

FORUM ZAWODOWE 1(128) 2021

*Niech radosne Alleluja będzie dla Was
ostoją zwycięskiej miłości i niezłomnej wiary.
Niech pogoda ducha towarzyszy Wam
w trudzie każdego dnia,
a radość serca w czasie zasłużonego odpoczynku.*

Zespół Redakcyjny

CZASOPISMO OKRĘGOWEJ IZBY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W KROŚNIE
ISSN 1213-2046

W numerze

- 3** Słowo przewodniczącej
- 4** Zapomoga z tytułu zachorowania na COVID-19
- 4** Kalendarium pracy OIPIP w Krośnie
- 6** Jubileusz Xxx-lecia samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych
- 7** Po raz siódmy wybrano najlepsze położne w kraju
- 8** Po raz 29 obchodzimy Światowy Dzień Chorego
- 10** List otwarty Prezesa Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
- 11** Nauka przeciw pandemii
- 13** Wspólny list samorządów zawodowych skierowany do Prezydenta RP
- 15** Informacja o stanie prac nad zmianami w płacach pielęgniarek i położnych
- 19** Zalecenia dotyczące postępowania u osób z chorobą COVID-19 leczonych w domu
- 23** Informacja w przedmiocie procedury stwierdzania choroby zawodowej
- 25** Położna i pielęgniarka - jak to jest z nakładaniem się kompetencji?
- 27** Pandemia a przemoc w rodzinie
- 28** Godziny nadliczbowe w podmiotach leczniczych
- 32** Opieka pielęgniarska nad pacjentem z wyłonioną urostomią w przebiegu raka pęcherza moczowego

NASZ ADRES

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych
38-400 Krosno, ul. Bieszczadzka 5, pok. 205-210
tel./fax: 13 43 694 60, www.oipip.krosno.pl,
e-mail: biuro@oipip.krosno.pl

Biuro Izby czynne

w poniedziałek od 7.30-17.00
od wtorku do piątku w godzinach 7.30-15.30

Radca Prawny

mgr Piotr Świątek
udziela porad prawnych w piątek od godz. 9.00-14.00
Kontakt za pośrednictwem Biura OIPiP

Biuro Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej oraz Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych

czynne codziennie w siedzibie Izby w godzinach 10.00-14.00
tel. 13 43 694 60

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej
pełni dyżur w pierwszy poniedziałek miesiąca
w godzinach 10.00-14.00

Podania o zapomogi i dofinansowanie szkoleń podyplomowych prosimy składać do 10-go każdego miesiąca osobiście lub listownie.

WIELKANOCNY PACIERZ

*Nie umiem być srebrnym aniołem –
ni gorejącym krzakiem –
tyle Zmartwychwstań już przeszło –
a serce mam byle jakie.*

*Tyle procesji z dzwonami –
tyle już alleluja –
a moja świętość dziurawa
na ćwiartce włoska się buja.*

*Wiatr gra mi na kościach mych psalmy –
jak na koślawej fujarce –
żeby choć papież spojrział
na mnie – przez białe swe palce.*

*Żeby choć Matka Boska
przez chmur zabite wciąż deski –
uśmiech mi Swój zesłała
jak ptaszka we mgle niebieskiej.*

*I wiem, gdy lzę swoją trzymam
jak złoty kamyk z procy –
zrozumie mnie mały Baranek
z najcichszej Wielkiej Nocy.*

*Pyszczek połóż na rękę –
sumienia wywróci podszewkę –
serca mojego ocali
czerwoną chorągiewkę.*

ks. Jan Twardowski



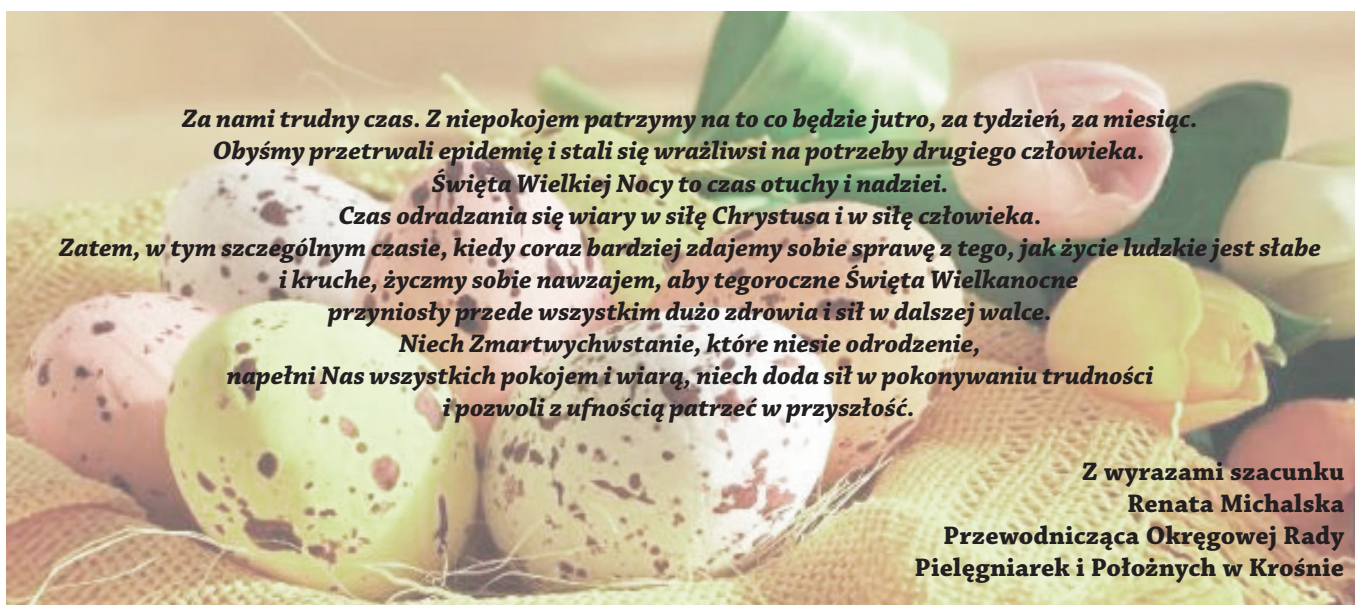
Słowo przewodniczącej

Szanowne Koleżanki i Koledzy,

Rok 2020 zapisze się na kartach historii jako rok walki z pandemią COVID-19, ogromnych wyzwań organizacyjnych dla podmiotów leczniczych i innych placówek ochrony zdrowia, w tym w szczególności wyjątkowo ciężkiej pracy pielęgniarek, położnych i wszystkich pracowników ochrony zdrowia. Nieznany dotąd wirus SARS-CoV-2 powodujący gorączkę, kaszel i duszność stał się naszą codziennością. Szansą na powrót do normalności i naszą wielką nadzieją stała się szczepionka przeciw SARS-CoV-2. Może ona pozwoli uchronić część społeczeństwa przed zarażeniem, a innym łagodnie przejść COVID-19. Ale na to potrzeba czasu. Dzisiaj przyzwyczailiśmy się do tej sytuacji, ale epidemia znów przybiera na sile. Nie możemy zapominać o środkach bezpieczeństwa, maseczkach, częstym myciu rąk, unikaniu zatłoczonych miejsc.

Obecnie znaczna część naszego środowiska bierze udział w programie szczepień przeciw COVID-19. Jak sami Państwo wiecie, szczepienia te mają swoich zwolenników i przeciwników także wśród pielęgniarek i położnych. Zadziwiające jest jednak to, że z dużą łatwością przychodzi nam uwierzyć w różne komunikaty, które pojawiają się w mediach społecznościowych, zwłaszcza te negatywne. Naszym obowiązkiem jest dostarczenie pacjentowi rzetelnej wiedzy w oparciu o aktualną wiedzę medyczną. To pacjent sam powinien podjąć decyzję o szczepieniu, a my nie możemy ograniczać jego praw i ingerować w jego autonomię. O tym wszystkim przeczytacie Państwo w liście Prezesa NR PiP Pani Zofii Małas skierowanym do pielęgniarek i położnych, a publikowanym na łamach naszego biuletynu.

Zwracamy także uwagę, na proponowane przez Ministra Zdrowia rozszerzenie zadań zawodowych opiekuna medycznego o dodatkowe czynności, które są zawarte w kompetencjach prawnie przypisanych do pielęgniarek i położnych. Projekt rozporządzenia, który został przesłany do konsultacji społecznych, dotyczący poszerzenia programu kształcenia do zawodu opiekuna medycznego ze strony naszego środowiska został bardzo mocno oprotestowany. Nie możemy zgodzić się na to, aby opiekun medyczny na zlecenie sprawował opiekę nad pacjentem dializowanym pod nadzorem pielęgniarki dializacyjnej, czy asystował przy operacji. Pielęgniarki zatrudnione na blokach operacyjnych, czy oddziałach dializoterapii to wysoko wykwalifikowana kadra medyczna, od której wymaga się szkoleń specjalizacyjnych, kursów kwalifikacyjnych, czy specjalistycznych, a także ciągłego aktualizowania wiedzy medycznej. W przedłożonym do konsultacji społecznych projekcie wydłużono okres nauczania opiekuna medycznego z jednego do półtora roku. A przecież kompetencje zawodowe nabywane są przez pielęgniarki i położne w toku kształcenia na poziomie szkolnictwa wyższego i kształcenia podyplomowego. Grupa zawodowa opiekunów medycznych kształcona jest w systemie policealnym bez konieczności posiadania świadectwa dojrzałości. Pielęgniarki i położne oczekują przede wszystkim pomocy przy czynnościach pielęgnacyjno – opiekuńczych, a patrząc na zapotrzebowanie w stosunku do zawodu opiekuna medycznego, można śmiało powiedzieć, że jest on za mało wykorzystywany przez poszczególne podmioty np. w geriatric, psychiatrii czy neurologii. Oczywiście w tej sprawie, zarówno Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, jak i Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie podjęły odpowiednie stanowiska.



Zapomoga z tytułu zachorowania na COVID-19

Szanowni Państwo,

OIPiP w Krośnie od wielu lat udziela swoim członkom wsparcia finansowego m. in. w postaci zapomogi losowej. Taki rodzaj wsparcia przyznawany jest w oparciu o zasady określone w regulaminie przyznawania tego typu pomocy. Dotychczas zapomogi udzielane były w sytuacji wystąpienia nagłego zdarzenia losowego, choroby przewlekłej lub choroby nowotworowej.

Do Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Krośnie w ostatnim czasie napływa wiele pytań dotyczących przyznania pomocy finansowej w związku z zachorowaniem na COVID-19. Proszę więc przyjmijcie Państwo poniższe wyjaśnienia.

Wychodząc naprzeciw sytuacji, która nas spotkała w czerwcu 2020 r. Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Krośnie wprowadziła zmiany do „Regulaminu przyznawania bezzwrotnych zapomóg losowych dla pielęgniarek i położnych”, polegające na ustaleniu zapomogi dla członków samorządu przyznawanej w związku z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2. Zapomoga była przeznaczona dla osób, które będą przechodziły chorobę bardzo ciężko.

Od miesiąca września 2020 r. wystąpił bardzo istotny przyrost liczby zachorowań wśród pielęgniarek i położnych na terenie funkcjonowania OIPiP w Krośnie, co przełożyło się na bardzo duży wpływ wniosków o przyznanie zapomogi (do 15 grudnia 2020 r. wpłynęło blisko 400 podań o zapomogę). Środki finansowe, którymi Izba dysponowała w roku 2020 i dysponuje obecnie nie są w stanie pokryć tak dużych

kosztów. Pragnę zaznaczyć, że środki finansowe na jakąkolwiek pomoc dla pielęgniarek i położnych pochodzą tylko i wyłącznie ze składek członkowskich, które Państwo co miesiąc odprowadzacie do Izby. Więc nie ma ich dużo, a innego źródła pieniędzy nie mamy.

W związku z powyższym z dniem 23 października 2020 r. podjęto decyzję o wstrzymaniu wypłaty zapomóg objętych wnioskami, które wpłynęły do Biura Izby po dniu 15 października br.

W celu zachowania możliwości wypłaty świadczeń oraz utrzymania płynności finansowej Izby podjęto szereg działań zmierzających do uregulowania tej sytuacji. Między innymi rozważano:

1. pozostawienie tej samej kwoty zapomogi z tytułu zachorowania na COVID-19, ale tylko i wyłącznie dla osób hospitalizowanych lub

2. zmniejszenie wysokości zapomogi z tytułu zachorowania na COVID-19 w przypadku izolacji domowej.

