemiczne i zapobiegawcze dla zminimalizowania skutków epidemii. Ustawami takimi są powołane na wstępie ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi oraz ustawa z dnia 2 marca 2020r o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych. Zgodnie z przepisami tychże ustaw, Minister Zdrowia na terenie Polski, a Wojewodowie na terenie swoich województw, będą mogli delegować do pracy na tym obszarze personel medyczny, ale też inne osoby, które pomogą powstrzymać epidemię. W art. 47 ustawy z dnia 5 grudnia 2008r wyjaśniono co oznacza skierowanie do pracy przy zwalczaniu epidemii. I tak pracownicy podmiotów leczniczych, a także 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 zwalczaniu epidemii mogą być także skierowane inne osoby, jeśli to skierowanie jest uzasadnione aktualnymi potrzebami podmiotów kierujących zwalczaniem epidemii. Osobom, które zostaną skierowane do pracy przy zwalczaniu epidemii, dotychczasowy pracodawca jest zobowiązany udzielić urlopu bezpłatnego na czas określony w decyzji. Osobie, która pomaga w zwalczaniu epidemii przysługuje wyłącznie wynagrodzenie zasadnicze w wysokości nie niższej niż 150 proc. przeciętnego wynagrodzenia zasadniczego przewidzianego na danym stanowisku pracy w zakładzie wskazanym w tej decyzji lub w innym podobnym zakładzie, jeżeli w zakładzie wskazanym nie ma takiego stanowiska.

Z opublikowanego w dniu 26 marca

2020r Komunikatu Ministerstwa Zdrowia do pracowników ochrony zdrowia wynika jasna sugestia powstrzymywania się pracowników sektora ochrony zdrowia pracujących w środowisku osób ze zdiagnozowanym zakażeniem albo podejrzeniem zakażenia do wykonywania pracy z innymi pacjentami, w innych podmiotach leczniczych czy jednostkach organizacyjnych systemu ochrony zdrowia. Nadto pracownikom, którzy nie mają bezpośredniego kontaktu z takimi grupami pacjentów, zaleca się ograniczenie liczby miejsc wykonywanej pracy, dlatego, że zadaniem ochrony zdrowia jest ograniczenie potencjalnych kanałów transmisji zakażeń.

Z Komunikatu wynika także nakaz bezwzględnego zastosowania się do wskazanych zasad ze skutkiem natychmiastowym.

W ślad za tym komunikatem zostały wszczęte prace legislacyjne celem wprowadzenia takich zmian do systemu prawa.

Sejm RP z piątku na sobotę (27/28 marca b.r.) uchwalił ustawę wprowadzającą zmiany w zakresie systemu ochrony zdrowia związane z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19. Regulacja dotyczy 14 „zdrowotnych” ustaw. Ustawa wprowadza zmiany w ustawach: o Państwowej Inspekcji Sanitarnej; o zawodach lekarza i lekarza dentysty; o publicznej służbie krwi; o diagnostyce laboratoryjnej; Prawo farmaceutyczne; o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów; o Państwowym Ratownictwie Medycznym; o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi oraz o zawodach pielęgniarstwa i położnej.

W tym stanie faktycznym i prawnym mogą doznać ograniczenia prawa pracownicze wynikające z kodeksu pracy. W sytuacji „normalnej” pracodawca nie

mógł nakazać, aby pracownik (tu: pielęgniarka, położna) chcąc świadczyć pracę także i w innym podmiocie leczniczym, wykorzystywał w tym celu urlop wypoczynkowy. Mógł natomiast zalecić, aby pracownik wykorzystał urlop zaległy lub urlop bezpłatny. Co do zasady, urlopu niewykorzystanego w roku kalendarzowym, w którym pracownik uzyskał do niego prawo (art. 161 kp) należy pracownikowi udzielić najpóźniej do dnia 30 września następnego roku kalendarzowego (art. 168 kp). Natomiast w przypadku urlopu bezpłatnego, ustawodawca przewidział dwie formy jego udzielenia. Art. 174 kp (urlop bezpłatny na wniosek) stanowi, iż na pisemny wniosek pracownika pracodawca może udzielić mu urlopu bezpłatnego, którego okresu nie wlicza się do okresu pracy, od którego zależą uprawnienia pracownicze. Kolejny przepis – art. 174i kp (tzw. praca u innego pracodawcy) konstruuje taką sytuację, że za zgodą pracownika, wyrażoną na piśmie, pracodawca może udzielić pracownikowi urlopu bezpłatnego w celu wykonywania pracy u innego pracodawcy przez okres ustalony w zawartym w tej sprawie porozumieniu między pracodawcami. Z kolei ten okres urlopu bezpłatnego wlicza się do okresu pracy, od którego zależą uprawnienia pracownicze u dotychczasowego pracodawcy. To rozwiązanie stosowne jest odpowiednio w sytuacji określonej art. 47 ustawy z dnia 5 grudnia 2008r o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.

Obecnie w sytuacji stanu epidemii, powszechnie obowiązujące jak i wprowadzane rozwiązania (choć jeszcze nieprawomocne) dają kierownikom podmiotu leczniczego większe uprawnienia decyzyjne w zakresie organizacji pracy, ograniczając tym samym jednostkowe prawa pracownika.



LIST SZCZUREK-ŻELAZKO

Sekretarz Stanu - Józefa Szczurek-Żelazko



Szanowni Państwo Konsultanci,
w związku z pojawieniem się w przestrzeni publicznej różnych opinii wydawanych przez konsultantów wojewódzkich dotyczących koronawirusa SARS-CoV-2 odpowiedzialnego za epidemię COVID-19, proszę o zobowiązanie konsultantów wojewódzkich w reprezentowanych przez Państwa dziedzinach do zaprzestania samodzielnego wydawania ww. opinii.

Opinie na temat sytuacji epidemiologicznej, zagrożenia dla przedstawicieli kard medycznych w danych dziedzinach medycyny czy w obrębie danej grupy zawodowej, jak również sposobów zabezpieczenia osobistego przed zakażeniem, powinni wydawać jedynie Państwo, jako konsultanci krajowi, po wcześniejszej konsultacji z Ministerstwem Zdrowia oraz Głównym Inspektorem Sanitarnym. Tylko

takie działanie zapewni przekazywanie informacji merytorycznie prawidłowymi i jednolitych oraz nie będzie przyczyną do nieuzasadnionego wzniecania niepokoju w środowisku medycznym.

Jednocześnie proszę o przestanie do Ministerstwa Zdrowia wszystkich opinii wydanych dotychczas na ww. temat przez konsultantów wojewódzkich.

ZALECENIA PTEILCHZ, KONSULTANTA KRAJOWEGO W DZIEDZINIE CHOROÓB ZAKAŻNYCH I GŁÓWNEGO INSPEKTORA SANITARNEGO DOTYCZĄCE POSTĘPOWANIA Z CHORYMI ZAKAŻONYMI SARS-COV-2, KTÓRZY NIE WYMAGAJĄ HOSPITALIZACJI

Przewodniczący PTEILCHZ
Konsultant Krajowy ds. chorób zakaźnych
Główny Inspektor Sanitarny



22.03.2020 r.

1. Przed wypisaniem należy ustalić z pacjentem miejsce izolacji.
2. Pacjent zostaje wypisany z B34.2 lub U07.1, ze zwolnieniem z pracy na przynajmniej 14 dni.
3. Jeśli pacjent ma możliwość izolacji w warunkach domowych należy powiadomić Sanepid i przewieźć do miejsca zamieszkania dedykowanym środkiem transportu.
4. Jeśli pacjent nie ma możliwości izolacji domowej należy przewieźć pacjenta do wyznaczonego miejsca izolacji.
5. Za ustanowienie miejsca izolacji pozadomowej odpowiada Wojewoda.
6. Po upływie 10-12 (u dzieci do 14) dni od wystąpienia objawów, a w przypadku pacjentów bezobjawowych po upływie 10-12 (u dzieci do 14) dni od pobrania wymazu wykazującego po raz pierwszy zakażenie, próbkobiorca pobiera wymaz kontrolny w miejscu izolacji wskazanym przez Sanepid.
7. W przypadku wyniku ujemnego pierwszego badania kontrolnego, wykonuje się drugie badanie kontrolne po przynajmniej 24 godzinach.
8. Po uzyskaniu dwukrotnego wyniku ujemnego (punkty 6 i 7) pacjenta można zwolnić z izolacji, jednocześnie zalecając konieczność zachowania szczególnej higieny rąk przez przynajmniej 7 dni, licząc od ostatniego wyniku ujemnego, ze względu na dłuższe utrzymywanie się wirusa w kale.
9. Dzieci, po uzyskaniu dwukrotnego wyniku ujemnego przez kolejny tydzień nie powinny uczestniczyć w zajęciach w żłobkach, przedszkolach i szkołach.
10. Jeśli którykolwiek z wyników badania kontrolnego jest dodatni należy powtarzać badania w odstępach 7 dniowych do uzyskania negatywności, po czym należy postępować zgodnie z punktami 7 i 8.

ZALECENIA DLA PACJENTA

Z DODATNIM WYNIKIEM BADANIA W KIERUNKU KORONAWIRUSA ZE WSKAZANIEM DO IZOLACJI W WARUNKACH DOMOWYCH

Ministerstwo Zdrowia



Celem izolacji domowej jest odosobnienie chorego, który, po zbadaniu przez lekarza, nie wymaga hospitalizacji ze względu na stan zdrowia. Izolacja domowa jest stosowana u pacjentów, którzy mają dodatni wynik badania w kierunku koronawirusa SARS-CoV-2 i nie mają objawów choroby lub wykazują łagodne, umiarkowane objawy choroby COVID-19 (np. stan podgorączkowy, kaszel, ból gardła, osłabienie).

Osoby z kontaktu domowego z chorym mają najwyższe ryzyko zakażenia. Do zakażenia dochodzi drogą kropelkową podczas mówienia, kaszlu czy kichania albo poprzez dotyk skażonych przedmiotów. W sytuacji pogorszenia stanu zdrowia należy niezwłocznie wezwać karetkę pogotowia informując o rozpoznaniu COVID-19 i izolacji w warunkach domowych celem przewiezienia do szpitala. Na pogorszenie mogą wskazywać uporczywa gorączka powyżej 39 stopni, duszność, bóle w klatce piersiowej, krwawienia z nosa, wybroczyny na skórze.

PODCZAS IZOLACJI DOMOWEJ OBOWIĄZUJĄ NASTĘPUJĄCE ZALECENIA:

1. Dwa razy dziennie wykonuj pomiar temperatury ciała, przyjmuj co najmniej 1,5 litra płynów dziennie, przyjmuj 3-4 lekkostrawne posiłki.
2. Przebywaj (całą dobę) w jednym pokoju, w którym nie mieszkają/ nie przebywają inni domownicy.
3. Staraj się komunikować z otoczeniem poprzez telefon, komputer, jak najmniej narażając inne osoby na kontakt.
4. Inni domownicy NIE powinni zbliżać się do Ciebie bliżej niż na 2 metry.
5. NIE powinieneś mieć kontaktu ze zwierzętami domowymi – mogą przenieść wirusa na osoby zdrowe, na sierści, której dotykasz.
6. Jeśli inna osoba wchodzi do pokoju w którym przebywasz, powinna założyć maseczkę na usta i nos (maseczka chirurgiczna lub samodzielnie sporządzona z tkaniny albo ręcznik).
7. NIE wynosź rzeczy z pokoju, z którego korzystasz.
8. NIE wchodzi do innych pomieszczeń zwłaszcza, jeśli ktoś w nich przebywa.
9. Jeżeli w mieszkaniu jest wspólna toaleta/ łazienka, korzystaj z niej oddzielnie, najlepiej jako ostatni z domowników, myj po

sobie urządzenia z których korzystasz, zdezynfekuj WC dostępnymi dla gospodarstw domowych środkami, przed wyjściem umyj dokładnie ręce. Używaj wyłącznie własnych ręczników, powieś je w innym miejscu niż ręczniki pozostałych domowników. Trzymaj przybory toaletowe np. szczoteczkę do zębów w pokoju, w którym odbywasz izolację.

10. Często otwieraj okno, wietrz pokój. Jeśli musisz wyjść z pokoju, np. do łazienki, załóż maskę na usta i nos (maseczka chirurgiczna lub samodzielnie sporządzona z tkaniny albo ręcznik).