Ze względu na dużą ilość składanych wniosków oczywistym jest, że środki finansowe w budżecie zaplanowanym i realizowanym w 2020 r. nie stanowiły zasobów, którymi można było dysponować bez żadnych ograniczeń. Dlatego też Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Krośnie na posiedzeniu w dniu 16 grudnia 2020 r., biorąc pod uwagę z jednej strony oczekiwania środowiska i dbałość o swoich Członków, a z drugiej rzeczywiste możliwości finansowe Izby, postanowiła wprowadzić do Regulaminu zapisy zmniejszające wysokość świadczenia, które jednocześnie pozwolą skorzystać z tej formy pomocy większej grupie koleżanek i kolegów. Przyjmu-

jąc takie rozwiązanie samorząd zawodowy miał na celu zapewnienie tej doraźnej formy pomocy wszystkim członkom samorządu, którzy się o nią zwrócą.

W tym celu Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych podjęła stosowne Uchwały i dokonała przesunięć w budżecie w taki sposób, aby objąć wsparciem każdego z Państwa, kto zachorował i złożył do Izby wnioski o przyznanie zapomogi, stosując się do ww. Regulaminu.

Warto także podkreślić, że liczba zachorowań w styczniu i początkiem lutego uległa zmniejszeniu, niemniej jednak podania o zapomogę cały czas spływają. Do końca lutego 2021 roku zapomogę otrzymało 504 osoby, w tym 9 osób w okresie od marca do września 2020 r. Są także i takie osoby, które nie otrzymały tego świadczenia ponieważ nie mogą spełnić warunków określonych w regulaminie, gdyż nie dysponują wymaganymi dokumentami, a udokumentowanie choroby to jeden z warunków ubiegania się o zapomogę. Jest mi z tego powodu niezmiernie przykro, ale musimy brać pod uwagę również wiedzę ekspertów w tym względzie.

Jednocześnie pragnę podkreślić, że regularnie co miesiąc przyznawane są zapomogi losowe z tytułu np. zachorowań onkologicznych, chorób przewlekłych, a także refundacje z tytułu doskonalenia zawodowego i świadczenia dla osób przechodzących na emeryturę.

Z wyrazami szacunku

Renata Michalska

Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie

Kalendarium pracy OIPiP w Krośnie

od 1 stycznia 2021 r. do 28 lutego 2021 r.

15 stycznia 2021 r.

Udział Renaty Michalskiej Przewodniczącej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych, Ewy Czupskiej Sekretarza Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz

Beaty Barańskiej członka Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w posiedzeniu Komisji konkursowej na stanowisko Pielęgniarki Oddziałowej:

- Oddziału Radioterapii,
- Oddziału Medycyny Paliatywnej,
- Oddziału Chorób Wewnętrznych z Pododdziałem Reumatologii,

Szpitala Specjalistycznego w Brzozowie Podkarpackiego Ośrodka Onkologicznego im. Bronisława Markiewicza.

19 stycznia 2021 r.

Udział Renaty Michalskiej Przewodniczącej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych, Ewy Czupskiej Sekretarza Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz Beaty Barańskiej członka Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w posiedzeniu Komisji konkursowej na stanowisko Pielęgniarki Oddziałowej:

- Oddziału Ginekologiczno-Położniczego z Pododdziałem Ginekologii Onkologicznej,
- Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii,
- Oddziału Kardiologicznego,

Szpitala Specjalistycznego w Brzozowie Podkarpackiego Ośrodka Onkologicznego im. Bronisława Markiewicza.

20 stycznia 2021 r.

Udział Renaty Michalskiej Przewodniczącej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych, Ewy Czupskiej Sekretarza Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz Beaty Barańskiej członka Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w posiedzeniu Komisji konkursowej na stanowisko Pielęgniarki Oddziałowej:

- Oddziału Onkologii Klinicznej – Oddział A,
- Oddziału Neurologii z Pododdziałem Udarowym,
- Oddziału Chirurgii Onkologicznej,

Szpitala Specjalistycznego w Brzozowie Podkarpackiego Ośrodka Onkologicznego im. Bronisława Markiewicza.

21 stycznia 2021 r.

Udział Renaty Michalskiej Przewodniczącej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w posiedzeniu on – line Konwentu Przewodniczących Okręgowych Rad Pielęgniarek i Położnych w Warszawie.

Posiedzenie on-line Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych.

Na posiedzeniu podjęto 15 uchwał, m. in. w sprawie: przyznania bezzwrotnych zapomóg finansowych dla pielęgniarek i położnych, refundacji kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego dla pielęgniarek i położnych, przyznania jednorazowego świadczenia w związku z przejściem na emeryturę dla członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Krośnie, wpisu pielęgniarki do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek w Krośnie, wpisu położnej do Okręgowego Rejestru Położnych w Krośnie, wykreślenia pielęgniarki z Okręgowego Rejestru Pielęgniarek w Krośnie, skierowania do odbycia przeszkolenia pielęgniarki po przerwie w wykonywaniu zawodu dłuższej niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat, podwyżki płacy dla pracowników Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Krośnie.

Ponadto na posiedzeniu on-line Prezydium ORPiP przyznano dofinansowanie do różnych form kształcenia i doskonalenia zawodowego dla 6 osób na łączną kwotę w wysokości 3.540,00 zł (słownie: trzy tysiące pięćset czterdzieści złotych).

Posiedzenie Komisji finansowo-socjalnej

Łącznie przyznano 176 zapomóg dla pielęgniarek i położnych z terenu działania naszej izby na łączną kwotę 91.150,00 zł (słownie: dziewięćdziesiąt jeden tysięcy sto pięćdziesiąt złotych), w tym:

1) z powodu długotrwałej choroby oraz zgonu członka rodziny dla 13 osób na kwotę w wysokości 7.650,00 zł (słownie: siedem tysięcy sześćset pięćdziesiąt złotych),

2) z powodu zakażenia wirusem SARS-CoV-2 wywołującym chorobę Covid-19 w związku z izolacją i leczeniem w warunkach domowych bez potrzeby hospitalizacji dla 159 osób na kwotę w wysokości 79.500,00 zł (słownie: siedemdziesiąt dziewięć tysięcy pięćset złotych),

3) z powodu zakażenia wirusem SARS-CoV-2 wywołującym chorobę Covid-19 w związku z hospitalizacją dla 4 osób

na kwotę w wysokości 4.000,00 zł (słownie: cztery tysiące złotych).

27 stycznia 2021 r.

Udział Renaty Michalskiej Przewodniczącej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w trybie obiegowym za pomocą środków porozumiewania się na odległość w posiedzeniu Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w Warszawie.

28 stycznia 2021 r.

Posiedzenie Okręgowej Komisji Rewizyjnej.

9 lutego 2021 r.

Udział Renaty Michalskiej Przewodniczącej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w formie wideokonferencji w posiedzeniu Konwentu Przewodniczących Okręgowych Rad Pielęgniarek i Położnych w Warszawie.

16 lutego 2021 r.

Udział Przewodniczącej ORPiP Pani Renaty Michalskiej, jako przedstawiciela Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Krośnie w egzaminie dyplomowym studentów IV roku kierunku Pielęgniarstwo, Karpackiej Państwowej Uczelni w Krośnie.

18 lutego 2021 r.

Posiedzenie on-line Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych.

Na posiedzeniu podjęto 19 uchwał, m. in. w sprawie przyznania bezzwrotnych zapomóg finansowych dla pielęgniarek i położnych, refundacji kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego dla pielęgniarek i położnych, przyznania jednorazowego świadczenia w związku z przejściem na emeryturę dla członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Krośnie, wpisu pielęgniarki do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek w Krośnie, w sprawie stwierdzenia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki i wpisu do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek prowadzonego przez ORPiP w Krośnie, stwierdzenia prawa wykonywania zawodu położnej i wpisu do Okręgowego Rejestru Położnych prowadzonego przez

ORPiP w Krośnie, wykreślenia pielęgniarka/pielęgniarki z Okręgowego Rejestru Pielęgniarek w Krośnie, wykreślenia położnej z Okręgowego Rejestru Położnych w Krośnie, zakupu monografii „Samorząd pielęgniarek i położnych wczoraj, dziś i jutro”.

Ponadto na posiedzeniu on-line Prezydium ORPiP przyznano dofinansowanie do różnych form kształcenia i doskonalenia zawodowego dla 2 osób na łączną kwotę w wysokości 1.500,00 zł (słownie: jeden tysiąc pięćset złotych).

Posiedzenie Komisji finansowo-socjalnej

Łącznie przyznano 175 zapomóg dla pielęgniarek i położnych z terenu działania naszej izby na łączną kwotę 94.200,00 zł (słownie: dziewięćdziesiąt cztery tysiące dwieście złotych), w tym:

1) z powodu długotrwałej choroby oraz zgonu członka rodziny dla 17 osób na łączną kwotę w wysokości 13.200,00 zł (słownie: trzynaście tysięcy dwieście złotych),

2) z powodu zakażenia wirusem SARS-CoV-2 wywołującym chorobę Covid-19 w związku z izolacją i leczeniem w warunkach domowych bez potrzeby hospi-

talizacji dla 154 osób na kwotę w wysokości 77.000,00 zł (słownie: siedemdziesiąt siedem tysięcy złotych),

3) z powodu zakażenia wirusem SARS-CoV-2 wywołującym chorobę Covid-19 w związku z hospitalizacją dla 4 osób na kwotę w wysokości 4.000,00 zł (słownie: cztery tysiące złotych).

Udział Renaty Michalskiej Przewodniczącej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w zdalnym posiedzeniu Konwentu Karpackiej Państwowej Uczelni w Krośnie.

Jubileusz XXX-lecia samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych

Szanowne Koleżanki, Szanowni Koledzy!

Samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych w nadchodzącym roku obchodzi jubileusz XXX-lecia. Ta wspaniała rocznica podsumowuje wiele lat pracy wszystkich samorządowców oraz osób zaangażowanych w pracę na rzecz samorządu, ale jest także okazją do refleksji jak wiele przemian zaszło od momentu pierwszych obrad Okrągłego Stołu, czyli początku powstawania samorządu, aż do chwili obecnej. To również czas podsumowania zysków i strat. Niewątpliwie dużym osiągnięciem była zmiana systemu kształcenia i wprowadzenie pielęgniarstwa i położnictwa na wyższy poziom zdobywania wiedzy w oparciu o edukację na studiach licencjackich i magisterskich zyskując miano personelu wyższego szczebla. Do wielkich osiągnięć tego okresu należy również prawne uregulowanie statusu zawodowego pielęgniarki i położnej i uznanie go, jako

zawodu samodzielnego, co spowodowało podniesienie prestiżu zawodowego. To kamienie milowe dla naszych zawodów!

Ta okrągła rocznica przypada również w bardzo trudnym czasie epidemii, szczególnie dla naszego zawodowego środowiska, które okupione jest ogromnym wysiłkiem oraz wieloma wyrzeczeniami niejednokrotnie z poświęceniem własnego zdrowia i życia. Jestem przekonana, którą wykonujemy nie tylko przynosi pomoc i ulgę w cierpieniu, ale też kompensuje brak najbliższej rodziny dla osób odchodzących z tego świata.

Z okazji zbliżającego się jubileuszu samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych w imieniu Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych chciałabym złożyć najserdeczniejsze podziękowania każdej zaangażowanej osobie w proces umacniania idei samorządności oraz pozycji pielęgniarek i położnych w systemie ochrony zdrowia.

Składam podziękowania również dla osób, które przyczyniają się swoją ciężką pracą do rozwoju pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce, a także tych, które czuwają nad sumiennym i należytym wykonywaniem obowiązków zawodowych.

Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych przygotowała na nadchodzący 2021 rok okolicznościowy kalendarz, aby przypominał wszystkim jak wielką i historyczną pracę wykonujemy każdego dnia w budowaniu prestiżu i wizerunku tej wspaniałej grupy zawodowej. Życzę Państwu dużo zdrowia oraz wiary, że jako jednolita i solidarna ze sobą grupa zawodowa jesteśmy w stanie przetrwać ten trudny czas. Życzę również, aby Nowy Rok 2021 obfitował w spokój, oraz czas bycia razem w gronie tych, którzy nas kochają i wspierają i na których zawsze możemy liczyć.

*Prezes NRPiP -
Zofia Małas*

Po raz siódmy wybrano najlepsze położne w kraju



Położna **Joanna Kucharska** zajęła II miejsce w 7 edycji ogólnopolskiego konkursu „Położna na medal” organizowanego przez Akademię Malucha Alantan.