11. NIE korzystaj z wentylatorów, klimatyzacji, ani oczyszczaczy powietrza.

12. Zmieniaj pościel i piżamę co 2 dni, a ręczniki codziennie.

13. Zużyty pościel, ręczniki i brudne ubrania wkładaj do worka plastikowego w pokoju, a kiedy się zapełni, wystaw go za drzwi, tak aby inna osoba mogła zrobić pranie.

14. Śmieci wrzucaj do plastikowego worka (poproś o zawieszenie pustego worka na klamce), a kiedy się zapełni, wystaw go za drzwi, tak aby inna osoba mogła go wyrzucić do śmietnika.

15. Używaj oddzielnych sztućców, talerzy, kubków, szklanek. Powinny być oddzielne tylko dla Ciebie.

16. Przygotowane posiłki, wodę, leki spożywaj w warunkach izolacji, poproś, aby podano ci je pod drzwi.

17. Brudne naczynia wystawiaj za drzwi pokoju, aby inna osoba umyła je w zmywarce w temp. minimum 60°C z użyciem detergentu lub ręcznie środkiem myjącym do naczyń i pod gorącą wodą. Po zmywaniu, osoba myjąca naczynia musi umyć ręce wodą z mydłem.

JAK SPRZĄTAĆ W MIESZKANIU, W KTÓRYM IZOLOWANY JEST JEDEN (DWOJE CHORYCH), A RESZTA JEST ZDROWA?

• Kilka razy dziennie dezynfekuj poprzez przecieranie chusteczkami nasączonymi środkiem dezynfekcyjnym:

- klamki do drzwi, blaty stołów, uchwyt lodówki, szafek, rączka czajnika, armatura łazienkowa, toalety i uchwyty toaletowe, telefony, klawiatury, piloty telewizyjne, tablety, stoliki nocne, włączniki światła,

- dezynfekcję wykonuj w gumowych rękawiczkach, NIE wycieraj nadmiaru środka dezynfekcyjnego z powierzchni.

• Pranie ubrań, pościeli:

- pierz rzeczy w oddzielnym wsadzie, bez ubrań innych domowników,
- wysyp ubrania do pralki bezpośrednio z worka, bez ich dotykania,
- ubrania i pościel pierz w temperaturze najwyższej dopuszczalnej dla pranych tkanin, ale nie niższej niż 60 stopni C, z użyciem detergentu, przez co najmniej 40 min.

- używaj ubrań, które można prać w temperaturze 60°C,

- po załadunku pralki umyj lub zdezynfekuj ręce.

NIE wysyłaj rzeczy do pralni.

• Wyrzucanie śmieci

- osoba wyrzucająca śmieci z twojego domu/ mieszkania odbiera worek spod drzwi pokoju w gumowych rękawiczkach, pakuje je w drugi worek, wyrzuca do śmietnika. Po zdjęciu rękawic wyrzuca je, myje lub dezynfekuje ręce.

WSZYSCY DOMOWNICY PODLEGAJĄ KWARANTANNIE PRZEZ CAŁY OKRES IZOLACJI ORAZ 14 DNI OD DNIA UZNANIA OSOBY ZAKAŻONEJ ZA ZDROWĄ. OSOBY TE:

1. NIE mogą opuszczać domu, robić zakupów.
2. Poruszają się w obrębie pomieszczeń, w których nie jest izolowany chory lub własnym przydomowym ogrodzie bez kontaktu z chorym ani sąsiadami.
3. Należy poprosić telefonicznie/ mailowo (rodzinę, przyjaciół, lub MOPS) o pomoc, osoba dostarczająca potrzebne produkty ma zostawiać je pod drzwiami Twojego domu/mieszkania i zawiadamiać w ustalony sposób, tak by nie kontaktować się bezpośrednio.

POSTĘPOWANIE PRZY PODEJRZENIU ZAKAŻENIA 2019-NCOV U NOWORODKA

KONSULTANT KRAJOWY W DZIEDZINIE NEONATOLOGII - PROF. EWA HELWICH
PREZES POLSKIEGO TOWARZYSTWA NEONATOLOGICZNEGO - PROF. RYSZARD LAUTERBACH

Wiadomości ogólne:

- B-type coronavirus –2019 novel coronavirus–2019-nCoV
- Genetyczne różnice w stosunku do innych typów wirusa SARS –coronavirus oraz MERS-coronavirus
- Główna droga transmisji – kropelkowa z układu oddechowego, także przez kontakt ale również drogą fekalno-oralną (w czasie porodu)
- Najmłodszy pacjent –36 godzina życia –test dodatni
- Nie można całkowicie wykluczyć wertykalnej drogi zakażenia
- Okres inkubacji
 - najkrótszy –1 dzień
 - najdłuższy 14 dni
- Stopień nasilenia objawów klinicznych
 - Postać bezobjawowa,
 - Postać łagodna
 - Postać ciężka

Objawy kliniczne

- Nie są specyficzne – zwłaszcza u wcześniaków
- Konieczność monitorowania
 - objawów ze strony układu sercowo-naczyniowego:
 - tachykardia
 - objawów niewydolności oddechowej,
 - Tachypnoe, stękanie (grunting), gra skrzydełek nosowych, bezdech, zwiększona praca oddechowa, kaszel
 - objawów żołądkowo-jelitowych
 - Niechęć do jedzenia, wymioty, biegunka, wzdęcie brzucha

Badania laboratoryjne

- Morfologia:
 - Prawidłowa/zmniejszona liczba leukocytów lub zmniejszona liczba limfocytów
 - Łagodna trombocytopenia
 - Podwyższone stężenie kinazy kreatyninowej
 - Podwyższone stężenie ALAT, ASPAT, fosfatazy alkalicznej, LDH

Gdzie możemy badać obecność 2019-nCoV?

- Wydzielina górnych dróg oddechowych: wymazy z nosa, wymazy z gardła
- Wymazy z dolnych dróg oddechowych: badanie aspiratu z tchawicy lub lavage oskrzelowo-pęcherzykowy

- Krew
- Stolec

Badanie rtg lub ultrasonograficzne płuc i przewodu pokarmowego

- Obraz pneumonii
- Obraz charakterystyczny dla niedrożności

Kiedy podejrzewamy u noworodka infekcję 2019-nCoV?

- U matki infekcja 2019-nCoV w okresie od 14 dnia przed porodem do 28 dnia po porodzie
- Noworodek bezpośrednio narażony na ekspozycję 2019-nCoV (rodzina, personel lekarsko-pielęgniarski, odwiedzający)
- W powyższych sytuacjach podejrzewamy zakażenie niezależnie od występowania objawów

Noworodek z potwierdzonym zakażeniem 2019-nCoV.

- Wymaz z układu oddechowego lub próbka krwi badane testem RT-PCR (real-time fluorescence polymerase chain reaction) wykazują obecność kwasu nukleinowego 2019-nCoV
- Badanie sekwencji genowej wirusa w próbkach jak wyżej wykazują znaczne podobieństwo do 2019-nCoV

Badania wykonywane u „podejrzanego” noworodka bez objawów klinicznych

- Morfologia, CRP, badanie RT-PCR w kierunku potwierdzenia obecności 2019-nCoV
 - Badanie wymazów z górnych i dolnych odcinków układu oddechowego
 - Badanie próbki krwi
- Pobranie stolca i moczu (w zapasie)

Postępowanie medyczne u noworodka „podejrzanego” ale bez objawów klinicznych

- Przyjęcie do oddziału izolacyjnego –kwarantanna –
- Monitorowanie akcji serca, oddychania, saturacji, temperatury, ciśnienia krwi, poziomu glukozy
- Żywienie w zależności od stwierdzenia infekcji u matki

Badania wykonywane u „podejrzanego” noworodka z objawami klinicznymi.

- Morfologia, CRP, RT-PCR, rtg lub usg płuc, biomarkery serca, rtg brzucha, enzymy wątrobowe,
- Testy wykluczające inne infekcje wirusowe: grypa, RSV oraz infekcje bakteryjne

Uwagi dotyczące leczenia

- Aktualnie nie istnieje możliwość leczenia przyczynowego!
- Należy unikać antybiotykoterapii o szerokim spektrum (chyba że jest potwierdzona infekcja wtórna bakteryjna)
- Nie ma sensu podać gammaglobuliny, interferonu czy sterydów

Kryteria wypisu dziecka –zależne od objawów infekcji

- **Infekcja bezobjawowa**
 - Uzyskanie negatywnych wyników na obecność 2019-nCoV
 - ujemne dwa kolejne testy wymazów z górnych dróg oddechowych pobrane w odstępach 24 godzin
 - lub ujemne dwa kolejne badania stolca pobrane w odstępach 24 godzin
- **Infekcja o łagodnych objawach**
 - Objawy ustąpiły, temperatura prawidłowa przez co najmniej 3 dni
 - Uzyskanie negatywnych wyników na obecność 2019-nCoV
 - ujemne dwa kolejne testy wymazów z górnych dróg oddechowych pobrane w odstępach 24 godzin
 - lub ujemne dwa kolejne badania stolca pobrane w odstępach 24 godzin
- **Infekcja o ciężkim przebiegu klinicznym**
 - Objawy płucne (w tym rtg zmiany zapalne) ustąpiły, temperatura prawidłowa przez co najmniej 3 dni
 - Uzyskanie negatywnych wyników na obecność 2019-nCoV
 - ujemne dwa kolejne testy wymazów z górnych dróg oddechowych pobrane w odstępach 24 godzin
 - lub ujemne dwa kolejne badania stolca pobrane w odstępach 24 godzin

Uwagi ogólne

- Miejsce porodu: „negative pressure room”
- Nie zaleca się późnego odpępniania dziecka oraz kontaktu matka-dziecko
- Wyposażenie zespołu lekarsko-pielęgniarskiego:
 - Nakrycie głowy, gogle, „Protective suit”, rękawiczki, maski N95.
- Należy oddzielić noworodki „podejrzane” od „potwierdzonych” w odrębnych pomieszczeniach
- Oddział noworodkowy powinien być podzielony na:
 - Oddział przejściowy, oddział do kwarantanny oraz ogólny
 - Noworodki podejrzane i potwierdzone należy umieszczać w inkubatorach
 - Przy wejściu i wyjściu z oddziału kwarantanny obowiązuje protokół postępowania
- Przy wszystkich zabiegach przy których może powstawać aerosol (intubacja, nieinwazyjna wentylacja, wentylacja przed intubacją) wykonywanych u noworodków „podejrzanych” lub „po-

twierdzonych” należy stosować szczelne maski (przeprowadzić test maski), protekcję oczu (gogle), ubrania z długimi rękawami i rękawiczki – ochrona przed płynami ustrojowymi.

- Zabiegi przeprowadzać w pomieszczeniu wentylowanym, ograniczać obecność personelu do minimum

Pokarm naturalny – kiedy bezpieczny?

- Nie można wykluczyć wertykalnej transmisji wirusa do noworodka
- Aktualne zalecenia WHO (z 13 marca) co prawda nie przedstawiają przeciwskażeń do karmienia piersią od pierwszych chwil po urodzeniu ale nakazują zachowanie zasad prewencji i kontroli zakażeń – oddzielne pokoje, maseczki itp.
- Schematy pochodzące z Chin wręcz odwrotnie – nakazują 14 dniowe oddzielenie noworodka od matki do czasu uzyskania ujemnych wyników a następnie karmienie pokarmem.

Dlaczego należy rozważyć zastosowanie**cięcia cesarskiego u ciężarnej zakażonej 2019-nCoV?**

- Duże ryzyko zakażenia noworodka wirusem obecnym w wydalinach znajdujących się w kanale rodym
- Czas porodu drogą cięcia cesarskiego jest znacznie krótszy od porodu drogami natury
 - Mniejsze ryzyko zakażenia okołoporodowego
 - Istotnie mniejsze ryzyko zagrożenia dla personelu lekarsko-pielęgniarskiego
 - Istotnie krótszy czas wyłączenia zespołu lekarsko-pielęgniarskiego z możliwości udzielania pomocy innym pacjentom.

Uwagi ogólne

- Personel lekarsko-pielęgniarski pełniący opiekę nad noworodkiem „podejrzany” lub „potwierdzony” powinien otrzymać wsparcie psychologa
- Wsparcie dla rodziny noworodka „podejrzanego” lub „potwierdzonego” powinno być udzielone przez psychologa czy pracownika socjalnego

OPIEKA DŁUGOTERMINOWA CHRONI NAS PRZED SCENARIUSZEM WŁOSKIM

Dr Elżbieta Szwałkiewicz, tel. 602 365 763

Grażyna Śmiarowska, tel. 607 097 489

Hanna Chwesiuk, tel. 602 384 199

Biuro Koalicji „Na pomoc niesamodzielnym”, tel. 22 279 49 02, biuro@niesamodzielnym.pl



Wsparcie opieki długoterminowej, w obliczu pandemii wirusa SARS-CoV-2, może uchronić Polskę przed scenariuszem włoskim - uważa Koalicja „Na pomoc niesamodzielnym”.

Sytuacja epidemiczna w Polsce zmienia się z dnia na dzień. Po ubiegłotygodniowym posiedzeniu Rady Gabinetowej w mediach pojawiły się informacje, że rząd przeznaczy dodatkowe fundusze w wysokości 7,5 mld zł na wsparcie ochrony zdrowia, szpitale jednoimienne i zaopatrzenie w sprzęt. Koalicja „Na pomoc niesamodzielnym” apeluje, by część tych środków trafiła jak najszybciej do opieki długoterminowej.

Wg danych Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) na świecie jest już ponad 420 tys. zdiagnozowanych przypadków koronawirusa wywołującego COVID-19. Najgorsza sytuacja jest we Włoszech, gdzie zanotowano już więcej ofiar niż w Chinach - 6820 zgonów i ponad 69 tys. potwierdzonych zakażeń. A liczba pacjentów z chorobą COVID-19 przekroczyła już liczbę tych

z innymi schorzeniami. W szpitalach brakuje miejsc na oddziałach intensywnej terapii i coraz częściej rezygnują one z hospitalizacji osób przewlekle chorych. Ustalono też granicę wieku, powyżej której pacjenci nie otrzymują leczenia ratującego życie (respiratorów i urządzeń do resuscytacji). Podobna sytuacja jest w Hiszpanii. Z powodu braku miejsc w madryckich szpitalach, część zakażonych trafia do hoteli, szpitali polowych oraz placówek medycznych poza hiszpańską stolicą. Powstał też dokument z kryteriami, wg których chorzy będą kierowani na oddziały intensywnej terapii - są to szansa na przeżycie, oczekiwana długość życia oraz „wartość społeczna” osoby.

- W Polsce możemy jeszcze uchronić się przed takim scenariuszem - mówi dr Elżbieta Szwałkiewicz, prezes zarządu Koalicji „Na pomoc niesamodzielnym”. - Musimy jednak wesprzeć opiekę długoterminową (instytucjonalną i domową), która w ciszy, bez jakiegokolwiek dodatkowego wsparcia, chroni osoby stanowiące grupę najwyższego

ryzyka przed zakażeniem się koronawirusem. Jeżeli tam przedostanie się wirus, zafundujemy sobie scenariusz włoski, gdzie większość ofiar to osoby starsze w wieku ok. 80 lat i przewlekle chore.

Lepiej zapobiegać niż leczyć

Większość zakładów opieki długoterminowej (ZOL-e, ZPO i DPS-y) zamknęło swoje ośrodki dla osób z zewnątrz jeszcze w lutym, wyprzedzając w ten sposób decyzje administracji rządowej. To najprawdopodobniej uchroniło nas przed śmiertelnymi skutkami pandemii na dużą skalę. Dopóki osoby starsze i przewlekle chore, czyli najbardziej narażone na zakażenie, znajdują się pod profesjonalną opieką w placówkach i w domach, mogą czuć się bezpieczne. Sytuacja jednak dynamicznie się zmienia i od ponad tygodnia opieka długoterminowa musi się mierzyć z coraz większą liczbą nowych pacjentów wypisywanych ze szpitali, tak aby zwolnić miejsce dla zarażonych koronawirusem.

- Sytuacji nie poprawia fakt, że dodatkowi pacjenci są przyjmowani do opieki długoterminowej jako nadlimitowi, czyli poza obowiązującym kontraktem z NFZ - mówi prezes zarządu Koalicji. - Dotyczy to opieki zarówno domowej jak i stacjonarnej w ZOL-ach i ZPO. Na przykład w wentylacji domowej, gdzie mamy przecież do czynienia ze świadczeniem ratującym życie, już 1/3 ogółu pacjentów nie jest objęta kontraktem NFZ. Co gorsza, dowiaduję się od świadczeniodawców, że za ostatni kwartał 2019 roku wiele oddziałów wojewódzkich NFZ zaproponowało im rozliczenie na poziomie 30-50% ceny świadczenia. Efekt mamy taki, że duża część opieki stacjonarnej, zamiast przyjmować pacjentów ze szpitali, po prostu jeszcze bardziej wydłuża kolejki, gdyż w opiece długoterminowej nie ma chętniej do pracy kadry, bo który lekarz czy pielęgniarka wezmą na siebie jeszcze większą odpowiedzialność i podwyższone ryzyko zarażenia za połowę stawki?

Sprawa jest bardzo poważna, bo w tym sektorze pod opieką jest ponad 200 tysięcy osób przewlekle chorych. Według statystyki GUS-u mamy w Polsce ponad 500 Zakładów Opiekuńczo-Lecznicznych (ZOL) i Zakładów Pielęgnacyjno-Opiekuńczych (ZPO), które mają pod opieką ponad 60 tys. osób. Wśród nich ponad 50% jest w wieku 75+. Kolejne ponad 45 tys. osób znajduje się pod opieką w ramach pielęgniarstwa długoterminowej opieki domowej, gdzie stawki oferowane przez oddziały NFZ są niższe niż 10 lat temu! Kolejne ponad 7 tys. osób jest wentylowanych mechanicznie w domach. Do tego należy doliczyć ponad 110 tys. osób przebywających w zakładach stacjonarnej pomocy społecznej (DPS-y oraz pozostałe placówki zapewniające całodobową opiekę), z których ponad 60% stanowią pacjenci przewlekle chorzy w wieku 60+.

- Osobną kwestią są DPS-y, które, choć inaczej

finansowane, mają pod opieką osoby wymagające podobnych świadczeń pielęgniarstkich i opiekuńczych jak pacjenci w ZOL-ach i ZPO. One również powinny zostać wsparte przez rząd dodatkowymi środkami, aby utrzymać personel w pracy i tam gdzie to jeszcze możliwe przyjąć pacjentów ze szpitali - zauważa dr Szwatkiewicz i dodaje - Prowadząc politykę skoncentrowaną wyłącznie na szpitalu ryzykujemy, że za chwilę wirus dosięgnie przewlekle chorych seniorów. A to w obecnej sytuacji już prosta droga do katastrofy. Jak widzimy na przykładzie innych, bogatszych krajów, żaden system tego nie wytrzyma, tym bardziej nasze szpitale.

Konieczne objęcie nadlimitowych pacjentów długoterminowym kontraktem NFZ

W obliczu tak gwałtownych zmian Koalicja „Na pomoc niesamodzielnym” uważa za konieczne przekazanie podmiotom świadczącym opiekę długoterminową części środków na wsparcie ochrony zdrowia zapowiedzianych w „Tarczy Antykryzysowej” przez rząd. Bo choć jak dotąd, sektor ten, przy ogromnym niedoszacowaniu i brakach kadrowych, radzi sobie jeszcze dobrze, to jednak praca ponad miarę prowadzi do przemęczenia i poważnego spadku odporności. Wyrażnie to zaznaczył dwa dni temu w wywiadzie dla Pulsu Medycyny prof. Jacek Wysocki z Poznania:

- Osoby niewyspane, zmęczone, przepracowane są grupą bardziej podatną na zakażenie. Jeszcze w trakcie trwania epidemii w Chinach płynęły stamtąd zalecenia, by unikać osłabiania organizmu, dbać o wypoczynek, wysypiać się. To mogą być czynniki decydujące, czy u kogoś rozwinie się zakażenie, czy nie.

Dlatego bez natychmiastowego wsparcia, niedoszacowana i borykająca się

z problemami kadrowymi opieka długoterminowa, może nie wytrzymać kolejnego obciążenia, jakim jest wybuch pandemii.

Potrzebne jest pilne zwiększenie liczby zakontraktowanych osobodni, tak aby objąć nimi pacjentów nadlimitowych. Potrzebna jest też wyższa stawka za osobodzień, która zrekompensuje gwałtowny wzrost kosztów i ryzyko zakażenia personelu - wylicza Grażyna Śmiarowska z Zakładu Pielęgnacyjno-Opiekuńczego w Toruniu i dodaje - Sama mogłabym przyjąć 30 nowych pacjentów, w tym wentylowanych mechanicznie, ale kontrakt z NFZ dwa tygodnie temu dostaliśmy jedynie na 14 nowych miejsc.

Obowiązkowe testy dla nowych pacjentów

Kolejnym postulatem wysuwany przez członków Koalicji „Na pomoc niesamodzielnym” w celu udrożnienia przejmowania pacjentów szpitalnych przez opiekę długoterminową i paliatywną jest wprowadzenie obowiązku przeprowadzenia testów na obecność koronawirusa u każdej osoby przyjmowanej do ZOL-u, ZPO, DPS-u czy do hospicjum.

- Dziś szpitale robiąc miejsca dla osób z chorobą COVID-19 masowo wypisują pacjentów w podeszłym wieku - mówi Hanna Chwesiuk z Centrum Opieki Długoterminowej i Rehabilitacji w Olsztynie. - Jednak placówki świadczące opiekę długoterminową boją się ich przyjmować, bo nie mają pewności czy nie są już zarażeni.

- Trzeba zrobić wszystko, aby pacjenci będący w opiece długoterminowej nie zostali zarażeni koronawirusem, bo po prostu tego nie przeżyją - ostrzega dr Szwatkiewicz i dodaje, że opiece długoterminowej nie może teraz zabraknąć funduszy ani na utrzymanie higieny ani na wynagrodzenia dla personelu opiekującego się nimi.



ZALECENIA KONSULTANTA KRAJOWEGO

W DZIEDZINIE POŁOŻNICTWA I GINEKOLOGII, KONSULTANTA KRAJOWEGO W DZIEDZINIE NEONATOLOGII, PREZESA POLSKIEGO TOWARZYSTWA POŁOŻNIKÓW I GINEKOLOGÓW ORAZ PREZESA POLSKIEGO TOWARZYSTWA NEONATOLOGICZNEGO DOTYCZĄCE PORÓDU W WYZNACZONYM ODDZIALE W PRZYPADKU POTWIERDZONEGO ZAKAŻENIA KOBIETY CIĘŻARNEJ WIRUSEM COVID-19

KONSULTANT KRAJOWY W DZIEDZINIE POŁOŻNICTWA I GINEKOLOGII - Prof. dr hab. n. med. Krzysztof Czajkowski
PREZES POLSKIEGO TOWARZYSTWA GINEKOLOGÓW I POŁOŻNIKÓW - Prof. dr hab. n. med. Mariusz Zimmer
KONSULTANT KRAJOWY W DZIEDZINIE NEONATOLOGII - Prof. dr hab. med. Ewa Helwich
PREZES PTN - Prof. dr hab. n. med. Ryszard Lauterbach

W przypadku potwierdzonego zakażenia wirusem COVID-19 należy rozważyć rozwiązanie pacjentki cięciem cesarskim ze wskazań epidemiologicznych, poza sytuacjami gdy poród jest zaawansowany, przebiega dynamicznie lub rokuje zakończenie w przeciągu krótkiego czasu. Po porodzie w przypadku kobiet obserwowanych w kierunku zakażenia, pokarm powinien podlegać pasteryzacji i zgodnie z obecną wiedzą może być podawany dziecku. W przypadku kobiet z potwierdzonym zakażeniem pokarm powinien być utylizowany. W przypadku kobiet zakażonych nie należy bez wskazań hamować laktacji. W momencie potwierdzenia ustania ryzyka transmisji zakażenia będą one mogły karmić dziecko naturalnie. W przypadku obecności zakażenia dziecko należy izolować od matki do chwili zakończenia możliwości transmisji infekcji.