Nasza koleżanka ma ponad 31 lat stażu pracy w zawodzie. Na co dzień pracuje w Wojewódzkim Szpitalu Podkarpackim im. Jana Pawła II w Krośnie na oddziale ginekologiczno – położniczym. Jest także pracownikiem NZOZ –u Vita w Miejscu Piastowym. W konkursie otrzymała 1384 głosy i tym samym została najlepszą położną w województwie.

Joanna Kucharska prywatnie jest świeżo upieczoną babcią. Jej pasją jest wspie-

ranie mam podczas porodu i pierwszych tygodni życia dziecka.

Pragniemy dodać, że to już druga w tej placówce laureatka konkursu „Położna na medal”. W ubiegłym roku konkurs wygrała Janina Frączek.

Z kolei I miejsce w tegorocznym konkursie zajęła **Agnieszka Małolepszy** z Łodzi a trzecie Katarzyna Janik z Opoła.

Agnieszka Małolepszy w zawodzie pracuje od 23 lat. Ukończyła Medyczne Studium Zawodowe nr 1 w Łodzi. Pracę podjęła w Wojewódzkim Specjalistycznym Szpitalu im. M. Madurowicza, gdzie pracuje do dnia dzisiejszego, z czego 16

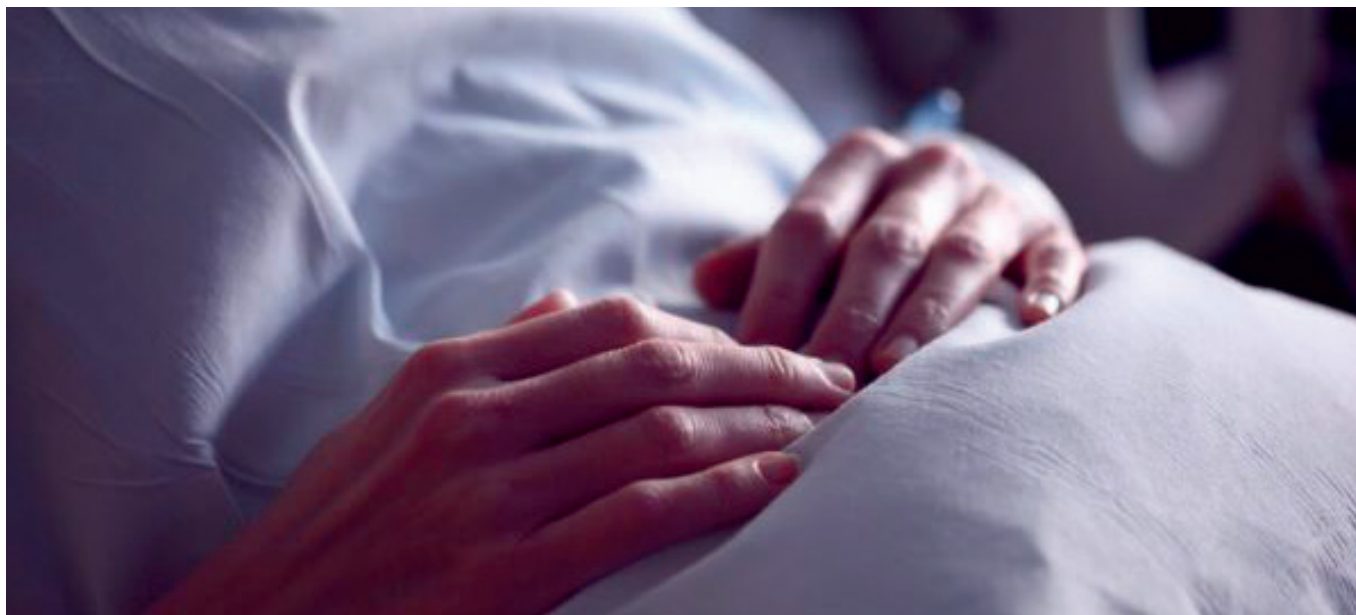
lat na bloku porodowym. Tytuł magistra położnictwa otrzymała na Akademii Medycznej w Lublinie, dodatkowo kończąc specjalizację neonatologiczną we Wrocławiu. Od 7 lat w ramach indywidualnej praktyki położnej spełnia się jako położna środowiskowo-rodzinna, prowadząc edukację przedporodową, odbywając wizyty patronażowe i udzielając porad laktacyjnych.

Trzecie miejsce z 1242 głosami przypadło **Katarzynie Janik** z Opoła (woj. opolskie), która zawód położnej wykonuje od 13 lat. Absolwentka Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej oraz Wyższej Szkoły Zarządzania i Administracji. Na co dzień pracuje w Klinicznym Centrum Ginekologii Położnictwa i Neonatologii w Opolu. Pracę zaczynała na oddziale patologii ciąży, gdzie po 2 latach przeszła na salę porodową. Dodatkowo prowadzi zajęcia w szkole rodzenia, jak również zajęcia praktyczne dla studentek położnictwa. W 2019 roku, po ukończeniu specjalizacji Pielęgniarstwa rodzinnego dla położnych, rozpoczęła pracę w środowisku. W ubiegłym roku rozpoczęła studia położnicze drugiego stopnia na Uniwersytecie Opolskim.

Wszystkim laureatkom serdecznie gratulujemy.



Po raz 29 obchodzimy Światowy Dzień Chorego



11 lutego obchodzimy święto ustanowione przez Jana Pawła II, święto, które jest potrzebą zwrócenia uwagi na osoby chore, jak również na te, które się nimi opiekują. Jest także efektem potrzeby zapewnienia lepszej opieki chorym oraz wezwaniem, aby ten jeden dzień w roku poświęcić refleksji i modlitwie, tym którzy cierpią fizycznie i duchowo.

W tym roku ten dzień ma wyjątkowy charakter. Na całym świecie w obliczu pandemii koronawirusa chorzy pozostają odosobnieni od rodziny i najbliższych, a niekiedy ich jedynym wsparciem staje się personel medyczny. Duchowni na całym świecie akcentują, jak ważne jest budowanie z chorym pacjentem relacji opartej na trosce, zaangażowaniu i zaufaniu.

„Jeden jest wasz Nauczyciel a wy wszyscy braćmi jesteście (Mt 23, 8). Relacja zaufania u podstaw opieki nad chorymi”.

http://www.vatican.va/content/francesco/pl/messages/sick/documents/papa-francesco_20201220_giornata-malato.html

źródło: NIPiP

Stanowisko Nr 1

Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie
z dnia 18 lutego 2021 r.

w sprawie wprowadzenia zmian w podstawie programowej kształcenia w zawodach szkolnictwa branżowego - opiekun medyczny

skierowane do:

1. Ministra Zdrowia
2. Ministra Edukacji i Nauki
3. Prezesa Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
4. Okręgowe Rady Pielęgniarek i Położnych - wszystkie

Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie wyraża stanowczy sprzeciw wobec proponowanych zmian w rozporządzeniu Ministra Edukacji Narodowej z dnia 16 maja 2019

r. w sprawie podstaw programowych kształcenia w zawodach szkolnictwa branżowego oraz dodatkowych umiejętności zawodowych w zakresie wybranych zawodów szkolnictwa branżowego dotyczących zawodu opiekuna medycznego.

W zaproponowanym projekcie zmian do w/w rozporządzenia określono podstawy programowe kształcenia w zawodach szkolnictwa branżowego z uwzględnieniem wniosków ministrów

właściwych dla poszczególnych zawodów.

Minister Zdrowia wprowadził zmiany dotyczące zawodu opiekuna medycznego, w którym dotychczasowa kwalifikacja MED.03. - Świadczenie usług pielęgnacyjno-opiekuńczych osobie chorej i niesamodzielnej została zastąpiona kwalifikacją MED. 14. - Świadczenie usług medyczno- pielęgnacyjnych i opiekuńczych osobie chorej i niesamodzielnej.

W zmienionej podstawie programowej kształcenia w zawodzie opiekun medyczny zmodyfikowano cele kształcenia i dodano nowe jednostki efektów kształcenia:

- MED. 14.7. - Wykonywanie wybranych czynności z zakresu asystowania przy operacji,

- MED. 14.9. - Sprawowanie opieki nad pacjentem dializowanym na zlecenie i pod nadzorem pielęgniarki dializacyjnej.

Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie wyraża ogromne oburzenie propozycją rozszerzenia kompetencji zawodowych opiekuna medycznego o czynności, które do tej pory należały do kompetencji pielęgniarek i położnych. Pielęgniarki zatrudnione w oddziałach dializoterapii i na blokach operacyjnych to wykwalifikowana i profesjonalna kadra medyczna. Wymaga się od niej szkoleń specjalizacyjnych, kursów kwalifikacyjnych, specjalistycznych,

dokształcających i ciągłego aktualizowania wiedzy. W przedłożonym projekcie założono wydłużenie okresu nauczania w zawodzie opiekuna medycznego z jednego roku na półtora roku. W zaproponowanym okresie nauczania opiekun medyczny nie będzie w stanie nabyć takich umiejętności teoretycznych i praktycznych jak pielęgniarki zatrudnione w tych oddziałach. Bardzo krótki okres trwania nauki w powiązaniu ze specyfiką pracy na bloku operacyjnym i różnorodność narzędzi operacyjnych w wielu dziedzinach zabiegowych, może stanowić ogromne zagrożenie dla pacjentów, a wręcz utrudni pracę całemu zespołowi. Pielęgniarki oczekują pomocy przede wszystkim przy czynnościach pielęgnacyjno-opiekuńczych, a analizując zapotrzebowanie na kadry medyczne zawód opiekuna medycznego w stosunku do potencjału jaki reprezentuje jest zdecydowanie za mało wykorzystany

w ochronie zdrowia zwłaszcza w opiece stacjonarnej np. w geriatrici, psychiatrii.

Naszym zdaniem projektowane rozszerzenie kompetencji zawodowych opiekuna medycznego będzie degradacją zawodu pielęgniarki i nie przyciągnie do pracy wysoko wykwalifikowanej kadry pielęgniarskiej, a wręcz przeciwnie spowoduje zmniejszenie zatrudnienia w tym zawodzie

Podjęte stanowisko jest wyrazem troski o losy polskiego pielęgniarstwa, ochronę samodzielności zawodowej, a przede wszystkim o bezpieczeństwo pacjenta i jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych.

*Sekretarz Okręgowej Rady
Pielęgniarek i Położnych
Ewa Czupka*

*Przewodnicząca Okręgowej Rady
Pielęgniarek i Położnych
Renata Michalska*

Stanowisko nr 49

Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 2 marca 2021 r.

w sprawie projektu rozporządzenia Ministra Edukacji i Nauki zmieniającego rozporządzenie w sprawie podstaw programowych kształcenia w zawodach szkolnictwa branżowego oraz dodatkowych umiejętności zawodowych w zakresie wybranych zawodów szkolnictwa branżowego

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, po zapoznaniu się z projektem rozporządzenia Ministra Edukacji i Nauki zmieniającego rozporządzenie w sprawie podstaw programowych kształcenia w zawodach szkolnictwa branżowego oraz dodatkowych umiejętności zawodowych w zakresie wybranych zawodów szkolnictwa branżowego, wyraża stanowczy sprzeciw, wobec proponowanego w programie rozszerzenia zadań zawodowych opiekuna medycznego o dodatkowe czynności, które są zawarte w kompetencjach pielęgniarek i położnych oraz innych zawodów medycznych, co w konsekwencji godzi w bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów.