Uzasadnienie zalecenia:

1. istnieje bardzo duże prawdopodobieństwo zakażenia się noworodka wirusem mogącym znajdować się w kanale rodym lub jego okolicach (układ moczowy, przewód pokarmowy). Ilość wydalin na kontakt z jakimi jest narażone dziecko w czasie cięcia cesarskiego jest nieporównywalnie mniejsza w porównaniu do porodu drogami naturalnymi.
2. czas porodu drogą cięcia cesarskiego jest nieporównywalnie krótszy od czasu porodu drogami natury, a więc mniejsze jest też ryzyko okołoporodowego zakażenia wewnątrzmacicznego.
3. poza podwyższonym ryzykiem transmisji zakażenia między matką i dzieckiem obecność zakażonej kobiety rodzącej stwarza

istotne zagrożenie dla personelu lekarsko-pielęgniarskiego. Przy znacznie dłuższym czasie trwania porodu drogami natury (nierzadko obejmującym więcej niż jedną zmianę personelu) oraz przy istniejących ograniczeniach odpowiedniego sprzętu zabezpieczającego przed zakażeniem czas potencjalnej ekspozycji jest poważnym problemem i prowadzi do większego ryzyka konieczności wprowadzenia kwarantanny dla personelu. Znacznie dłuższy czas zajęcia stanowisk wyznaczonych dla kobiet zakażonych lub obserwowanych w kierunku zakażenia może ograniczyć możliwości udzielenia pomocy kolejnej pacjentce. Ponadto zespół lekarsko pielęgniarski jest przez okres znacznie dłuższy wyłączony z możliwości udzielania pomocy innym, zdrowym pacjentkom.

OPIEKA DOMOWA NAD PACJENTAMI

Z ŁAGODNYMI OBJAWAMI SUGERUJĄCYMI PODEJRZENIE ZAKAŻENIA NOWYM KORONAWIRUSEM (COVID-19) ORAZ POSTĘPOWANIE Z OSOBAMI, KTÓRE MIAŁY Z NIMI KONTAKT. TYMCZASOWE ZALECENIA ŚWIATOWEJ ORGANIZACJI ZDROWIA (WHO) Z 4 LUTEGO 2020 R.

EUROPEAN JOURNAL OF TRANSLATIONAL AND CLINICAL MEDICINE
Nowe czasopismo naukowe wydawane przez Gdański Uniwersytet Medyczny

Wstęp:

Światowa Organizacja Zdrowia (World Health Organisation, WHO) opracowała niniejsze pilne zalecenia, aby sprostać zapotrzebowaniu na wytyczne na temat opieki domowej nad pacjentami z podejrzeniem zakażenia nowym koronawirusem (COVID-19), którzy mają łagodne objawy oraz by określić działania z zakresu zdrowia publicznego dotyczące kontaktów z osobami zakażonymi.

Niniejszy dokument jest adaptacją wytycznych dotyczących bliskowschodniego zespołu oddechowego spowodowa-

negu koronawirusem (MERS-CoV), które opublikowano w czerwcu 2018 r.[1]. Zawiera poparte dowodami naukowymi wytyczne opublikowane przez WHO, w tym również te zawarte w dokumencie Zapobieganie zakażeniom oraz kontrola ostrych chorób układu oddechowego ze skłonnością do epidemii i pandemii w warunkach systemu ochrony zdrowia [2] oraz informacje oparte na aktualnej wiedzy o infekcji COVID-19. Zalecenia te mają pomóc pracownikom zdrowia publicznego oraz służbom sanitarnym odpowiadającym za zapobieganie i kontrolę infekcji (infection prevention and control, IPC),

a także kierownikom i pracownikom placówek ochrony zdrowia zajmującym się kwestiami związanymi z opieką domową nad pacjentami z podejrzeniem infekcji COVID-19, którzy mają łagodne objawy oraz nad osobami, które miały z nimi kontakt. Niniejsze zalecenia opracowano na podstawie dowodów na temat infekcji COVID-19 oraz możliwych do wdrożenia w domu działań, mających na celu zapobieganie oraz kontrolę infekcji (IPC). W tym dokumencie słowo „opiekun” dotyczy rodziców, małżonków, innych członków rodziny bądź przyjaciół bez wykształcenia medycznego.

Więcej informacji na temat definicji przypadków COVID-19 znajduje się na stronie <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330857/WHO-2019-nCoV-SurveillanceGuidance-2020.3-eng.pdf>

Zalecenia na temat działań IPC w placówkach medycznych dostępne są na stronie [https://www.who.int/publications-detail/infection-prevention-and-control-during-health-care-when-novel-coronavirus-\(ncov\)-infection-is-suspected](https://www.who.int/publications-detail/infection-prevention-and-control-during-health-care-when-novel-coronavirus-(ncov)-infection-is-suspected).

Opieka nad pacjentami z podejrzeniem infekcji COVID-19, którzy mają łagodne objawy

W świetle aktualnych danych na temat tej choroby i jej przenoszenia WHO zaleca, aby wszyscy pacjenci z podejrzeniem infekcji COVID-19, u których występuje ciężkie, ostre zakażenie dróg oddechowych, byli identyfikowani podczas pierwszego kontaktu z systemem opieki zdrowotnej oraz aby leczenie ratunkowe rozpoczynano w oparciu o stopień nasilenia choroby.

Osoby z łagodnymi objawami mogą nie wymagać hospitalizacji, dopóki nie zaistnieje obawa o nagłe pogorszenie ich stanu zdrowia [3]. W przypadku łagodnego przebiegu choroby można rozważyć opiekę domową. Pozostali pacjenci, którymi można opiekować się w domu to osoby, które nadal mają objawy choroby, ale nie wymagają hospitalizacji oraz pacjenci, którzy świadomie jej odmówili. Można również rozważyć opiekę domową w sytuacji, gdy leczenie szpitalne pacjenta jest niebezpieczne bądź niemożliwe (np. ograniczone możliwości lokalowe, ograniczona dostępność miejsc w szpitalu, niewystarczające środki na zaspokojenie zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne).

W każdej z powyższych sytuacji pacjenci z łagodnymi objawami¹ oraz bez towarzyszących chorób przewlekłych mogących zwiększyć ryzyko wystąpienia powikłań, takich jak: choroby serca lub płuc, niewydolność nerek lub stany powodujące obniżenie odporności, mogą być poddani opiece domowej. Decyzja ta wymaga ostrożnej oceny klinicznej stanu pacjenta oraz weryfikacji bezpieczeństwa jego otoczenia domowego.²

W przypadkach, w których ma być podjęta opieka domowa, wyszkolony pracownik placówki ochrony zdrowia powinien ocenić, czy warunki bytowe pacjenta są odpowiednie do udzielania opieki domowej. Jego zadaniem jest ustalenie, czy pacjent oraz jego rodzina są w stanie zastosować się do środków ostrożności, które będą zalecane jako element opieki i izolacji w warunkach domowych (np. higiena rąk, higiena układu oddechowego, utrzymywanie czystości otoczenia, ograniczenie przemiesz-

czania się w i poza mieszkaniem) oraz uchronić się przed niepożądanymi zdarzeniami (np. przypadkowe spożycie płynu dezynfekcyjnego do rąk na bazie alkoholu oraz ryzyko pożaru związane z jego użytkowaniem).

Na czas opieki domowej, czyli do kompletnego zaniku objawów choroby, wskazane jest utrzymywanie kontaktu z lekarzem i/lub personelem służb sanitarnych. Aby móc sprecyzować czas trwania izolacji w warunkach domowych, niezbędna jest duża zasób informacji na temat przebiegu oraz transmisji infekcji COVID-19.

Pacjenci oraz ich domownicy, w celu zapobiegania rozprzestrzenianiu się infekcji na pozostałych domowników, powinni zostać przeszkoleni w zakresie zasad higieny osobistej, podstawowych działań dotyczących profilaktyki i kontroli zakażeń oraz zasad opieki nad członkiem rodziny z podejrzeniem zakażenia wirusem COVID-19. Na czas izolacji pacjent i jego rodzina powinni zostać objęci stałym wsparciem oraz działaniami edukacyjnymi. Nadzór epidemiologiczny powinien trwać przez cały okres opieki w warunkach domowych. Pacjenci oraz ich rodziny powinni przestrzegać poniższych zaleceń:

- Należy umieścić pacjenta w osobnym oraz dobrze wentylowanym pomieszczeniu (np. z otwartymi oknami i drzwiami).
- Ograniczyć ruch pacjenta w mieszkaniu i zminimalizować współdzielenie pomieszczeń.
- Upewnić się, że współdzielone pomieszczenia (np. kuchnia, łazienka) są dobrze wentylowane (np. poprzez utrzymywanie otwartych okien).
- Domownicy powinni przebywać w innym pomieszczeniu lub, jeśli nie jest to możliwe, zachować dystans minimum 1 metra od osoby zakażonej (np. należy spać w osobnym łóżku)³.
- Należy ograniczyć liczbę opiekunów. Najlepszym rozwiązaniem jest zaangażowanie jednej zdrowej osoby, bez chorób przewlekłych lub stanów obniżających odporność [3]. Odwiedziny powinny być zabronione do czasu całkowitego ustąpienia objawów.
- Należy przestrzegać higieny rąk po jakimkolwiek kontakcie z pacjentem lub jego bezpośrednim otoczeniem [4]. Higiena rąk powinna być stosowana również przed i po przygotowaniu posiłków, przed jedzeniem, po korzystaniu z toalety i zawsze, gdy ręce wydają się brudne. Jeżeli dłonie nie są widocznie brudne, można odkazić je produktami na bazie alkoholu. Natomiast zabrudzone dłonie należy dokładnie umyć wodą i mydłem.

- Po myciu rąk wodą i mydłem zaleca się użycie jednorazowych ręczników papierowych. Jeżeli są niedostępne, należy użyć czystego ręcznika z tkaniny i wymieniać go, gdy stanie się mokry.
- Aby zatrzymać rozprzestrzenianie się wydzielin z dróg oddechowych, pacjent powinien używać maski medycznej⁴ tak często, jak to tylko możliwe. Osoby, które nie tolerują maski, powinny rygorystycznie przestrzegać zasad higieny dróg oddechowych – podczas kaszlu lub kichania w całości zakryć nos i usta papierową chusteczką jednorazową. Materiały użyte do zakrywania ust i nosa powinny być natychmiast wyrzucane lub czyszczone (prane przy użyciu wody i mydła lub detergentu).
- Opiekunowie, jeżeli przebywają w tym samym pokoju co pacjent, powinni nosić maski szczelnie zakrywające usta i nos. Maski nie powinny być dotykane czy poprawiane w trakcie użytkowania. Jeśli maska stanie się wilgotna lub zabrudzona wydzielinami, musi być niezwłocznie wymieniona na suchą i czystą. Maskę powinna być zdejmowana nie przez dotykanie jej powierzchni, a poprzez rozwiązanie troczków lub zdjęcie gumek. Po użyciu maskę należy natychmiast wyrzucić, a ręce dokładnie umyć. Należy unikać kontaktu z jakimikolwiek wydzielinami chorego, w szczególności z ust lub dróg oddechowych oraz z kałem. Należy używać maski i rękawiczek jednorazowych, gdy prowadzi się toaletę jamy ustnej, dróg oddechowych, gdy ma się kontakt z kałem, mocem lub innymi wydzielinami.
- Należy przeprowadzić higienę rąk przed i po zdjęciu rękawiczek oraz maski. Nie należy używać ponownie masek i rękawiczek jednorazowych. Należy używać oddzielnej pościeli, sztućców i naczyń dedykowanych tylko dla pacjenta. Przedmioty te nie muszą być wyrzucane po użyciu, lecz mogą zostać wyczyszczone przy użyciu wody z mydłem i używane ponownie.
- Należy codziennie czyścić i dezynfekować często dotykane powierzchnie w pokoju, w którym przebywa pacjent, np. powierzchnie stolików nocnych, ramę łóżka i pozostałe meble. Zaleca się stosowanie najpierw zwykłych środków czyszczących, takich jak mydło lub inne detergenty, a następnie sptukanie i dezynfekcję wybielaczem domowego użytku zawierającym 0,5% podchlorynu sodu (równowartość 5000 ppm lub 1 miarka wybielacza na 9 miarek wody).
- Przynajmniej raz dziennie należy czyścić i dezynfekować powierzchnie w obrębie toalety i łazienki.