Zgodnie z przyjętą uchwałą nr 124/2019 Rady Ministrów z dnia 15 października 2019 r. w sprawie przyjęcia dokumentu „Polityka Wieloletnia Państwa na Rzecz Pielęgniarstwa i Położni-

ctwa w Polsce (z uwzględnieniem etapów prac zainicjowanych w roku 2018)”, którego jednym z celów było: wprowadzenie do systemu opieki zdrowotnej zawodu wspomagającego pracę pielęgniarek w bezpośredniej opiece nad pacjentem, poprzez:

1) podjęcie działań na rzecz dokonania zmian legislacyjnych w zakresie formalnego uregulowania współpracy pielęgniarek i opiekunów medycznych,

2) podjęcie działań na rzecz upowszechnienia i efektywnego wykorzystania zawodu opiekuna medycznego w systemie opieki zdrowotnej,

3) poszerzenie wiedzy i umiejętności zawodowych opiekuna medycznego w celu dostosowania ich do potrzeb pielęgnacyjno-opiekuńczych grupy pacjentów z określonymi deficytami zdrowotnymi np. psychiatrii, geriatrici, neurologii, pediatrii.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych stoi na stanowisku, iż należy kontynuować kształcenie opiekuna medycznego zgodnie z dotychczasowym programem nauczania, który przygotowuje słuchaczy do wykonywania świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych osobie chorej i niesamodzielnej, z uwzględnieniem zmian w programie kształcenia w 2019 r. polegających na poszerzeniu uprawnień w zakresie: oznaczenie stężenia glukozy we krwi, przy pomocy glukometru, prowadzenie dobowej zbiórki moczu i bilansu płynów, karmienie przez PEG. W obecnym systemie opieki zdrowotnej istnieje pilna potrzeba usankcjonowania zatrudnienia opiekuna medycznego w podmiotach leczniczych, w których podejmowałby działania w zakresie swoich dotychczasowych kompetencji, czyli realizacji świadczeń w zakresie czynności pielęgnacyjno-

-opiekuńczych osobie chorej i niesamodzielnej.

Projekt cyt. podstawy programowej kształcenia do zawodu opiekuna medycznego zakłada bezpośrednio poszerzenie programu kształcenia opiekuna medycznego o wysokospecjalistyczne świadczenia zdrowotne z zakresu dializoterapii, asystowania do operacji i pobierania krwi żyłnej. Wskazane w cyt. projekcie wymagania dla szkół w zakresie bazy i sprzętu niezbędnych do kształcenia opiekuna medycznego jednoznacznie sugerują nauczanie opiekunów w zakresie kompetencji prawnie przypisanych pielęgniarce/pielęgniarzowi, tj. cewnikowania pacjenta, tlenoterapii, pielęgnacji wkłucia centralnego, pielęgnacji portu naczyniowego, wkłucia dożylowego, iniekcji domięśniowych, odśluzowania dróg oddechowych, pielęgnacji rurki tracheotomijnej itd. Zdaniem Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych jest to praktyka zawłaszczania kompetencji pielęgniarzkich (nabywanych w toku kształcenia na poziomie szkolnictwa wyższego i kształcenia podyplomowego) przez grupę zawodową opiekunów medycznych kształconą w systemie

policealnym bez konieczności posiadania świadectwa dojrzałości. Doprowadzi to do bezwzględnego obniżenia, jakości realizowanych świadczeń zdrowotnych oraz znacznego wzrostu występowania zdarzeń niepożądanych. Stanowi również kolejny przykład deprecjonowania roli pielęgniarzek i pielęgniarzy w polskim systemie opieki zdrowotnej.

Dużym nieporozumieniem jest także propozycja nadania opiekunowi medycznemu kompetencji z zakresu prowadzenia przyłożkowej aktywizacji z wykorzystaniem elementów gimnastyki osiowo-symetrycznej w trzech płaszczyznach jednocześnie SOS 3D - Metoda Hoppe, która bezwzględnie występuje w kompetencji magistra fizjoterapii. Ponadto, dodanie w nazwie kwalifikacji określenia „usług medycznych” wykracza poza sens i znaczenie słowa „opiekun” oraz wchodzi w zakres kompetencji lekarza, pielęgniarki i fizjoterapeuty. W zakresie zadań opiekuna medycznego powinno być pomaganie i wspieranie pacjenta, głównie poprzez wykonywanie poleceń ww. pracowników medycznych.

Zgodnie z Konstytucją Rzeczypospolitej Polskiej i innymi aktami prawnymi,

pacjent, który odprowadza składki na ubezpieczenie zdrowotne powinien mieć zagwarantowane świadczenia zdrowotne realizowane przez profesjonalistów z odpowiednimi kwalifikacjami, wykonywane z należytą starannością, zgodnie z zasadami etyki zawodowej, poszanowaniem praw pacjenta, dbałością o jego bezpieczeństwo, przy wykorzystaniu wskazań aktualnej wiedzy medycznej.

Zdaniem Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych tworzenie przepisów prawnych ułatwiających przyuczanie do wysokospecjalistycznych czynności zawodowych osób spoza grupy profesjonalistów, doprowadzi do chaosu kompetencyjnego, którego konsekwencją będzie realne zagrożenie dla zdrowia i życia pacjentów oraz zwiększy ryzyko wystąpienia zdarzeń niepożądanych.

*Sekretarz NRPiP
Joanna Walewander*

*Prezes NRPiP
Zofia Małas*



NACZELNA IZBA PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

Warszawa 2 lutego 2021 r

List otwarty Prezesa Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

Szanowne Koleżanki i Koledzy, Pielęgniarki, Położne, Pielęgniarze, Położni

Rok 2020 stał się rokiem próby dla przedstawicieli naszych zawodów. W obliczu pandemii COVID-19 nasza społeczność wykazała i wykazuje nadal postawę humanizmu, troski i pełnej poświęcenia, profesjonalnej opieki nad zdrowiem całego społeczeństwa polskiego. Nierzadko z narażeniem życia i zdrowia niesiemy pomoc pacjentom wbrew ograniczeniom i niedostatkom organizacyjnym systemu ochrony zdrowia, wy-

stawionego przez epidemię na najwyższą próbę.

Obecnie część z Nas z nie mniejszym zaangażowaniem bierze udział w programie szczepień przeciw COVID-19. Wiele osób w Polsce liczy na szybkie przeprowadzenie tego programu i osiągnięcie niebawem odporności populacyjnej, co pozwoli na zakończenie epidemii i powrót nas wszystkich, naszych rodzin i przyjaciół do normalnego życia.

Decyzję o poddaniu się temu świadczeniu zdrowotnemu pozostawiono autonomicznej decyzji pacjenta, która powinna być uszanowana.

Pacjent winien sam podjąć decyzję, w którą nie wolno Nam w żaden sposób ingerować. Nie wolno Nam na nią w żaden sposób wpływać.

Naszym obowiązkiem prawnym i etycznym jest dostarczenie rzetelnej wiedzy w granicach posiadanego przez nas doświadczenia i kwalifikacji zawodowych, których nie wolno nam przekraczać, tak aby pacjent mógł podjąć świadomą zgodę na poddanie się szczepieniu przeciw COVID-19, opartą na potwierdzonej klinicznie informacji.

Zdajemy sobie sprawę, że szczepionki przeciw COVID-19 są nowymi produk-

tami leczniczymi, które zostały dopuszczone do obrotu w bezprecedensowym pod względem trwania procedury trybie, co może budzić obawy społeczne.

W związku z tym zachęcamy do korzystania w bieżącej pracy z profesjonalnych materiałów dotyczących bezpieczeństwa szczepień, dostępnych na: stronie internetowej nipip.pl oraz szczepienia.pzh.gov.pl. Materiały te zostały przeanalizowane przez Naczelną Radę Pielęgniarek

i Położnych i uzyskały pozytywną rekomendację.

Równie mocno zachęcamy do czynnego informowania pacjentów o potrzebie zgłaszania niepożądanych odczynów poszczepiennych. Pozwoli to na wzbogacenie wiedzy o skutecznych metodach walki z COVID-19 i będzie nieocenionym wkładem w pracę nad dalszym zwiększeniem ich bezpieczeństwa.

Wiemy, jak duża odpowiedzialność spoczywa na pielęgniarkach i położnych. Wierzymy jednak, że i temu zadaniu sprostamy, budując dalej wysokie zaufanie do naszych zawodów.

Z wyrazami szacunku
Zofia Małas
Prezes NIPiP



NACZELNA IZBA PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

NIPiP-NRPiP-DM.0025.16.2.2021.MK

Warszawa, dnia 16 lutego 2021 r.

Pan Adam Niedzielski
Minister Zdrowia

Szanowny Panie Ministrze

W związku z informacjami przekazywanymi przez pielęgniarki i położne do biura Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych, dotyczącymi wstrzymywania lub przesuwania terminów szczepień przeciw COVID-19 personelu medycznego w tzw. „grupie 0” oraz w nawiązaniu do przesłanego pisma znak: NIPiP-NRPiP-DM.0025.16.2021 z dnia 25 stycznia 2021 r., zwracam się ponownie z gorącą prośbą o podjęcie działań w zakresie zwiększenia bezwzględnej dostępności pielęgniarkom i położnym do szczepień przeciw COVID-19.

Bardzo niepokojącą sytuacją są przesyłane informacje od pielęgniarek i położnych o przesuwaniu terminów szczepień drugą dawką przeciw COVID-19, która zgodnie z zapowiedziami Pana Ministra miała być zagwarantowana w stosownym czasie.

Podstawą przeciwdziałania w rozprzestrzenianiu się wirusa SARS-CoV-2 oraz prawidłowego funkcjonowania ochrony zdrowia w związku z epidemią COVID-19 jest przede wszystkim wyszczenie w pierwszej kolejności personelu medycznego, zwłaszcza pielęgniarek i położnych, które realizują świadcze-

nia zdrowotne w bezpośrednim kontakcie z pacjentami, także chorymi na COVID-19.

Mając na uwadze powyższe, pielęgniarki i położne zgodnie z Narodowym Programem Szczepień przeciw COVID-19 powinny już mieć wykonane szczepienie w „grupie 0”.

Z wyrazami szacunku
Prezes NRPiP
Zofia Małas

Nauka przeciw pandemii

Szczepienia ochronne sprawiły, że masowo prowadzące kiedyś do kalectwa lub śmierci choroby zakaźne, takie jak ospa prawdziwa czy polio, obecnie odeszły w niepamięć. Dziś stanęliśmy przed wyborem zaszczepienia się na COVID-19 lub podjęcia ryzyka związanego z zachorowaniem, trwaniem pandemii oraz dalszym pogłębianiem się kryzysu gospodarczego i zdrowotnego. Nie tylko sceptykom polecamy zatem dokument, który zawiera rzetelne, poparte bada-

niami naukowymi informacje na ten temat.

Dezinformacja i krążące mity na temat szczepionek przeciw COVID-19 sprawiły, że eksperci z różnych dziedzin, m.in. chorób zakaźnych, wakcynologii, wirusologii, chemii i biochemii, zdrowia publicznego i medycyny rodzinnej zjednoczyli siły w ramach inicjatywy prof. Andrzeja M. Fala „Nauka przeciw pandemii” i przygotowali białą księgę pod tytułem „Szczepienia przeciw COVID-19. Innowacyjne techno-

logie i efektywność”. To pierwszy tak kompleksowy dokument przygotowany przez przedstawicieli środowiska medycznego na rzecz edukacji i szerzenia rzetelnej informacji na temat szczepionek przeciw COVID-19.

W historii rozwoju medycyny szczepienia ochronne są jednym z największych osiągnięć, odkryciem, które uratowało życie milionom ludzi. Przyczyniło się do eradykacji śmiertelnych i inwalidyzujących chorób. Zdrowie publiczne, rozumiane jako holistyczne podej-

ście do medycyny i opieki zdrowotnej w walce z chorobami zakaźnymi, nigdy nie dysponowało skuteczniejszą bronią - powiedział prof. Andrzej M. Fal, pomysłodawca inicjatywy „Nauka przeciw pandemii”.

Szczepionka może zawierać osłabiony lub martwy drobnoustrój, bądź jego fragmenty, np. fragment materiału genetycznego (RNA) wirusa. Szczepionki zawierające fragmenty wirusa uważane są za bardzo bezpieczne, a technologia ta jest rozwijana od około 20 lat. Szczepienie tego typu stosowane będzie w przypadku SARS-CoV-2. Szczepionka zawiera instrukcję (mRNA), na podstawie której organizm produkuje niewielki fragment wirusa (białko S od ang. spike

protein), który nie wywołuje choroby, ale wystarcza, żeby układ odpornościowy nauczył się rozpoznawać SARS-CoV-2 i efektywnie z nim walczyć.

Niezaszczepiony organizm potrzebuje aż około 2 tygodni, żeby w pełni „uzbroić się” do walki z chorobotwórczym drobnoustrojem. Rolą szczepionki jest imitowanie zakażenia, dzięki czemu u osoby zaszczepionej wykształca się odporność, dokładnie tak jak przy przechorowaniu choroby, ale bez związanego z nią ryzyka zdrowotnego. Dzięki temu przy spotkaniu z drobnoustrojem układ opornościowy jest od razu gotowy do walki.

Mimo zagrożenia spowodowanego pandemią, szczepionki przeciw SARS-

-CoV-2 poddano takim samym restrykcyjnym badaniom, mającym wykażać ich skuteczność i bezpieczeństwo, jak inne leki i szczepionki, które uzyskują dostęp do europejskiego rynku farmaceutycznego. Poza badaniami prowadzonymi na tysiącach ochotników, dostępność szczepień w krajach Unii Europejskiej wymaga przejścia drobiazgowej procedury prowadzonej przez Europejską Agencję Leków, która sprawdza jakość, skuteczność i bezpieczeństwo szczepionek.

Przedruk:
Magazyn Pielęgniarki i Położnej
Nr 11/2020



DZIENNIK USTAW RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Warszawa, dnia 10 grudnia 2020 r.

Poz. 2212

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA¹

z dnia 10 grudnia 2020 r.

zmieniające rozporządzenie w sprawie zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2

Na podstawie art. 3 ust. 2 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2020 r. poz. 1845 i 2112) zarządza się, co następuje:

§ 1. W rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2020 r. w sprawie zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2 (Dz. U. poz. 325) po § 1 dodaje się § 1a w brzmieniu: „§ 1a. Szczepienia ochron-

ne przeciwko COVID-19 mogą być przeprowadzane przez:

- 1) osoby, które posiadają prawo wykonywania zawodu odpowiednio lekarza, felczera, pielęgniarki, położnej lub wykonują zawód ratownika medycznego;
- 2) higienistki szkolne posiadające kwalifikacje do wykonywania szczepień określone w przepisach wydanych na podstawie art. 17 ust. 10 pkt 3 usta-

wy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.”

§ 2. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia.

Minister Zdrowia: wz. W. Kraska

Wspólny list samorządów zawodowych skierowany do Prezydenta RP



Naczelna Izba Aptekarska



Krajowa Izba
Fizjoterapeutów



NACZELNA IZBA
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Warszawa, 23 lutego 2021 r.

Pan Andrzej Duda
Prezydent RP

Szanowny Panie Prezydencie, z wielkim zaskoczeniem i rozczarowaniem odebraliśmy informacje o Pana wczorajszym spotkaniu z przedstawicielami sektora ochrony zdrowia zaangażowanymi w walkę z pandemią COVID-19, na które nie zostali zaproszeni przedstawiciele największych samorządów zawodowych zawodów medycznych - samorządu lekarskiego, samorządu pielęgniarek i położnych, samorządu aptekarskiego, samorządu diagnostów laboratoryjnych oraz samorządu fizjoterapeutów.

Pragniemy przypomnieć, że samorzady zawodów medycznych zrzeszają i reprezentują wszystkie osoby wykonujące te zawody w Polsce, zaś reprezentanci zawodów medycznych wybierani są w ramach demokratycznych procedur określonych ustawą. Wyrażamy zdanie, uwagi i postulaty kilkuset tysięcy pracowników medycznych, którzy od roku z wielkim poświęceniem i zaangażowaniem stoją na pierwszej linii obrony przed pandemią. Pomimo, że chcąc po-

dzielić się naszym doświadczeniem, wiedzą i spostrzeżeniami już wcześniej prosiliśmy Pana Prezydenta o spotkanie, do takiego spotkania nie doszło.

Dokonywanie ustaleń dotyczących systemu ochrony zdrowia bez uczestnictwa przedstawicieli zawodów medycznych ustawowo umocowanych do reprezentacji tych zawodów odbieramy z nieukrywanym rozżaleniem. To przedstawiciele samorządów zawodowych dysponują najszerszą wiedzą odnośnie palących problemów w ochronie zdrowia i są naturalnym parterem do prowadzenia negocjacji w tej materii.

Dlatego brak zaproszenia na zorganizowane wczoraj spotkanie w sprawie sytuacji w ochronie zdrowia w czasie pandemii uważamy nie tylko za wielki nietakt, ale również odbieramy jako lekceważenie profesjonalistów medycznych oraz marginalizację naszego głosu, często krytycznie oceniającego działania władz publicznych w walce z pandemią. Taka sytuacja jest kolejnym przykładem unikania przez przedstawicieli władzy

publicznej merytorycznej debaty z reprezentantami środowisk medycznych.

W dobie epidemii i realnego zagrożenia zdrowia i życia Polek i Polaków oczekujemy lepszej współpracy z Kancelarią Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej.

Z poważaniem
Zofia Małas
Prezes Naczelnej Rady
Pielęgniarek i Położnych

Alina Niewiadomska
Prezes Krajowej Rady
Diagnostów Laboratoryjnych

Elżbieta Piotrowska-Rutkowska
Prezes Naczelnej Rady Aptekarskiej

Andrzej Matyja
Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej

Maciej Krawczyk
Prezes Krajowej Rady Fizjoterapeutów

Komunikat Ministerstwa Zdrowia dotyczący prowadzenia dokumentacji medycznej

Zgodnie z komunikatem Ministerstwa Zdrowia po 1 stycznia 2021 r. co do zasady, podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych powinny prowadzić dokumentację medyczną w postaci elektronicznej. W przypadku braku warunków organizacyjno-technicznych dopuszczalne jest prowadzenie jej w postaci papierowej. Jednakże mając na uwadze kierunek zmian zachodzących w sektorze ochrony zdrowia, zachęcamy, aby dostosować warunki w podmiotach do możliwości prowadzenia dokumentacji w postaci elektronicznej.

Wyjątek od powyższej reguły swobody wyboru w jakiej postaci podmiot leczniczy prowadzi dokumentację medyczną, stanowi elektroniczna dokumentacja medyczna, którą, zgodnie z art. 2 pkt 6

ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2020 r. poz. 702, z późn. zm.) stanowią dokumenty wytworzone w postaci elektronicznej opatrzone kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym, podpisem osobistym albo z wykorzystaniem sposobu potwierdzania pochodzenia oraz integralności danych dostępnego w systemie teleinformatycznym udostępnionym bezpłatnie przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych:

1. recepty,
2. dokumenty określone w przepisach wydanych na podstawie art. 13a ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia tj. określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 8 maja 2018 r.

w sprawie rodzajów elektronicznej dokumentacji medycznej (Dz.U. z 2018 r. poz. 941, z późn. zm.), 3. skierowania określone w przepisach wydanych na podstawie art. 59aa ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2020 r. poz. 1398, z późn. zm.), które winny być prowadzone w formatach zamieszczonych w Biuletynie Informacji Publicznej ministra właściwego do spraw zdrowia.

Źródło:

<https://www.gov.pl/web/zdrowie/komunikat-dotyczacy-prowadzenia-dokumentacji-medycznej>



NACZELNA IZBA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

NiPiP-NRPiP-DM.0025.10.2021.MK

Warszawa, dnia 21 stycznia 2021 r.

Pan Adam Niedzielski
Minister Zdrowia

W nawiązaniu do treści Polecenia Ministra Zdrowia dla Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 4 września 2020 r., zmienione poleceniem z dnia 30 września 2020 r., po zmianie z 1 listopada 2020 r. w sprawie przyznania dodatkowego wynagrodzenia za pracę określonym grupom personelu medycznego w związku ze zwalczaniem epidemii COVID-19, zwracam się z prośbą o wyjaśnienie następujących wątpliwości.

1. W powyższym dokumencie zostały umieszczone podmioty lecznicze udzielające świadczeń w związku z przeciwdziałaniem COVID-19, wykonujące działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne oraz stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż świadczenia szpitalne w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Mając na uwadze powyższe, proszę o wskazanie: jakie

podmioty lecznicze objęte są powyższym poleceniem? Czy dotyczy to jedynie wydzielonych oddziałów covidowych w podmiocie? Czy polecenie będzie także obejmować pacjenta z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem w oddziale nieprzeznaczonym dla takich pacjentów, w tym w oddziałach stacjonarnej opieki psychiatrycznej?

2. Powyższe polecenie obejmuje jednostki systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego, lub izby przyjęć. Czy obejmuje także izby przyjęć w stacjonarnej opiece psychiatrycznej?

3. W poleceniu wskazano, iż świadczenie dodatkowe jest przyznawane osobom, które wykonują zawód medyczny w wymienionych podmiotach leczniczych i mają bezpośredni kontakt z pacjentami z podejrzeniem i z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2. W jaki spo-

sób powinno być wyliczone dodatkowe wynagrodzenie dla pielęgniarek i położnych w powyższych jednostkach? Czy powyższe wyliczenie uzależnione jest od liczby świadczeń udzielonych w danym miesiącu w bezpośrednim kontakcie z pacjentami z podejrzeniem lub zakażeniem SARS-CoV-2 oraz od wymiaru czasu pracy, który został poświęcony na realizację tych świadczeń w określonym czasie?

Dlaczego w powyższym poleceniu jest mowa jedynie o szpitalach II i III poziomu, skoro świadczenia zdrowotne pacjentom z podejrzeniem i z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 są udzielane także w jednostkach I stopnia?

Prezes NRPiP
Zofia Małas

Informacja o stanie prac nad zmianami w płacach pielęgniarek i położnych

– 7 marca 2021

**Szanowni Państwo,
Koleżanki i Koledzy,
członkowie Ogólnopolskiego
Związku Zawodowego
Pielęgniarek i Położnych,
nasi sympatycy**

Informuję o ostatnich wydarzeniach dotyczących Zespołu Trójstronnego ds. Ochrony Zdrowia przy MZ i jego prac nad nowelizacją Ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych.

W lutym 2021 roku odbyły się 4 spotkania (5, 10, 17 i 26 lutego), w tym dwa w obecności ministra Adama Niedzielskiego.

Minister oświadczył, że w zakresie wynagrodzeń jest wola porządkowania wynagrodzeń i wzrostu współczynników w ustawie, co pozwoli na wzrost wynagrodzeń. Uważa, że wynagrodzenia nie są przejrzyste i 4 grupom: lekarzy, pielęgniarek, położnych i ratowników wzrosty wynagrodzeń płacone są odrębnymi strumieniami. Od takiego rozwiązania chcą odejść i wobec tego znoszone będą dodatki.

Na spotkaniu 26 lutego br. Minister Zdrowia przedstawił swoją PROPOZYCJĘ:

1. Od 1 lipca 2021 r. każdy pracownik medyczny i działalności podstawowej osiągnie gwarantowany ustawą poziom najniższego wynagrodzenia zasadniczego. Odchodzimy od okresu dojścia do tego poziomu dopiero 31 grudnia 2021 r.

2. Od 1 lipca 2021 r. obowiązywać będzie mechanizm gwarancyjny zakazujący obniżania wynagrodzeń pracownikom, którzy otrzymywali dotychczas pieniądze odrębnymi strumieniami (lekarze, pielęgniarki, położne i ratownicy).

3. Ten mechanizm ma gwarantować dotychczasowe poziomy wynagrodzeń – również te, które przekraczają wynagrodzenia najniższe w grupie.

4. Proponuje podwyższenie współczynników dla wszystkich grup zawodowych, które są skorelowane z dotychczasowymi poziomami wynagrodzeń w grupie lekarzy, pielęgniarek, położnych i ratowników – w ocenie ministerstwa spłascza nadmierne dysproporcje pomiędzy współczynnikami.

Zgodnie z wnioskiem ministerstwa strona społeczna (każda z grup zawodowych) przekazała do MZ swoje oczekiwania w zakresie zasadniczych wynagrodzeń.

Reprezentując zrzeszony w Forum Związków Zawodowych OZZPiP WSKAZALIŚMY KONIECZNOŚĆ PODZIAŁU NASZYCH GRUP ZAWODOWYCH NA 6 POZYCJI I W CELU SPŁASZCZENIA RÓŻNIC POMIĘDZY GRUPAMI WSPÓŁCZYNNIKI OD 1,3 DO 1,55, tak samo jak w złożonych sporach zbiorowych. Przekazaliśmy informację, że OCZEKUJEMY:

- wzrostu wynagrodzeń już od 1 lipca 2021 roku, i to BEZ PLANOWANEGO OKRESU DOJŚCIA do 100% średniej krajowej dopiero 31 grudnia 2021 r.,
- zabezpieczenia poziomu wynagrodzeń z OWU (tzw. zembalówka) przed możliwością wypowiedzeń,
- uznania pielęgniarkom i położnym wyższego wykształcenia mającego zastosowanie w ochronie zdrowia (np. mgr zdrowie publiczne, resocjalizacja, pedagogika ze specjalnością pedagogika medyczna – opieka paliatywna... itd.).