- Najpierw należy zastosować zwykłe mydło lub detergent domowy, a następnie po spłukaniu należy użyć środka dezynfekującego z zawartością 0,5% podchlorynu sodu.
- Ubrania, pościel czy ręczniki użytkowane przez osobę zakażoną należy prać w proszku codziennego użytku w temperaturze 60-90 °C z użyciem dodatkowego detergentu oraz dokładnie wysuszyć. Skażoną pościel należy umieścić w osobnym worku na pranie. Nie powinno się potrząsać brudną bielizną lub pościelą, aby nie doprowadzić do kontaktu skóry i czystych ubrań ze skażonym materiałem.
- Podczas czyszczenia powierzchni bądź postępowania z zabrudzoną płynami ustrojowymi odzieżą i pościelą należy stosować rękawice i odzież ochronną (np. fartuchy foliowe). W zależności od sytuacji, można stosować zarówno jednorazowe, jak i wielorazowe rękawice. Po użyciu rękawice wielorazowe należy umyć wodą z mydłem i zdezynfekować roztworem 0,5% podchlorynu sodu. Rękawice jednorazowego użytku (nitrylowe bądź lateksowe) powinny zostać zutylizowane po każdym użyciu. Przed i po użyciu rękawic niezbędne jest mycie i dezynfekcja rąk.
- Rękawice, maski i inne jednorazowe środki ochrony osobistej użyte w opiece nad pacjentem zarażonym przebywającym w domu, zanim zostaną zutylizowane jako odpady zakaźne, powinny zostać umieszczone w pojemniku na odpady ze szczelną pokrywą w pokoju, w którym przebywa osoba chora.
- Należy unikać ekspozycji na skażone przedmioty z bezpośredniego otoczenia osoby zarażonej (np. nie należy współdzielić szczoteczki do zębów, papierosów, sztućców, naczyń, napojów, ręczników, myjek i pościeli).
- Jeśli pracownicy ochrony zdrowia zapewniają opiekę domową, to powinni przeprowadzić ocenę ryzyka epidemiologicznego i wybrać odpowiednie środki ochrony osobistej, tak aby było możliwe podążanie za rekomendacjami w zakresie zapobiegania szerzenia się zakażenia drogą kropelkową i kontaktu z osobą zarażoną.

Kontakt z osobą zarażoną

Osoby (w tym pracownicy ochrony zdrowia), które miały styczność z pacjentami z podejrzeniem infekcji COVID-19, traktuje się jako ekspozowane na zakażenie (osoby z kontaktu) i zaleca się im obserwację stanu zdrowia przez 14 dni od momentu ostatniego możliwego dnia spotkania z zakażoną osobą. Osoba z kontaktu to ktoś,

kto doświadczył przynajmniej jednego z poniższych przykładów ekspozycji:

- ekspozycja związana ze świadczeniami z zakresu ochrony zdrowia, włączając zapewnianie bezpośredniej opieki pacjentom z COVID-19, pracę w zespole osób, wśród których znajduje się osoba zakażona wirusem, opiekę środowiskową nad pacjentem zakażonym bądź przebywanie w tym samym środowisku co osoba chora na COVID-19;
- ekspozycja na drodze współpracy, w bliskim sąsiedztwie lub w jednym pomieszczeniu z pacjentem chorym na COVID-19 (np. wspólna sala wykładowa, klasa);
- ekspozycja na drodze podróży tym samym środkiem transportu (niezależnie od rodzaju) z pacjentem chorym na COVID-19;
- ekspozycja poprzez wspólne miejsce zamieszkania z pacjentem zakażonym wirusem w ciągu 14 dni od początku wystąpienia u niego objawów [5].

Opiekunowie powinni mieć ustalony sposób komunikacji z osobami nadzorującymi udzielanie opieki w okresie obserwacji. Personel ochrony zdrowia powinien regularnie, telefonicznie kontrolować osoby przebywające w kwarantannie domowej, a jeżeli to możliwe, najlepiej jest prowadzić codzienne wizyty domowe, tak aby móc zlecać wykonanie odpowiednich badań diagnostycznych.

Osoby poddane kwarantannie domowej powinny być odpowiednio wcześniej poinformowane przez osoby nadzorujące jej przebieg o tym, gdzie i kiedy należy zgłosić się w przypadku pogorszenia stanu zdrowia. Informacje powinny dotyczyć również preferowanego środka transportu, szczegółowych zaleceń na temat tego, którędy wejść, odpowiedniej godziny przyjazdu i niezbędnych środków ochronnych, które należy przedsięwziąć.

Jeżeli osoba obserwowana w kwarantannie domowej rozwinie objawy, powinna podjąć poniższe kroki.

- Należy poinformować dedykowany szpital zakaźny o planowanym przyjeździe.
- W trakcie transportu do szpitala należy mieć założoną maskę medyczną.
- Jeśli tylko to możliwe, należy unikać publicznego transportu; transport karetką lub samochodem prywatnym powinien odbywać się w miarę możliwości ze wszystkimi otwartymi oknami.
- Osoba, u której rozwinęły się objawy, powinna być poinstruowana, by zawsze przestrzegać higieny związanej z układem oddechowym i higieny rąk oraz by zawsze stać lub siadać jak najdalej od

innych osób (przynajmniej 1 metr), zarówno w czasie transportu, jak i w szpitalu.

- Jakiemukolwiek powierzchnie, które mogły zostać skażone wydzielinami z dróg oddechowych, powinny być wyczyszczone mydłem i detergentem, a później zwykłymi produktami czyszczącymi zawierającymi 0,5% zawartość wybielacza (podchloryn sodu).

Uwaga

Niniejsze wytyczne są tymczasowe (dostępne na dzień 16 marca 2020 r.) i mają zasięg światowy. Należy zatem zweryfikować na stronie [https://www.who.int/publications-detail/home-care-for-patients-with-suspected-novel-coronavirus-\(ncov\)-infection-presenting-with-mild-symptoms-and-management-of-contacts](https://www.who.int/publications-detail/home-care-for-patients-with-suspected-novel-coronavirus-(ncov)-infection-presenting-with-mild-symptoms-and-management-of-contacts), czy nie zostały zaktualizowane i zachować rezerwę co do ich bezpośredniego stosowania w Polsce. Dokument nie zastępuje wytycznych urzędów państwowych, których zarządzenia są nadrzędne.

Piśmiennictwo

1. Home care for patients with Middle East respiratory syndrome coronavirus (MERS-CoV) infection presenting with mild symptoms and management of contacts: interim guidance, June 2018. Geneva: World Health Organization; 2018 (WHO/ MERS/IPC/18.1; <https://apps.who.int/iris/handle/10665/272948>, accessed 26 January 2020).
2. Infection prevention and control of epidemic- and pandemic-prone acute respiratory diseases in health care. Geneva: World Health Organization; 2014 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112656/9789241507134_eng.pdf?sequence=1, accessed 26 January 2020).
3. Clinical management of severe acute respiratory infection when novel coronavirus (2019-nCoV) infection is suspected: interim guidance, 28 January 2020. Geneva: World Health Organization; 2020 ([https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-\(ncov\)-infection-is-suspected](https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-(ncov)-infection-is-suspected), accessed 4 February 2020).
4. WHO guidelines on hand hygiene in health care: first global patient safety challenge. Geneva: World Health Organization; 2009 (<http://apps.who.int/iris/handle/10665/44102>, accessed 20 January 2020).
5. Global surveillance for human infection with novel coronavirus (2019-nCoV): interim guidance v3, 31 January 2020. Geneva: World Health Organization (WHO/2019-nCoV/SurveillanceGuidance/2020.3; [https://www.who.int/publications-detail/global-surveillance-for-human-infection-with-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/publications-detail/global-surveillance-for-human-infection-with-novel-coronavirus-(2019-ncov)), accessed 4 February 2020).

ZACZEPEK ETYCZNY

O OBOWIĄZKACH W CZASACH PANDEMII

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

Włoski lekarz Codogno, Marcello Natali, zmarł mając 57 lat. Jego ostatnia wiadomość esemesowa brzmiała: „Nie oddycham”.

Pandemia stawia ponownie problem uzasadnienia etycznego obowiązku sprawowania opieki nad pacjentami, gdy opieka ta wystawia personel medyczny na ryzyko zachorowania lub śmierci z powodu choroby zakaźnej. Podejmowano ten problem w kontekście HIV, lekoopornej gruźlicy czy wirusa Ebola czy SARS, wskazując przy tym ostatnim na wysokie prawdopodobieństwo przeciężenia, a nawet zapaści służby zdrowia oraz na to, że 30% zgłoszonych przypadków SARS dotyczyło pracowników służby zdrowia.

Lapidarnie uzasadnić można obowiązek udzielania pomocy następującym argumentem: praca pielęgniarki i położnej polega na profesjonalnej pomocy medycznej tym, którzy ze względu na stan zdrowia tej pomocy potrzebują. A zatem nie można porzucić pacjenta, nie można nie udzielić pomocy, jeśli jest ona konieczna. Inne postępowanie jest nieetyczne.

H. Malm i współpracownicy („Ethics, Pandemics, and the Duty to Treat”) wyodrębniają pięć uzasadnień obowiązku udzielania pomocy przez personel medyczny w sytuacji pandemii, zastrzegając, że są one niewystarczające. Pierwszym uzasadnieniem jest zgoda pracownika opieki zdrowotnej, która stanowi podstawę do potwierdzenia istnienia obowiązku w oparciu o umowę o pracę, choć wielu podjęło pracę, niezakładając, że wystąpi epidemia, że przeto będą narażeni na wysokie ryzyko zarażenia. W umowie nie jest zapisane, że pielęgniarki czy położne mają być zdolne do poświęcenia, ale ochrona przed zagrożeniem bezpośrednim dla życia pacjenta może wymagać poświęcenia, jak w wielu okolicznościach życia. Analogia: osoba podejmująca pracę żołnierza zawodowego musi się godzić, że jego dobro osobiste na wypadek wojny będzie podporządkowane dobru społecznemu. Nie zakładamy, że na wypadek wojny żołnierz ów mógłby zrezygnować z pracy. Bądź że policjant przeżywa interwencję, ponieważ skończył się czas jego pracy. Ochrona ludzi wymaga zdolności do poświęcenia. W zawodach medycznych zakładamy milcząco, że osoby podejmujące się opieki nad pacjentami godzą się na obowiązek leczenia nawet ze znacznym ryzykiem dla siebie. To zgoda dorozumiana – drugie uzasadnienie.

Trzecim uzasadnieniem jest profesjonalne szkolenie. Oznacza to, że personel medyczny poprzez nie zmniejsza ryzyko zarażenia, nabywa tych umiejętności, które chronią personel przed nadmiernym ryzykiem. Czwartym zaś jest wzajemność, rodzaj umowy społecznej, w ramach której gotowość do spełnienia obowiązku udzielania pomocy rekompensowana jest prestiżem społecznym i wieloma korzyściami, w tym wyłącznością wykonywania usług medycznych, jak również oczywistym założeniem, że pracownicy służby zdrowia powinni mieć większy, szybszy dostęp do leków, środków ochronnych, leczenia w czasie pandemii.

Ostatnim uzasadnieniem obowiązku leczenia jest pochodną złożonej przysięgi i podlegania normom kodeksowym. Poprzez fakt złożenia przysięgi pracownicy składają obietnicę zbiorowości ludzkiej, że wykonując zawód medyczny zawsze będą gotowi do udzielania pomocy niezależnie od sytuacji zdrowotnej pacjenta, bo ta (jakakolwiek wymagająca opieki lub interwencji medycznej) sytuacja jest źródłem ich obowiązku.

Czy jednak pielęgniarka i położna, która nabyła prawa emerytalne, może zrezygnować z pracy, kierując się przekonaniem, że ze względu na pandemię jej siły życiowe nie pozwolą jej właściwie, bo intensywnie, sprawować opiekę nad pacjentem; że ze względu na wiek jest szczególnie narażona na ryzyko zachorowania? Jeśli utraciła zdolność do zapewnienia bezpieczeństwa pacjentowi i sobie, jej decyzja jest słuszna. Jeśli nie utraciła tej zdolności, powinna pomóc społeczeństwu oraz swoim koleżankom i kolegom. W takiej intencji Ruth May, doradczyni brytyjskiego rządu



ds. pielęgniarstwa i położnictwa apelowała: „Nie damy rady sami, więc nalegam, aby wszystkie emerytowane od niedawna pielęgniarki użyczyły nam swojej wiedzy i doświadczenia w czasie tej pandemii, ponieważ nie mam wątpliwości, że możecie pomóc w ratowaniu życia”.