Stoimy na stanowisku, że ze względu na ogromne braki kadrowe w naszej grupie zawodowej najniższe wynagrodzenie dla osoby wchodzącej do systemu powinno wynosić 1 średnią krajową (wg komunikatu GUS 5167,47 zł) ZE WZGLĘDU NA DEFICYTY KADR MEDYCZNYCH NIE JEST MOŻLIWE OCZEKIWANIE NA ZMIANĘ POZIOMU WYNAGRODZEŃ DO ROKU 2027 – taką propozycję przedstawiło MZ.

Po przedstawieniu przez MZ tej propozycji tylko z poziomu Forum Związków Zawodowych nie było zgody na taką propozycję z następujących powodów:

1. Zarzucono błędną metodologię dotyczącą określenia wartości pracy dla poszczególnych grup zawodowych opartą wyłącznie na czynniku związanym z wykształceniem pomijając inne istotne dla wartości pracy takie jak doświadczenie zawodowe, narażenia na stres, czynniki środowiska pracy fizyczne, biologiczne i inne.

2. Propozycja dotyczyła wzrostu współczynników tylko w 2021 roku bez dalszej perspektywy.

3. Zrównuje osoby z wykształceniem medycznym, od których wymagamy odrębnych kwalifikacji medycznych wymaganych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, z osobami które takich wymogów nie muszą spełniać.

4. Nie uwzględniono innego wyższego wykształcenia mającego zastosowanie w ochronie zdrowia o co wielokrotnie wnioskowaliśmy.

5. Daliśmy propozycję innego zapisu art.19-22 w ustawie o wzmocnieniu kadr medycznych.

Odrębnym pismem skierowanym do Premiera Rządu i Ministra Zdrowia przedstawiliśmy analizę danych otrzymanych z MZ, a dotyczących przedstawionej propozycji dotyczącej współczynników od 1 lipca 2021 roku dla wszystkich grup zawodowych.

Wynagrodzenia w grupie zawodowej pielęgniarek i położnych:

1. Z naszej analizy wynika, że od 1 lipca największy wzrost wynagrodzenia (około 1164 zł) nastąpi w grupie zawodowej pielęgniarek/położnych z tytułem magistra piel/poł i specjalizacją. Wynagrodzenie zasadnicze ma osiągnąć 5478 zł. W tej grupie mamy tylko 11 800 pielęgniarek i położnych.

2. W grupie magistrów pielęgniarstwa/położnictwa lub specjalistek wynagrodzenie wzrośnie do poziomu 4186

zł. Wg danych MZ byłby to wzrost o kwotę 109 zł. W tej grupie mamy około 30 000 pielęgniarek i położnych.

3. W grupie pielęgniarek z licencjatem lub wykształceniem średnim wzrost wynagrodzenia jest 0 %, bo grupa ta wg danych MZ miała poziom wynagrodzeń 3893 zł. To najliczniejsza grupa, bo licząca blisko 160 000 pielęgniarek i położnych. Ich wynagrodzenie zasadnicze ma wynosić od 01 lipca br. 3772 zł z gwarancją nieobniżenia poziomu.

4. Innym grupom zawodowym proponuje się wzrosty wynagrodzeń zasadniczych od 602 zł do 2036 zł motywując to faktem, że to wyrównanie krzywd, bo ci pracownicy byli pomijani przy podwyżkach, cyt. „a pielęgniarki i położne otrzymały już znaczące podwyżki wynagrodzeń wynikające z podpisanych Porozumień” (czyli tzw. zembalówkę).

Propozycje Ministerstwa Zdrowia dotyczące nowych wskaźników dla naszej grupy zawodowej, których wysokość powoduje brak wzrostu wynagrodzeń u blisko 160 000 pielęgniarek i położnych, uważam za skandaliczne i oburzające tym bardziej, że w obliczu trzeciej fali pandemii szpitale poszukują pielęgniarek i wzywają do podjęcia dodatkowej pracy.

Pytam: czy ta propozycja jest zachęcająca do dodatkowej pracy? Czy jest to objaw niezrozumienia problemu, braku zainteresowania zawodem i stwarzanie przez Ministerstwo Zdrowia zagrożenia braku realizacji świadczeń polskiemu społeczeństwu przez pielęgniarki i położne? W tym kontekście niezrozumiała jest dla nas wypowiedź Ministra Zdrowia o brakach pielęgniarek i podpisana przez Premiera tego Rządu „POLITYKA NA RZECZ ROZWOJU PIELĘGNIARSTWA I POŁOŻNICTWA”.

W mojej ocenie, jako Przewodniczącej OZZPiP:

PROPOZYCJA MINISTERSTWA ZDROWIA JEST NIE DO PRZYJĘCIA.

Zachęcam do analizy zamieszczonej tabeli z propozycją MZ oraz zamieszczenia swoich reakcji i komentarzy na naszej stronie w serwisie Facebook.

Następne spotkanie w ramach Prezydium Zespołu Trójstronnego zaplanowano na 9 marca br.

Apeluję, aby Członkowie pozostawiali w ścisłym kontakcie z Przewodniczącymi zakładowych organizacji, strukturami regionalnymi i krajowymi OZZPiP.

Członkowie związku i ich aktywność to podstawa naszej działalności, a zjednoczone w naszych działaniach potrafiły skutecznie realizować założone cele.

Dlatego też zachęcam do zakładania

struktur zakładowych organizacji lub wstępowania do organizacji międzyzakładowych i wspólne działanie. Nie zapominajmy, że razem jesteśmy silniejsi, to jest siła naszej organizacji.

Z życzeniami zdrowia i siły dziękując za zaangażowanie w nasze sprawy

pozostając do Waszej dyspozycji
Krystyna Ptok
Przewodnicząca OZZPiP



**Ogólnopolski Związek Zawodowy
Pielęgniarek i Położnych**

**W OCENIE PRZEWODNICZĄCEJ OZZPiP
PROPOZYCJA MINISTERSTWA ZDROWIA
JEST NIE DO PRZYJĘCIA**

„PROPOZYCJE MZ dotyczące nowych wskaźników dla naszej grupy zawodowej, których wysokość POWODUJE BRAK WZROSTU WYNAGRODZEŃ U BLISKO 160 000 PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH, uważam za SKANDALICZNE I OBURZAJĄCE tym bardziej, że w obliczu trzeciej fali pandemii szpitale poszukują pielęgniarek i wzywają do podjęcia dodatkowej pracy.”

PROPOZOWANE PRZEZ MZ WSPÓŁCZYNNIKI I NAJNIŻSZE DOCELOWE WYNAGRODZENIE ZASADNICZE	OBECNIE		PROPOZYCJA MZ OD 1 LIPCA 2021	
	Współczynnik	Poziom wynagrodzenia	Współczynnik	Poziom wynagrodzenia
LEKARZ ze spec. II stopnia	1,27	6 563 zł	1,31	6 769 zł
LEKARZ ze spec. I stopnia	1,17	6 046 zł	1,20	6 201 zł
LEKARZ BEZ SPEC. OSOBY wykonujące zawód med. z wyższym wykształceniem i specjalizacją PIELĘGNIARKA, POŁOŻNA mgr ze specjalizacją	1,05	5 426 zł	1,06	5 478 zł
LEKARZ stażysta. OSOBY wykonujące zawód med. z wyższym wykształceniem bez specjalizacji PIELĘGNIARKA, POŁOŻNA mgr lub specjalistka	0,73	3 772 zł	0,81	4 186 zł
PIELĘGNIARKA Z LICENCJATEM lub wykształceniem średnim, OSOBY wykonujące zawód medyczny z wykształceniem średnim, NIEMEDYCZNI PRACOWNICY działalności podstawowej z wykształceniem średnim	0,64	3 307 zł	0,73	3 772 zł
NIEMEDYCZNI PRACOWNICY działalności podstawowej z wykształceniem poniżej średniego	0,58	2 997 zł	0,59	3 049 zł

Pełna Informacja jest na stronie Związku www.ozzpipl.pl > LINK W OPISIE



MINISTERSTWO ZDROWIA
PODSEKRETARZ STANU
MACIEJ MIŁKOWSKI

DSW.054.78.2021.PJ

Warszawa, 28 stycznia 2021 r.

Pani Zofia Małas

Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

Szanowna Pani Prezes,

W odpowiedzi na pismo z dnia 21 stycznia br. w sprawie polecenia Ministra Zdrowia dla Prezesa NFZ dotyczącego dodatkowego świadczenia pieniędzy za pracę przy COVID-19 uprzejmie proszę o przyjęcie poniższych wyjaśnień.

Ad 1: Zgodnie z poleceniem w brzmieniu obowiązującym od dnia 1 listopada br. regulacją tą objęte są:

1) podmioty lecznicze, które na mocy decyzji wojewody / polecenia Ministra Zdrowia są szpitalami II i III poziomu zabezpieczenia;

2) podmioty lecznicze, w których skład wchodzi jednostki systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego, o których mowa w art. 32 ust. 1 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2020 r. poz. 882) lub izby przyjęć;

3) laboratoria podmiotów leczniczych będących szpitalami I, II i III poziomu umieszczonych na liście zamieszczonej na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia pod adresem: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/lista-laboratoriow-covid>, z którymi Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowę o wykonywanie testów diagnostycznych RT-PCR w kierunku SARS-CoV-2.

Należy przy tym zauważyć, że polecenie nie wprowadza ograniczenia kręgu osób uprawnionych do świadczenia dodatkowego tylko do personelu zatrudnionego na oddziale / oddziałach objętych decyzją wojewody o uznaniu danego podmiotu leczniczego za szpital II lub III poziomu. Każdorazowo jednak osoba zgłaszana jako uprawniona spełniać musi warunki określone w poleceniu.

Ad. 2 Zgodnie z przedmiotowym poleceniem dodatkowe świadczenie pieniężne w związku z udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej pacjentom podejrzanym o zakażenie i zakażonym wirusem SARS-CoV-2, przysługuje m.in. osobom wykonującym zawód medyczny w jednostkach systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego, o których mowa w art. 32 ust. 1 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2020 r. poz. 882) lub w izbach przyjęć.

W myśl powyższego wszystkie jednostki Państwowego Ratownictwa Medycznego, o których mowa w art. 32 ust. 1 ustawy o PRM oraz izby przyjęć objęte są zakresem polecenia (nie muszą być jednostkami organizacyjnymi szpitali III, II ani I poziomu). W przypadku ww. osób wykonujących zawód medyczny w jednostkach systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego lub w izbach przyjęć, warunkiem przyznania świadczenia dodatkowego jest udzielanie w nich świadczeń zdrowotnych. Ad. 3 Przedmiotowe polecenie nie uzależnia wysokości świadczenia dodatkowego od liczby świadczeń udzielonych w danym miesiącu w bezpośrednim kontakcie z pacjentami z podejrzeniem lub zakażeniem SARS-CoV-2 oraz od wymiaru czasu, który dana osoba poświęca na udzielanie tych świadczeń w danym okresie (czy świadczenia te są udzielane w sposób ciągły czy nie). Zgodnie bowiem z punktem 3 lit. b załącznika do polecenia Ministra Zdrowia z dnia 4 września 2020 r. w przypadku świadczenia pracy przez osoby uprawnione do świadczenia dodatkowego przez niepełny miesiąc, świadczenie dodatkowe za ten miesiąc podlegać powinno pro-

porcjonalnemu obniżeniu. Jest to zarzeczem jedyną przyczyną proporcjonalnego obniżenia wysokości świadczenia dodatkowego określona w poleceniu Ministra Zdrowia z dnia 4 września 2020 r. Należy również zauważyć, że Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia w komunikacie z dnia 2 grudnia opublikowanym na stronie internetowej Centrali wskazała, że: „NFZ nie wymaga ewidencjonowania czasu pracy konkretnego pracownika przy pacjentach z COVID-19. Taki obowiązek nie wynika z polecenia Ministra Zdrowia. Natomiast udzielanie świadczeń medycznych pacjentom z podejrzeniem i z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 nie może być incydentalne”.

Ad. 4 Wyłączony przywołaną wyżej kwestię jednostek PRM i izb przyjęć, a także kwestię laboratoriów diagnostycznych, polecenie zawiera warunek wykonywania zawodu medycznego oraz uczestniczenia w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w bezpośrednim kontakcie z pacjentami z podejrzeniem i z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 (co oznacza wymóg bezpośredniego kontaktu zarówno z pacjentem z podejrzeniem jak i z pacjentem ze stwierdzonym zakażeniem wirusem SARS-CoV-2). Powyższy warunek dotyczący kontaktu wynika z założenia, że rozwiązanie regulowane przedmiotowym poleceniem skierowane było do podmiotów wyznaczonych i tym samym formalnie zobowiązanych do udzielania świadczeń zarówno pacjentom z podejrzeniem jak i pacjentom ze stwierdzonym zakażeniem wirusem SARS-CoV-2.

*Z poważaniem
Maciej Miłkowski
Podsekretarz Stanu*

Komunikat nr 4 Ministra Zdrowia w sprawie stosowanych schematów szczepień przeciw COVID-19 preparatami AstraZeneca, Pfizer/BionTech oraz Moderna

10 Marca, 2021

Minister Zdrowia, po zasięgnięciu opinii Zespołu ds. Szczepień Ochronnych z dnia 5 marca 2021 r. oraz Rady Medycznej działającej przy Prezesie Rady Ministrów zaleca, aby szczepienia przeciw COVID-19 w Narodowym Programie Szczepień były wykonywane:

- szczepionką Vaccine AstraZeneca w schemacie dwudawkowym przy zachowaniu odstępu ok. 12 tygodni (nie dłużej niż 84 dni) między dawkami,
- szczepionkami mRNA Comirnaty i COVID-19 Vaccine Moderna w schemacie dwudawkowym przy zachowaniu odstępu ok. 6 tygodni (nie dłużej niż 42 dni) między dawkami.

Szczepienia osób, z potwierdzoną wcześniejszą infekcją SARS-CoV-2, niezależnie od intensywności objawów, zaleca się przeprowadzać zachowując odstęp ok. 6 miesięcy od zachorowania (nie dłużej niż 180 dni). Wskazanie to dotyczy również pacjentów, którzy po otrzymaniu pierwszej dawki zachorowali na COVID-19.

Zalecana liczba dawek w tej grupie osób zostanie przedstawiona w terminie późniejszym, po szerszej analizie badań w zakresie odpowiedzi immunologicznej osób, które przeszły infekcję SARS-CoV-2.

Niniejsze zalecenia stosuje się dla osób, które nie otrzymały dotychczas pierwszej dawki ww. szczepionek.

Materiały

Komunikat nr 4 Ministra Zdrowia w sprawie stosowanych schematów szczepień przeciw COVID-19 preparatami AstraZeneca, Pfizer/BionTech oraz Moderna

Rekomendacja Zespołu ds. Szczepień Ochronnych dla Ministra Zdrowia dotycząca szczepień przeciwko COVID-19 osób z potwierdzoną wcześniej infekcją SARS-CoV-2

ŹRÓDŁO:

<https://www.gov.pl/web/zdrowie/komunikat-nr-4-ministra-zdrowia-w-sprawie-stosowanych-schematow-szczepien-przeciw-covid-19-preparatami-astrazeneca-pfizerbiontech-oraz-moderna>

Wspólne wytyczne dla pacjentów z grupy 1B i personelu medycznego w zakresie szczepienia przeciwko COVID-19

10 Mar, 2021

Skierowania dla pacjentów grupy 1B zostaną wystawione automatycznie przez Centrum e-Zdrowia (CeZ). Szczegółowe informacje dla osób przewlekle chorych udostępniamy na stronie [gov.pl/szczepimysie](https://www.gov.pl/szczepimysie) w przeznaczonej dla tej grupy pacjentów zakładce. Link do zakładki: (<https://www.gov.pl/web/szczepimysie/osoby-przewlekle-chore>).

Pacjencie: Jeśli znajdujesz się w grupie 1B szczególnie zapoznaj się z ankietą kwalifikującą do szczepień, którą znajdziesz na stronie: [gov.pl/szczepimysie](https://www.gov.pl/szczepimysie) w zakładce „Szczepienia osób przewlekle chorych”

Wytyczne dla pacjentów i personelu medycznego w zakresie szczepienia przeciwko COVID-19 u chorych na nowotwory

I. Chorzy, którzy zakończyli radioterapię, immunoterapię, leczenie celowane oraz chemioterapię po 31 grudnia 2019 r.

1. Zaleca się, aby chorzy, którzy zakończyli leczenie systemowe z udziałem chemioterapii zgłaszali się na szczepienie nie wcześniej niż 4 tygodnie po zakończeniu terapii.

2. Chorzy, którzy zakończyli cały proces leczenia celowanego lub immunoterapię mogą być zaszczepieni bezpośrednio po zakończeniu terapii, o ile nie wystąpią istotne działania niepożądane.

3. Chorzy, którzy ukończyli radioterapię mogą być zaszczepieni bezpośrednio po zakończeniu leczenia.

II. Chorzy w trakcie czynnego leczenia onkologicznego z udziałem chemioterapii, radioterapii, immunoterapii i leczenia celowanego.

1. Chorzy poddani radioterapii mogą być zaszczepieni w trakcie prowadzonego leczenia pod warunkiem wykluczenia u nich mielosupresji.

2. Chorzy w trakcie leczenia systemowego z udziałem chemioterapii powin-

ni być zaszczepieni między 3 a 7 dniem od podania cyklu chemioterapii.

3. Chorzy w trakcie leczenia systemowego z udziałem chemioterapii i immunoterapii powinni być zaszczepieni między 3 a 7 dniem od podania cyklu chemioterapii.

4. Chorzy poddani leczeniu celowanemu lub immunoterapii mogą być zaszczepieni w trakcie prowadzonej terapii niezależnie od fazy cyklu leczenia. W przypadku prowadzenia leczenia w określonych interwałach czasowych, ze względu na możliwość wystąpienia odczynów poszczepiennych zaleca się, aby szczepienie nie było wykonywane bezpośrednio przed podaniem kolejnego cyklu leczenia.

Ze względu na konieczność wyznaczenia daty szczepienia w zależności od prowadzonej terapii u chorych na nowotwory zaleca się, aby chorzy w trakcie czynnego leczenia onkologicznego z udziałem chemioterapii, immunote-

rapii oraz radioterapii byli szczepieni w ośrodkach onkologicznych prowadzących leczenie. Pozostali chorzy powinni się zgłaszać do punktów szczepień populacyjnych.

Wszyscy chorzy na nowotwory spełniający kryteria kwalifikacji do szczepienia przeciwko COVID-19 będą mieli automatycznie wygenerowane skierowania przez CeZ.

Wytyczne dla pacjentów i personelu medycznego w zakresie szczepienia przeciwko COVID-19 u chorych po transplantacji szpiku/komórek krwiotwórczych)

1. Zaleca się, aby pacjenci po przeszczeniu szpiku/komórek krwiotwórczych zostali zaszczepieni przeciwko Covid-19 po upływie nie mniej niż 3 miesięcy od transplantacji.

2. Leczenie immunosupresyjne u tych chorych nie stanowi przeciwwskazania do szczepienia.

3. Nie jest wymagane -od pacjenta po transplantacji narządu- zaświadczenie od lekarza transplantologa o braku przeciwwskazań do szczepienia przeciw SARS-CoV-2.

4. Każdy pacjent po transplantacji narządu (nerka, wątroba, serce, płuco, trzustka) powinien otrzymać szczepionkę przeciwko SARS-CoV-2. Szczepion-

ki na bazie mRNA (BioNTech/Pfizer, Moderna) lub na bazie nie replikującego wektora adenowirusa (AstraZeneca) są bezpieczne u biorców narządów.

5. Przewlekłe leczenie immunosupresyjne, skojarzenie 2 lub 3 leków (glikokortykosteroidy+ takrolimus/cyklosporyna A+ mykofenolan sodu/mykofenolan mofetylu lub + ewerolimus/ syrolimus) nie jest przeciwwskazaniem do szczepienia.

6. Zaleca się szczepienia anty-SARS-CoV-2 co najmniej jeden miesiąc po zabiegu transplantacji. W przypadku indukcji lekami powodującymi deplecję limfocytów T lub B (surowica antylimfocytarna ATG, rytuksymab) szczepienie należy wykonać 3-6 miesięcy po transplantacji.

7. W sytuacji leczenia procesu odrzucania, szczepienie należy odroczyć o jeden miesiąc.

8. Zaleca się szczepienie miesiąc po ustąpieniu objawów COVID-19 (optymalny czas szczepienia po przechorowaniu nie jest jeszcze określony), można je odroczyć do 90 dni po przechorowaniu COVID-19.

9. Jeśli pacjent otrzymał pierwszą dawkę szczepionki i miał wykonany zabieg transplantacji, drugą dawkę należy podać najwcześniej jeden miesiąc po transplantacji.

10. Inne szczepienia (np. przeciwko grypie) należy wykonać w odstępie 2 tygodni od szczepienia anty-SARS-CoV-2.

Należy rozważyć opóźnienie szczepienia przeciw SARS-CoV-2 w następujących sytuacjach:

- ciężka niekontrolowana ostra GvHD stopnia III – IV
- stosowanie przeciwciała anty-CD20 w ciągu ostatnich 6 miesięcy
- terapia CAR-T w ciągu ostatnich 6 miesięcy
- leczenie ATG lub alemtuzumabem w ostatnim czasie

Ministerstwo Zdrowia w uzgodnieniu ze specjalistami we właściwych dziedzinach medycyny z Narodowego Instytutu Onkologii, Instytutu Hematologii i Transfuzjologii w Warszawie, Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, Konsultantami Krajowymi we właściwych dziedzinach medycyny oraz CMKP.

Materiały

Wspólne wytyczne dla pacjentów z grupy 1B i personelu medycznego w zakresie szczepienia przeciwko COVID-19 (05.03.2021)

ŹRÓDŁO:

<https://www.gov.pl/web/zdrowie/wspolne-wytyczne-dla-pacjentow-z-grupy-1b-i-personelu-medycznego-w-zakresie-szczepienia-przeciwko-covid-19>



NACZELNA IZBA PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Zalecenia dotyczące postępowania u osób z chorobą COVID-19 leczonych w domu

Stanowisko konsultantów krajowych: medycyny rodzinnej, chorób zakaźnych oraz anestezjologii i intensywnej terapii we współpracy z Radą Medyczną przy Premierze RP z dnia 01.02.2021

Podsumowanie zaleceń

Pacjent leczony z powodu COVID-19 w warunkach domowych, zwłaszcza z czynnikami ryzyka ciężkiego przebiegu choroby, wymaga stałego monitorowania z uwagi na ryzyko nagłego pogorszenia stanu zdrowia. Leczenie stosowane w łagodnym przebiegu sprowadza się do stosowania leków objawowych, jak w innych ostrych infekcjach

wirusowych dróg oddechowych. W sytuacji pogorszenia przebiegu choroby, pacjent powinien jak najszybciej trafić do szpitala, gdzie ma szansę na uzyskanie skutecznego leczenia. Nie należy opóźniać kierowania pacjenta do leczenia szpitalnego.

1. Nie zaleca się stosowania deksametazonu u chorych na COVID-19 leczonych w domu.

Wyniki badań klinicznych, w tym przede wszystkim badania RECOVERY oraz oparte na nich wytyczne AOT-MiT wskazują na korzyść ze stosowania deksametazonu w dawce 6 mg dziennie u hospitalizowanych pacjentów z COVID-19 wymagających tlenoterapii lub mechanicznej wentylacji płuc.

U chorych na COVID-19 nie wymagających tlenoterapii, ani mechanicznej

wentylacji płuc stosowanie glikokortykosteroidów zwiększa ryzyko zgonu.

2. Nie zaleca się stosowania tlenoterapii domowej w ostrej fazie choroby w związku z ryzykiem gwałtownego pogorszenia zagrażającego życiu. Konieczność stosowania tlenoterapii w leczeniu COVID-19 stanowi bezwzględne wskazanie do hospitalizacji.

Pacjent z chorobą COVID-19, u którego pojawia się niewydolność oddechowa wymagająca stosowania tlenoterapii, wymaga niezwłocznego leczenia w warunkach szpitalnych. Tlenoterapia domowa jest powszechnie stosowana w leczeniu pacjentów z przewlekłą niewydolnością oddechową, lecz nie może być stosowana w leczeniu ostrej niewydolności oddechowej. Pojawienie się ostrej niewydolności oddechowej świadczy o postępie choroby i groźbie bardzo szybkiego pogorszenia, mogącego prowadzić do bezpośredniego zagrożenia życia. Dodatkowo, zastosowanie tlenoterapii w domu może spowodować opóźnienie w dotarciu pacjenta do szpitala, przez co pacjent traci szansę na otrzymanie leczenia wymagającego zastosowania w pierwszych dobach choroby COVID-19 o ciężkim przebiegu (5-8 dni od wystąpienia objawów).