Nie wyciągnęliśmy wniosków z pandemii SARS, także tych etycznych i nie zdołaliśmy odpowiedzieć na pytanie, w jakim stopniu pracownicy ochrony zdrowia będą tolerować ryzyko infekcji. Jednakże możemy docenić, piszą C. Ruderman i współpracownicy w kontekście pandemii SARS („On pandemics and the duty to care: whose duty? who cares?”), że wiele „pielęgniarek, lekarzy, techników i innych profesjonalnych i nieprofesjonalnych pracowników służby zdrowia pracowało wyjątkowo długo na własne ryzyko. Ta demonstracja przekroczenia granicy obowiązku, która okazała się konieczna do opanowania choroby, jest moralnie godna pochwały”.



Koronawirus SARS-CoV-2

Schemat postępowania dla POZ i NiŚOZ

Należy szeroko informować pacjentów o konieczności kontaktu telefonicznego w celu ustalenia możliwości wizyty w przychodni.

Każdego pacjenta rejestracja powinna poinformować o możliwości uzyskania teleporady.

Podczas rozmowy telefonicznej rejestracja powinna przeprowadzić ankietę wstępnej kwalifikacji w kierunku zakażenia koronawirusem SARS CoV-2.

Pacjent z objawami infekcji lub podejrzany o zakażenie koronawirusem SARS CoV-2 powinien TELEFONICZNIE przełożyć poradę w AOS na inny termin.

NIE ZAWSZE OBJAWY W POWIĄZANIU Z KONTAKTEM W OKRESIE OSTATNICH 14 DNI ŚWIADCZĄ O ZAKAŻENIU KORONAWIRUSEM SARS-CoV-2

Ale

każdy pacjent manifestujący objawy ostrej infekcji dróg oddechowych (gorączka $>38^{\circ}\text{C}$ wraz z kaszlem lub dusznością) w powiązaniu z kryteriami epidemiologicznymi powinien trafić do oddziału zakaźnego lub obserwacyjno-zakaźnego.

KAŻDEMU pacjentowi, również bez cech infekcji, zgłaszającemu chęć wizyty u lekarza najpierw należy udzielić **TELEPORADY**.

Tylko w sytuacjach kiedy jest to niezbędne pacjent powinien zostać umówiony na konkretną godzinę do lekarza.

Lekarz udzielający **TELEPORADY** na podstawie przeprowadzonego wywiadu medycznego i oceny stanu zdrowia pacjenta ma możliwość wystawienia zwolnienia lekarskiego.

Postępowanie z pacjentem:

KRYTERIUM A	KRYTERIUM B	KRYTERIUM C
bez objawów chorobowych,	z objawami chorobowymi (katar, stan podgorączkowy, objawy przeziębieniowe),	z objawami ostrej infekcji dróg oddechowych (gorączka $>38^{\circ}\text{C}$ z kaszlem i/lub dusznością),

który spełnia KRYTERIA EPIDEMIOLOGICZNE, tj.:

w okresie ostatnich 14 dni:

1. przebywał w kraju gdzie występuje transmisja koronawirusa SARS CoV-2
LUB
2. miał bliski kontakt z osobą zakażoną

KRYTERIUM A	KRYTERIUM B	KRYTERIUM C
1. Poinformuj pacjenta o konieczności prowadzenia samoobserwacji przez 14 dni od czasu kontaktu z osobą, u której stwierdzono zakażenie koronawirusem SARS-CoV-2 lub powrotu z kraju gdzie występuje transmisja, w tym codziennego (rano i wieczorem) pomiaru temperatury. 2. Poinformuj pacjenta o konieczności częstego mycia rąk. 3. Poinformuj pacjenta, że w przypadku pogorszenia stanu zdrowia (gorączka $>38^{\circ}\text{C}$ z <u>kaszlem i/lub dusznością</u>) należy zgłosić się do oddziału zakaźnego (unikając transportu publicznego i skupisk ludzi) – wskaż najbliższy oddział zakaźny lub obserwacyjno-zakaźny. 4. Poinformuj pacjenta, że decyzję o nałożeniu kwarantanny podejmuje państwowy powiatowy inspektor sanitarny. Taka decyzja jest tożsama ze zwolnieniem lekarskim i lekarz nie wystawia ZUS ZLA.	1. Pacjent nie wymaga hospitalizacji. 2. Zaleć leczenie w warunkach domowych oraz unikanie kontaktu z innymi osobami przez okres 14 dni od kontaktu/powrotu – wystaw zwolnienie lekarskie z kodem adekwatnym do prezentowanych objawów. 3. Poinformuj pacjenta o konieczności częstego mycia rąk i higienie kaszlu. 4. Poinformuj pacjenta o możliwości uzyskania TELEPORADY w razie potrzeby. 5. Poinformuj pacjenta, że w przypadku pogorszenia stanu zdrowia (gorączka $>38^{\circ}\text{C}$ z <u>kaszlem i/lub dusznością</u>) należy zgłosić się do oddziału zakaźnego (unikając transportu publicznego i skupisk ludzi) – wskaż najbliższy oddział zakaźny lub obserwacyjno-zakaźny. 6. Poinformuj pacjenta o możliwości wezwania ZRM (112; 999) w przypadku wystąpienia stanu nagłego zagrożenia zdrowia (np. duszność).	1. Jeśli konsultujesz pacjenta w ramach teleporady przejdź do punktu 3. 2. Jeśli pacjent zgłasza się do poradni należy: zaopatrzyć pacjenta w maskę ochronną zwykłą (jeśli jest dostępna), zapewnić natychmiastową izolację, nie ma potrzeby przeprowadzać badania przedmiotowego, pacjent powinien być objęty nadzorem medycznym. 3. Zamów transport pacjenta do oddziału zakaźnego. Ustal z firmą odpowiedzialną za wykonywanie transportu sanitarnego pacjentów z podejrzeniem infekcji koronawirusem SARS CoV-2, ujętą na wykazie OW NFZ jego organizację celem przewiezienia pacjenta do oddziału zakaźnego lub obserwacyjno-zakaźnego. 4. Sporządź listę osób z bliskiego kontaktu z pacjentem podczas jego wizyty w przychodni.

Poinformuj powiatowego inspektora sanitarnego o każdym przypadku i przekaz mu dane kontaktowe pacjenta.

	Nr telefonu:
Powiatowy Inspektor Sanitarny	
Wojewódzki Inspektor Sanitarny	
Transport sanitarny	
Oddział Zakaźny w	
Oddział Zakaźny w	
	E-mail:
E-mail Sanepidu do zgłaszania pacjenta	

Wytyczne dla zarządzających placówką:

Należy umieścić w widocznym miejscu numery telefonów do:

- powiatowej stacji sanitarno- epidemiologicznej,
- firmy wykonującej transport sanitarny pacjentów z podejrzeniem infekcji koronawirusem SARS CoV-2 (lista z OW NFZ)
- oddziału zakaźnego lub obserwacyjno-zakaźnego.

Przeprowadzić szkolenia personelu rejestracji w zakresie postępowania z pacjentem zgłaszającym się z powodu obaw o zakażenie koronawirusem SARS CoV-2 oraz szkolenie dotyczące prowadzenia rejestracji pozostałych pacjentów.

Przeprowadzić szkolenie personelu dotyczące zasad postępowania z pacjentem w przypadku podejrzenia zakażenia koronawirusem SARS CoV-2.

Zorganizować rejestrację tak, aby pacjent przebywał w odległości minimum 1m a najlepiej 2m.

Zadbać o dokładne mycie i odkażanie powierzchni i sprzętów przez personel sprzątający.

Dezynfekować klamki/gałki oraz blaty biurek i ladę rejestracji kilka razy w ciągu dnia.

Wietrzyć pomieszczenia (kilkukrotnie w ciągu dnia).

Zlikwidować tzw. kąciaki zabaw dla dzieci, usunąć gadżety dla dzieci oraz inne zbędne przedmioty z poczekalni.

Zapewnić w miarę możliwości odpowiednią liczbę sztuk jednorazowej odzieży medycznej dla personelu.

Poinstruować personel na temat przestrzegania standardowych zasad higieny – dezynfekcja stetoskopów i innego drobnego sprzętu po każdym użyciu, myciu i dezynfekcji dłoni, zdjęciu biżuterii i zegarka w pracy (nic poniżej łokcia).

Nie ma konieczności ciągłej pracy personelu w maskach ochronnych ani w kombinezonach ochronnych.

W przypadku kontaktu z pacjentem spełniającym kryterium C zapewnić personelowi maseczkę, rękawiczki i fartuch ochronny jednorazowy.

Po zabraniu pacjenta z podejrzeniem zakażenia koronawirusem SARS CoV-2 przez transport, należy:

- wyłączyć z funkcjonowania pomieszczenie, w którym przebywał pacjent – następnie umyć i zdezynfekować powierzchnie, meble, sprzęt – po dezynfekcji może być ponownie używane,
- wywietrzyć pomieszczenie, w którym przebywał pacjent,
- zdezynfekować drogę dojścia pacjenta do pomieszczenia (poręcze schodów, klamki, lady, etc. – czyli elementy, których mógł dotykać pacjent),
- ustalić, czy personel zajmujący się pacjentem był odpowiednio zabezpieczony i czy miał bliski kontakt z pacjentem.

Personel mający bliski kontakt z pacjentem bez zabezpieczenia w środki ochrony osobistej powinien zostać odsunięty od świadczenia pracy do czasu uzyskania informacji o wyniku testu pacjenta.

Należy zwrócić się do powiatowej stacji sanitarno-epidemiologicznej o wynik testu w kierunku koronawirusa SARS CoV-2 skierowanego pacjenta (PSSE ma obowiązek udzielić tej informacji).

Definicja bliskiego kontaktu personelu:

pozostawanie w bezpośrednim kontakcie z pacjentem z podejrzeniem zakażenia koronawirusem SARS CoV-2, lub w odległości mniejszej niż 2m przez ponad 15 min, BEZ ODZIEŻY OCHRONNEJ

prowadzenie rozmowy twarzą w twarz z pacjentem z podejrzeniem zakażenia koronawirusem SARS CoV-2 w odległości do 1m BEZ ODZIEŻY OCHRONNEJ

Zgłoszenie do Sanepidu powinno zawierać:

1. Imię i Nazwisko.
2. PESEL (albo rodzaj, nr i seria innego dokumentu potwierdzającego tożsamość).
3. Adres zamieszkania (państwo, miasto, województwo/region, powiat, ulica, nr domu, nr mieszkania, kod pocztowy).
4. Nr tel. do kontaktu (najlepiej komórkowy, może być więcej niż jeden).
5. Adres e-mail do kontaktu.
6. Adres tymczasowy – jeżeli pacjent jest w Polsce tylko przejazdem (miasto, ulica, nr domu, nr mieszkania, kod pocztowy, ew. nazwa hotelu).
7. Osoba do kontaktu w razie nagłej potrzeby (imię i nazwisko, nr tel. najlepiej komórkowy).

Zgłoszenie telefonicznie lub e-mail.

ANKIETA WSTĘPNEJ KWALIFIKACJI

DATA	
IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA	PESEL
Numer telefonu do kontaktu	
E-mail	

- 1) Czy w okresie ostatnich 14 dni przebywał(a) Pan(i) w rejonach transmisji koronawirusa? (lista krajów publikowana codziennie na stronie www.gis.gov.pl)
☐ Tak
☐ Nie
- 2) Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i) kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie koronawirusem SARS CoV-2?
☐ Tak
☐ Nie
- 3) Czy występują u Pana(i) objawy?
☐ Gorączka powyżej 38°C
☐ Kaszel
☐ Uczucie duszności - trudności w nabraniu powietrza

KOMUNIKAT MZ DO PRACOWNIKÓW OCHRONY ZDROWIA

Józefa Szczurek-Żelazko - Sekretarz Stanu

W związku z rozprzestrzenianiem się zakażeń koronawirusem SARS-CoV-2 i odnotowywanym wzrostem zachorowań na COVID-19, również z ryzykiem zawodowym pracowników sektora ochrony zdrowia, proszę by w przypadku wykonywania pracy w kontakcie z osobami ze zdiagnozowanym zakażeniem albo z podejrzeniem

zakażenia powstrzymać się od wykonywania pracy z innymi pacjentami, w innych podmiotach leczniczych czy jednostkach organizacyjnych systemu ochrony zdrowia. Pracownikom, którzy nie mają bezpośredniego kontaktu z takimi grupami pacjentów, zaleca się ograniczenie liczby miejsc wykonywanej pracy. Zadaniem ochrony

zdrowia jest ograniczenie potencjalnych kanałów transmisji zakażeń.

Proszę o bezwzględne zastosowanie się do tych zasad ze skutkiem natychmiastowym. Jednocześnie informuję, że trwają już prace mające na celu wprowadzenie ich do systemu prawa.

KOMUNIKAT NRPIP

DLA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W SPRAWIE UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH FINANSOWANYCH ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH ZA POŚREDNICTWEM SYSTEMÓW TELEINFORMATYCZNYCH LUB SYSTEMÓW ŁĄCZNOŚCI W OKRESIE OGŁOSZONEGO STANU ZAGROŻENIA EPIDEMICZNEGO W ZWIĄZKU Z ZAKAŻENIEM WIRUSEM SARS-COV-2

<https://nipip.pl/koronawirus/>
Zespół Zarządzania Kryzysowego Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych

W okresie od 14 marca 2020 r do odwołania na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu zagrożenia epidemicznego w związku z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 **personel pielęgniarski ma prawo do udzielania świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności**, w sytuacji gdy nie ma bezwzględnych wskazań do osobistego kontaktu z pacjentem i zachodzi pewność, że świadczenia zostaną udzielone z należytą starannością, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej i dbałością o bezpieczeństwo pacjenta.

Wprowadzenie wyjątku od osobistego udzielania świadczeń zdrowotnych, pozwoli zarówno na zmniejszenie potencjalnych źródeł zakażenia, jak i w sposób racjonalny pozwoli gospodarować środkami ochrony osobistej.

Od dnia 14 marca 2020 r do odwołania na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu zagrożenia epidemicznego w związku z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 **Identyfikacja pacjentów następuje:**

1. na podstawie danych przez niego przekazywanych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łącz-

ności, np. internetu, sms, telefonu;

2. jeżeli w chwili zgłoszenia pacjent nie przekaze danych pozwalających na jego identyfikację, wówczas pacjent może złożyć oświadczenie o przysługującym mu prawie do świadczeń opieki zdrowotnej za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności systemów, np. internetu, sms, telefonu;

3. obecnie nie obowiązuje dotychczasowy wzór składania oświadczenia woli.

Od dnia 14 marca 2020 r do odwołania na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu zagrożenia epidemicznego w związku z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2: **Odstępuje się od wymogu** dostarczania przez pacjenta oryginału skierowania w terminie nie później niż 14 dni roboczych od dnia wpisania na listę oczekujących:

Pacjent ma obowiązek dostarczania oryginału skierowania w terminie 21 dni od dnia zakończenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu zagrożenia epidemicznego w związku z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 – jednakże nie później niż w dniu udzielania świadczenia opieki zdrowotnej wykonywanego na podstawie tego skierowania.

PODSTAWA PRAWNA

Podstawą prawną wprowadzenia tego rozwiązania jest art. 11 ust.1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej tekst. jedn. Dz.U.2019.576 ze zm.) zgodnie z którym:

Pielęgniarka jest zobowiązana do udzielania świadczeń zdrowotnych z należytą starannością, zgodnie z zasadami etyki zawodowej, poszanowaniem praw pacjenta, dbałością o jego bezpieczeństwo, wykorzystując wskazania aktualnej wiedzy medycznej oraz pośrednictwo systemów teleinformatycznych lub systemów łączności oraz §7 w zw. z §1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 13 marca 2020 r. w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu zagrożenia epidemicznego Dz.U.2020, poz. 433 ze zm. Prosimy o rozpowszechnianie powyższej informacji wśród personelu pielęgniarskiego i położniczego.

KOMUNIKAT KONSULTANTA

KRAJOWEGO W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA GINEKOLOGICZNEGO I POŁOŻNICZEGO

Dr hab. n. o zdr. GRAŻYNA IWANOWICZ-PALUS

W związku ze wzrostem ryzyka zarażenia wirusem SARS-CoV-2 oraz zidentyfikowanymi przypadkami zachorowań na COVID-19 w Polsce, a także ogłoszeniem przez WHO pandemii COVID-19, położne podstawowej opieki zdrowotnej powinny świadczyć opiekę z zachowaniem szczególnych zasad w realizacji opieki nad podopiecznymi (w szczególności w zakresie opieki realizowanej nad ciężarnymi, położnicami i noworodkami w ramach wizyt patronażowych oraz nad kobietami po operacjach ginekologicznych w środowisku

domowym).

Świadczenia położnej POZ obejmują kompleksową pielęgnacyjną opiekę położniczo-neonatologiczno-ginekologiczną nad populacją objętą opieką, w tym w szczególności:

- edukację w zakresie planowania rodziny,
- opiekę w okresie ciąży, porodu i połogu, w tym edukację przedporodową realizowaną u kobiet w ciąży (w tym w ciąży wysokiego ryzyka), począwszy od 21. (dwudziestego pierwszego) tygodnia ciąży do terminu rozwiązania,

- opiekę nad kobietą, noworodkiem i niemowlęciem do ukończenia 2. (drugiego) miesiąca życia, realizowaną w ramach wizyt patronażowych,

- opiekę w chorobach ginekologicznych, w tym opiekę pielęgnacyjną nad kobietą po operacji ginekologicznej lub onkologiczno-ginekologicznej obejmującą okres od momentu wypisu ze szpitala do całkowitego zagojenia się rany pooperacyjnej, realizowane na podstawie skierowania lekarza oddziału, który wykonał operację,
- wykonywanie zgodnie z posiadanymi

kompetencjami, iniekcji i zabiegów na podstawie zleceń innych lekarzy ubezpieczenia zdrowotnego, w gabinecie położnej POZ w domu pacjenta,

- opiekę nad kobietą w każdym okresie jej życia.

Mając na uwadze wytyczne zawarte w **Komunikacie Głównego Inspektora Sanitarnego w sprawie schematu postępowania dla Podstawowej Opieki Zdrowotnej i Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej w związku z szerzeniem się nowego koronawirusa SARS-CoV-2** (<https://www.gov.pl/web/koronawirus/komunikat-glownego-inspektora-sanitarnego-w-sprawie-schematu-postepowania-dla-poz-i-niso>) oraz **Komunikatu (NFZ) do świadczeniodawców POZ w związku z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19** (<https://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-centrali/komunikat-dlaswiadczeniodawcow,7644.html>), w celu zminimalizowania ryzyka transmisji infekcji COVID-19, należy ograniczyć bezpośrednie kontakty położnej POZ nie tylko z pacjentkami przebywającymi w swoich domach, ale również w gabinecie położnej, proponując realizację porad i wizyt z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności, o ile czasowe zaniechanie świadczeń wykonywanych osobiście nie zagraża pogorszeniem stanu zdrowia podopiecznych (w szczególności ciężarnych, położnic i noworodków/niemowląt do 2. miesiąca życia, kobiet po operacji ginekologicznej lub onkologiczno-ginekologicznej, kobiet w każdym okresie życia).

Pierwsza wizyta patronażowa powinna się odbyć bezwzględnie w miejscu pobytu matki i dziecka nie później niż w ciągu 48 godzin od otrzymania przez położną zgłoszenia urodzenia dziecka, podczas której położna przede wszystkim jest zobowiązana dokonać oceny stanu zdrowia położnicy i noworodka oraz zwrócić uwagę na relacje w rodzinie i wydolność opiekuńczą rodziny, a także udzielić porady laktacyjnej. Podczas tej wizyty patronażowej pacjentka może złożyć oświadczenie o przysługującym jej prawie do świadczeń opieki zdrowotnej za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności (<https://nipip.pl/koronawirus/>).

Należy pamiętać, że każda wizyta domowa – wizyta patronażowa powinna być zawsze poprzedzona rozmową telefoniczną, podczas której położna POZ jest zobowiązana uzyskać odpowiedź na podane niżej pytania:

1. Czy w okresie ostatnich 14 dni pacjentka przebywała w rejonach transmisji koronawirusa? (lista krajów publikowana jest

codziennie na stronie www.gis.gov.pl)

2. Czy w okresie ostatnich 14 dni pacjentka miała kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie koronawirusem SARS-CoV-2?

3. Czy pacjentka lub współmieszkańcy manifestują objawy ostrej infekcji dróg oddechowych (gorączka >38 st. C wraz z kaszlem lub dusznością)?

W przypadku twierdzącej odpowiedzi na co najmniej jedno z dwóch pierwszych pytań realizacja świadczeń zdrowotnych w środowisku domowym powinna odbywać się z zachowaniem szczególnych środków ostrożności (w tym z zastosowaniem środków ochrony osobistej) – zgodnie z wytycznymi GIS.

Natomiast w przypadku, gdy pacjentka lub współmieszkańcy manifestują objawy ostrej infekcji dróg oddechowych (gorączka >38 st. C wraz z kaszlem i/lub dusznością), należy rozważyć odroczenie terminu udzielenia świadczenia obejmującego opiekę nad kobietą, noworodkiem i niemowlęciem do ukończenia 2. (drugiego) miesiąca życia, realizowaną w ramach wizyt patronażowych, czy też podjęcie decyzji o czasowym zawieszeniu wizyt patronażowych i realizowaniu wizyt z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności (o ile czasowe zaniechanie świadczeń wykonywanych osobiście nie zagraża pogorszeniem stanu zdrowia podopiecznych), a pacjentka powinna otrzymać sugestie skontaktowania się ze stacją sanitarno-epidemiologiczną lub bezpośredniego udania się do oddziału zakaźnego / obserwacyjno-zakaźnego (unikając transportu publicznego i skupisk ludzi) – zgodnie ze schematem postępowania dla POZ i NiSoZ (<https://www.gov.pl/web/korona-wirus/komunikat-glownego-inspektora-sanitarnego-w-sprawie-schematu-postepowania-dla-poz-i-niso>).

Należy podkreślić, że nieograniczone porady i wizyty z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności, obejmujące opiekę nad kobietą, noworodkiem i niemowlęciem do ukończenia 2. (drugiego) miesiąca życia, realizowane w ramach kolejnych wizyt patronażowych mogą w istotny sposób ograniczyć ryzyko rozprzestrzeniania się koronawirusa, ułatwiać izolację osób, mogących zarażać wirusem innych oraz rozwiewać obawy podopiecznych dotyczących sytuacji zdrowotnej.

Porady i wizyty z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności mogą być udzielane wyłącznie w sytuacji, gdy zakres niezbędnych czynności do zrealizowania na rzecz pacjenta, nie wymaga osobistej obecności personelu medycznego.

Jeśli po zdalnym wywiadzie

zachodzi konieczność bezpośredniej opieki nad matką i dzieckiem w środowisku domowym, to wizyta patronażowa musi być bezwzględnie zrealizowana. Teleporady nie mogą uniemożliwiać czy też zastępować bezpośrednią wizytę położnej POZ w środowisku matki i dziecka, gdy jest ona niezbędna, uzasadniona stanem zdrowia położnicy i jej dziecka.

W każdym przypadku odroczenia terminu udzielenia świadczenia obejmującego opiekę nad kobietą, noworodkiem i niemowlęciem do ukończenia 2. (drugiego) miesiąca życia, realizowaną w ramach wizyt patronażowych, a szczególnie w razie podjęcia decyzji o czasowym zawieszeniu wizyt patronażowych i realizowaniu wizyt z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności (co powinno być bezwzględnie udokumentowane), należy ocenić i wziąć pod uwagę uwarunkowania i ryzyko dotyczące stanu zdrowia pacjentów (położnicy i jej dziecka) oraz prawdopodobieństwo jego pogorszenia.

W sytuacji, gdy położnica nie wyraża zgody na wizytę patronażową w miejscu pobytu matki i dziecka, fakt ten powinien być odnotowany w dokumentacji medycznej, a położna jest zobowiązana do udzielenia porady z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności.

Ponadto, aby zminimalizować ryzyko transmisji infekcji COVID-19 w odniesieniu do kobiet ciężarnych, edukację przedporodową skierowaną do kobiet w ciąży (w tym w ciąży wysokiego ryzyka), począwszy od 21. (dwudziestego pierwszego) tygodnia ciąży do terminu rozwiązania, należy realizować w formie porady z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności.

UWAGA - PIEŁĘGNIARKI I POŁOŻNE

Koleżanki i Koledzy, Pielęgniarki, Pielęgniarze i Położne,

Sytuacja epidemiologiczna w kraju związana z rozprzestrzenianiem się koronawirusa SARS-CoV-2 jest bardzo dynamiczna i wymaga od osób wykonujących zawody medyczne ogromnej mobilizacji w niesieniu pomocy w bezpośredniej opiece nad zakażonymi wirusem, ale również podejmowania działań profilaktycznych i edukacyjnych związanych z zapobieganiem szerzenia się zakażeń i minimalizowania ich skutków wśród społeczeństwa. Realizacja opieki pielęgniarskiej w sytuacji tak olbrzymiego ryzyka epidemiologicznego wymaga od pielęgniarek, pielęgniarzy, położnych ogromnej odpowiedzialności za zapewnienie bezpieczeństwa pacjentów i bezpieczeństwa włas-

nego. W związku z powyższym apelujemy do pracodawców i decydentów o zapewnienie pracownikom medycznym bezpiecznych warunków pracy, w tym odpowiedniej do sytuacji odzieży ochronnej. Kierujemy do Was Pielęgniarki, Pielęgniarze, Położne, Koleżanki i Koledzy wykonujące inne zawody medyczne gorące podziękowania za trud, podjęte ryzyko w ratowaniu zdrowia i życia ludzkiego w czasie obecnej pandemii.

Informujemy, że Dolnośląska Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu uruchamia:

- pomoc finansową w sytuacji zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2 naszych 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, do pobrania na www.doipip.wroc.pl

- pomoc psychologiczną i psychoterapeutyczną:

Benita Dobrzańska (psycholog)

- czwartek (17.00-20.00)

- sobota (10.00-13.00)

pod nr telefonu 601 633 150

Grażyna Kącka (psychoterapeuta)

- wtorek (17.00-20.00)

- środa (17.00-20.00)

- piątek (17.00-20.00)

pod nr tel 603 483 330

Informujemy również, że biuro Izby jest czynne w niezmiennych godzinach, pomoc prawna dla naszych członków udzielana będzie jedynie drogą elektroniczną na adres: ewa.stasiak@g.pl

Dolnośląski Szpital Specjalistyczny im. T. Marciniaka - Centrum Medycyny Ratunkowej zatrudni:

Pielęgniarki w oddziałach szpitalnych

Wymagania:

1. średnie wykształcenie medyczne w zawodzie pielęgniarki lub ukończone studia wyższe na kierunku pielęgniarstwo,
2. prawo wykonywania zawodu.

Oferujemy:

1. stabilne zatrudnienie w ramach umowy o pracę,
2. pracę w nowym obiekcie o wysokim standardzie,
3. okazję do rozwoju w dynamicznym otoczeniu,
4. przyjazną atmosferę pracy.

Oferty (CV i list motywacyjny) prosimy składać w siedzibie Szpitala - ul. Gen. Fieldorfa 2 we Wrocławiu w sekretariacie dyrekcji na I piętrze lub na adres mailowy: kadry@szpital-marciniak.wroclaw.pl

Szczegółowe informacje pod nr tel.

71/306 44 25 – Z-ca dyrektora ds. pielęgniarstwa- Pielęgniarka Naczelna

71/306 44 40 – Kierownik Działu Zarządzania Kadrami

Szpital nie zwraca nadesłanych dokumentów i rozpatruje tylko te oferty, które spełniają wymogi zawarte w ogłoszeniu i zawierają klauzulę - zgodę na przetwarzanie danych osobowych do celów rekrutacji: "Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Dolnośląski Szpital Specjalistyczny im. T. Marciniaka - Centrum Medycyny, ul. Gen. A. E. Fieldorfa 2, 54-049 Wrocław, danych osobowych podanych przez mnie dobrowolnie w celu rekrutacji i ewentualnego dalszego zatrudnienia zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych)". Dane zbierane są przez Szpital im. Marciniaka dla potrzeb obecnej rekrutacji, a w przypadku wyrażenia przez Panią/Pana wyraźnej i dobrowolnej zgody także dla potrzeb przyszłych rekrutacji. Szpital im. Marciniaka zastrzega sobie prawo kontaktu tylko z wybranymi kandydatami.

Podziękowanie

Pragniemy złożyć najserdeczniejsze podziękowania dla lekarzy i pielęgniarek oddziału IX w szpitalu im. J. Gromkowskiego przy ulicy Koszarowej we Wrocławiu i wyrazić głęboką wdzięczność za zaangażowanie i troskliwą opiekę w trakcie leczenia Małgorzaty Kołodziej.

Z najlepszymi życzeniami córka Marta, syn Marcin, siostra z rodziną oraz rodzice

Podziękowanie

Dziękuję za wzruszające, pełne ciepła i wdzięczności słowa uznania za moją 40-letnią pracę w zawodzie pielęgniarki, a także za wspólne lata pracy na rzecz Dolnośląskiej Izby Pielęgniarek i Położnych w Komisji Rewizyjnej.

Nie osiągnęłabym tego wspaniałego doświadczenia, wiedzy i umiejętności — sama.

To dzięki wszystkim osobom z którymi dane mi było pracować, a w szczególności pielęgniarkom z Oddziału III Kliniki Transplantacji Szpiku, Onkologii i Hematologii Dziecięcej.

To od nich nauczyłam się nowych wysokospecjalistycznych procedur pielęgniarskich. Dziękuję im również za wsparcie w trudnych dla mnie chwilach mojego życia, walki z rakiem.

Dziękuję Pani Julii Peszyńskiej, wspaniałej przełożonej, która we mnie wierzyła i dała mi możliwość powrotu do mojej pierwszej pasji jaką była praca.

Druga moja pasja to taniec towarzyski, w którym się spełniam do dzisiejszego dnia.

Dziękuję wszystkim pielęgniarkom za ich heroizm, trud podejmowanych czynności każdego dnia, za cierpliwość, pokorę, często mozolne nie przynoszące radości — obowiązki pielęgniarskie.

Dziękuję również za ich pracę, poświęcenie i zaangażowanie w walce z Pandemią Koronawirusa.

Z wyrazami szacunku
Urszula Górecka

Szanowni Państwo

Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego

zwraca się z uprzejmą prośbą o wsparcie działalności statutowej naszego Towarzystwa.

Jesteśmy Towarzystwem naukowym nasza działalność ma na celu propagowanie dziedzictwa zawodu pielęgniarskiego. Realizacja zadań statutowych wymaga nakładów finansowych.

SAM ZDECYDUJ CO ZROBISZ Z 1% SWOJEGO PODATKU

Wystarczy wypełnić w formularzu rocznego zeznania podatkowego (PIT) rubrykę „wniosek o przekazanie 1% podatku należnego na rzecz organizacji pożytku publicznego” są to trzy pola, w które należy wpisać

- pełną nazwę: POLSKIE TOWARZYSTWO PIEŁĘGNIARSKIE
- numer wpisu PTP do KRS: 0000065 610
- obliczoną równowartość 1% podatku należnego

PKO BP S.A. XV O/WARSZAWA, nr: 11 1020 1156 0000 7202 0050 1601

Serdecznie dziękujemy za wsparcie i życzliwość dla środowiska pielęgniarskiego.
Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego



*„Odeszła cicho, bez słów pożegnania, Jakby nie chciała swym odejściem smucić,
Jakby wierzyła w godzinę rozstania, Że ma niebawem z dobrą wieścią powrócić...”*

07.03.2020r. pożegnaliśmy naszą koleżankę

MAŁGORZATĘ KOŁODZIEJ

pielęgniarkę Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego
im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu.

Małgosiu,

Dziękujemy Ci za to, że byłaś z nami przez te wszystkie lata, za wspólne rozmowy, radości, zabawę, smutek, za wszystkie wspólne dyżury i razem spędzone chwile. Pozostaniesz w naszych sercach i pamięci jako osoba kochająca ludzi, pogodna, życzliwa, pełna radości i chęci życia, pokonująca różne przeciwności losu. Na każdym dyżurze dzieliłaś się tym co miałaś, zawsze niosłaś pomoc. Byłaś i pozostaniesz częścią naszej rodziny, którą tworzymy na oddziale. Do końca dzielnie walczyłaś z chorobą. Odeszłaś od nas za szybko...- cicho, spokojnie, jakbyś nie chciała sprawić nikomu kłopotu. Bolała nas bezsilność, a teraz serce pęka z bólu i tęsknoty za Tobą. Dziękujemy Małgosiu za Twoją przyjaźń. Do zobaczenia.

*„Pokój jej wieczny w Cichej Krainie, gdzie ból nie sięga,
gdzie łza nie płynie, gdzie słychać Boga głos
...pokój Ci wieczny”*

Koleżanki z IX oddziału chorób wewnętrznych
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. J. Gromkowskiego

TERESIE WOJTAS

wyrazy głębokiego współczucia z powodu śmierci
MAMY

składają koleżanki z Oddziału Rehabilitacji MCM W Miliczu

Naszej Koleżance

ANI SOWIE

wobec ciosu, który spadł na Ciebie oraz całą Twoją rodzinę,
nie łatwo możemy znaleźć słowa otuchy.

Wyrazy szczerzego współczucia
składają Koleżanki z Kliniki Dermatologii

*Czas jest najlepszym lekarstwem na smutek,
a wspomnień nikt nam nie odbierze. Zawsze będę z nami.*

DANUSI SZELIDZE

Wyrazy współczucia z powodu śmierci
BRATA Ryszarda

Składają Koleżanki z Kliniki Dermatologii
USK we Wrocławiu

*Wieczność – to miłość
od razu
już na zawsze
nie na chwilę...”*
ks. Jan Twardowski

Naszej Koleżance

AGNIESZCE TYSKIEJ

w trudnych chwilach po śmierci Taty
składamy wyrazy współczucia.

Koleżanki i koledzy z Oddziału Klinicznego Urologii
i Onkologii Urologicznej
Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu

*„Nie odchodzi się tak naprawdę i zupełnie bo mimo wszystko
-pozostaje się w czyjejś pamięci i w czymś czekaniu....”*

Wyrazy szczerego współczucia, słowa otuchy i wsparcia
dla pielęgniarki

HALINY BARAN

z powodu śmierci Brata

składają
koleżanki z Klinicznego Oddziału Gastroenterologicznego
4WSzKzP SPZOZ we Wrocławiu

„Umarłych wieczność dotąd trwa, dokąd pamięcią im się płaci ”

Wisława Szymborska

Koleżance

GRAŻYNIE TROJAN

Wyrazy szczerego współczucia po śmierci Teściowej
składają koleżanki SZPL PROVITA sp.z o.o.
Wrocław, ul. Bierutowska 63

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

Naszej koleżance

BEACIE OŁPIŃSKIEJ

i jej Rodzinie

Najszczęstsze wyrazy współczucia z powodu śmierci męża

składa Dyrekcja, koleżanki i koledzy
z Zespołu Opieki Zdrowotnej w Oławie

KORONASTOP
STUDENCI MEDYKOM
 DOLNY ŚLĄSK

MEDYKU!

POTRZEBUJESZ POMOCY W OPIECE NAD DZIECKIEM?

Nasi wolontariusze mogą zająć się Twoim dzieckiem zupełnie za darmo, podczas gdy Ty będziesz w pracy!

DOŁĄCZ DO NASZEJ GRUPY NA FACEBOOKU!



Studenci Medykom - pomoc w opiece nad dziećmi DOLNY ŚLĄSK

**SKONTAKTUJ SIĘ Z ADMINISTRACJĄ
SWOJEGO SZPITALA, TAM UZYSKASZ NUMER
TELEFONU DO NASZEGO KOORDYNATORA!**

STUDENCIE!

CHCESZ POMÓC?



POSZUKUJEMY WOŁONTARIUSZY:

- czynnych: do opieki nad dzieckiem, gdy rodzic jest w pracy
- zdalnych:



możesz pomóc dziecku w wieku szkolnym przy odrabianiu lekcji np. za pośrednictwem Skype

☎ możesz udzielić wsparcia telefonicznego osobom starszym, które obecnie, w sposób szczególny, dotyka problem samotności

**DOŁĄCZ DO NASZEJ GRUPY NA
FACEBOOKU!**



Studenci Medykom - pomoc w opiece nad dziećmi DOLNY ŚLĄSK



UNIWERSYTET MEDYCZNY
IM. PIASTÓW ŚLĄSKICH WE WROCŁAWIU



Dolnośląska
Izba
Lekarska