3. Nie zaleca się stosowania glikokortykosteroidów wziewnych w leczeniu COVID-19 - brak danych dotyczących skuteczności.

Brak danych dotyczących stosowania GKS wziewnych u pacjentów z COVID-19 uzasadniającego takie leczenie. W takiej sytuacji AOTMiT nie wydał zalecenia w tej sprawie.

4. Nie zaleca się stosowania w leczeniu COVID-19 leków o potencjalnym działaniu przeciwwirusowym charakteryzujących się wątpliwą skutecznością lub o dowiedzionej nieskuteczności, w tym: amantadyny, chlorochiny, hydrochlorochiny, lopinawiru z rytonawirem, azytromycyny.

Znaczne ilości danych z badań klinicznych, w tym największych – SOLIDARITY, RECOVERY i REMAP-CAP wskazują na brak korzyści ze stosowania chloro-

chiny, hydroksychlorochiny, azytromycyny i lopinawiru z rytonawirem u chorych na COVID-19.

Opublikowane wyniki badań nie uzasadniają stosowania amantadyny u chorych na COVID-19.

5. Nie zaleca się włączania leków przeciwplytkowych, ani przeciwkrzepowych w leczeniu COVID-19 u chorych przebywających w domu, o ile nie pojawią się wskazania inne niż zakażenie koronawirusem.

Wyniki wstępnych badań wskazują na zmniejszenie ryzyka postępu choroby u pacjentów z COVID-19, leczonych przewlekłe kwasem acetylosalicylowym. Natomiast brak dotychczas danych dotyczących skuteczności stosowania kwasu acetylosalicylowego i innych leków przeciwplytkowych włączanych w chwili rozpoznania COVID-19.

6. Nie zaleca się stosowania innych leków, w tym inhibitorów ACE i statyn w leczeniu choroby COVID-19.

Brak danych uzasadniających stosowanie innych grup leków u chorych z COVID-19, poza badaniami naukowymi prowadzonymi za zgodą komisji bietycznej.

7. Zaleca się kontynuowanie bez zmian dotychczasowego leczenia farmakologicznego, w tym: glikokortykosteroidów – także wziewnych – ze wskazań innych niż COVID-19, niesteroidowych leków przeciwzapalnych, leków przeciwnadciśnieniowych (w tym inhibitorów ACE), statyn, leków przeciwplytkowych i przeciwzakrzepowych.

Nie wykazano zwiększenia ryzyka zgonu związanego z leczeniem częstych chorób przewlekłych. Dlatego zaleca się kontynuację stałego leczenia tych schorzeń.

8. Zaleca się stosowanie leków przeciwgorączkowych (najskuteczniejsze są niesteroidowe leki przeciwzapalne lub paracetamol) w przypadku gorączki >38,5 st. C.

Na podstawie zaleceń National Institutes of Health (NIH), opartych na zasa-

dach ogólnie przyjętych w chorobach infekcyjnych.

9. Brak danych dotyczących wyższości poszczególnych niesteroidowych leków przeciwzapalnych nad innymi. Brak również dowodów na ich szkodliwość.

Pomimo wstępnych doniesień o ewentualnej szkodliwości stosowania ibuprofenu, kolejne badania kliniczne na dużych populacjach chorych na COVID-19 nie wykazały takiej zależności. Dlatego brak jest danych uzasadniających wybór poszczególnych leków z tej grupy.

10. Zaleca się utrzymanie podaży płynów odpowiedniej do temperatury ciała, ale nie mniejszej niż 2000 ml na dobę. W przypadku chorych z przewlekłą niewydolnością serca i przewlekłą niewydolnością nerek wskazana jest samokontrola diurezy, nasilenia obrzęków oraz codzienny pomiar masy ciała.

Zalecenie oparte na zasadach ogólnie przyjętych w chorobach infekcyjnych.

11. Stosowanie antybiotyków w chorobie COVID-19 jest uzasadnione wyłącznie u osób z przewlekłymi chorobami zapalnymi z zakażeniem (np. POChP), poddawanych immunosupresji lub z niedoborami odporności z innych przyczyn, oraz w razie przewlekającej się infekcji dolnych dróg oddechowych (>14 dni) z cechami zakażenia bakteryjnego – np. pojawienie się ropnej płwociny.

Zalecenie oparte na zasadach ogólnie przyjętych w chorobach infekcyjnych na podłożu wirusowym, w związku z nieskutecznością antybiotyków w zakażeniach wirusowych oraz w celu zapobiegania selekcji szczepów bakterii lekoopornych.

12. Zaleca się stosowanie leków przeciwkaszlowych u chorych z nasilonym kaszlem (utrudniającym mówienie i sen). W ciężkich przypadkach można rozważyć stosowanie preparatów z zawartością kodeiny.

Zalecenie wydane przez NIH w związku z obserwacją, że kaszel jest częstym

objawem pogarszającym wydolność oddechową oraz utrudniającym funkcjonowanie pacjentów z COVID-19.

13. Brak wiarygodnych danych dotyczących wpływu stosowania witaminy D na ryzyko zakażenia i przebieg choroby COVID-19. Ze względu na powszechny niedobór wit. D w populacji – szczególnie w okresie jesiennym i zimowym – oraz niewielkie ryzyko powikłań zaleca się stosowanie suplementacyjnej dawki wit. D do 2000 IU dziennie u dorosłych (do 4000 IU u osób powyżej 75 roku życia), zgodnie z zaleceniami suplementacji tej witaminy w populacji polskiej.

Zalecenie AOTMiT wskazują na ryzyko cięższego przebiegu choroby u pacjentów z niedoborami witaminy D, przy jednoczesnym małym ryzyku związanym ze stosowaniem tego preparatu. Zasady suplementacji i leczenia witaminą D – nowelizacja 2018 r. jednoznacznie wskazują na konieczność suplementacji tej witaminy w całej populacji polskiej, przez większość roku. Jednocześnie ostatnie dane opublikowane w The Lancet Diabetes&Endocrinology wskazują na brak istotnego wpływu podawania witaminy D na przebieg ostrej infekcji dróg oddechowych.

14. Brak wiarygodnych danych dotyczących skuteczności innych leków i suplementów diety w leczeniu COVID-19, w tym witaminy C i cynku.

Wyniki dotychczasowych badań nie uzasadniają stosowania witaminy C, ani cynku u chorych z ciężką sepsą. Dotychczas brak danych dotyczących korzyści ze stosowania tych preparatów u chorych z COVID-19.

15. Zaleca się regularne pomiary ciśnienia tętniczego u chorych na COVID-19 w wieku >65 lat oraz u wszystkich leczonych z powodu nadciśnienia tętniczego i niewydolności serca.

Zalecenie oparte na ogólnych zasadach postępowania u chorych z nadciśnieniem tętniczym oraz niewydolnością serca, szczególnie z współistniejącą chorobą infekcyjną.

16. Zaleca się monitorowanie saturacji krwi tętniczej tlenem za pomocą pulsoksymetru u wszystkich pacjentów z dusznością spoczynkową, a szczególnie u osób w wieku >60 lat.

W związku z częstym występowaniem u chorych na COVID-19 niewydolności oddechowej z głęboką hipoksemią bez subiektywnego uczucia duszności, uzasadnione jest monitorowanie saturacji, szczególnie u pacjentów w podeszłym wieku i/lub osób obciążonych schorzeniami towarzyszącymi. Optymalnym rozwiązaniem jest włączenie pacjenta do programu Domowej Opieki Medycznej (system PulsoCare), w którym będzie stale monitorowany - <https://www.gov.pl/web/domowaopiekamedyczna>

17. Zaleca się skierowanie pacjenta do szpitala, w razie wystąpienia następujących okoliczności:

1. Duszności występującej w spoczynku i utrudniającej mówienie, częstości oddechów powyżej 30 na minutę
2. Sinicy lub hipoksemii – saturacji krwi tętniczej tlenem zmierzonej pulsoksymetrem <94% (w przypadku chorych z przewlekłą niewydolnością oddechową – np. POChP, zwłóknienie płuc – SpO₂ <88%). Hipoksemia jest wskazaniem do hospitalizacji niezależnie od subiektywnego uczucia duszności.
3. Gorączki powyżej 39 stopni Celsjusza - szczególnie utrzymującej się przez ponad dobę i powodującej bardzo znaczne osłabienie pacjenta w wieku średnim lub podeszłym.
4. Kaszlu utrudniającego swobodne oddychanie i mówienie
5. Bólu w klatce piersiowej
6. Spadku ciśnienia tętniczego krwi poniżej 90/60 mmHg (jeśli chory zazwyczaj ma wyższe)
7. Zmian świadomości i zachowania – trudność w obudzeniu chorego, niepokojąca zmiana zachowania i sposobu mówienia, utrudniony lub niemożliwy kontakt z chorym, utrata przytomności

Źródła danych:

Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji: Farmakoterapia COVID-19 – aktualizacja Zaleceń (wersja 2.0, 27 listopada 2020 r.)

<https://www.aotm.gov.pl/media/2020/12/Farmakoterapia-COVID-19->

-Aktualizacja-wersja-2.0-27-listopada-2020-r_new_aktualna.pdf

National Institutes of Health: Therapeutic Management of Patients with COVID-19 <https://www.covid19treatmentguidelines.nih.gov/therapeutic-management/>

UpToDate Coronavirus disease 2019 (COVID-19): Outpatient evaluation and management in adults. <https://www.uptodate.com/contents/coronavirus-disease-2019-covid-19-outpatient-evaluation-and-management-in-adults>

Rusińska A. i wsp. Zasady suplementacji i leczenia witaminą D – nowelizacja 2018 r.

<http://mavipuro.pl/jourarch/PN2018001.pdf> (dostęp 17.01.2021)

Hai Pham et al. The effect of vitamin D supplementation on acute respiratory tract infection in older Australian adults: an analysis of data from the D-Health Trial. [https://www.thelancet.com/journals/landia/article/PIIS2213-8587\(20\)30380-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/landia/article/PIIS2213-8587(20)30380-6/fulltext) (dostęp 17.01.2021)

Flisiak R, Parczewski M, Horban A, et al. Management of SARS-CoV-2 infection: recommendations of the Polish Association of Epidemiologists and Infectiologists. Annex no. 2 as of October 13, 2020. *Pol Arch Intern Med.* 2020; 130: 915-918. doi:10.20452/pamw.15658

Autorzy stanowiska:

Konsultant krajowy w dziedzinie medycyny rodzinnej - dr hab. Agnieszka Mastalerz-Migas

Konsultant krajowy w dziedzinie chorób zakaźnych - prof. dr hab. Andrzej Horban

Konsultant krajowy w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii - prof. dr hab. Radosław Owczuk

Członkowie Rady Medycznej:

Wyżej wymienieni oraz:

Prof. dr hab. Piotr Czauderna

Prof. dr hab. Robert Flisiak

Prof. dr hab. Tomasz Laskus

Prof. dr hab. Bartosz Łoza

Prof. dr hab. Magdalena Marczyńska

Dr hab. Iwona Paradowska-Stankiewicz

Prof. dr hab. Miłosz Parczewski

Prof. dr hab. Małgorzata Pawłowska

Prof. dr hab. Anna Piekarska

Prof. dr hab. Krzysztof Pyrc

Prof. dr hab. Krzysztof Simon

Dr n. med. Konstanty Szułdrzyński

Prof. dr hab. Krzysztof Tomasiewicz

Prof. dr hab. Jacek Wysocki

Dr n. med. Artur Zaczyński

Stanowisko Komitetu Genetyki Człowieka i Patologii Molekularnej PAN

w sprawie rozpowszechnianych nieprawdziwych informacji o szczepionkach przeciw COVID-19 oraz testach PCR wykrywających SARS-CoV-2 z dnia 4 stycznia 2021 roku

W ostatnim czasie, głównie w mediach społecznościowych, ukazują się wypowiedzi pod postacią wywiadów, sygnowane przez osoby posiadające tytuł naukowy. Wypowiedzi te wprowadzają dezinformację na temat wirusa SARS-CoV-2 i szczepionek przeciw COVID-19. Jednym z przykładów jest internetowy wywiad o szczepionce genetycznej Pfizera i testach PCR prof. Romana Zielińskiego udzielony Agnieszce Kisielewskiej. Takie wypowiedzi pozostają w sprzeczności z aktualnym stanem wiedzy w zakresie genetyki medycznej i diagnostyki laboratoryjnej.

Członkowie Komitetu Genetyki Człowieka i Patologii Molekularnej PAN, reprezentanci z wyboru krajowego środowiska genetyków medycznych i patologów, zaniepokojeni brakiem podstaw naukowych takich wypowiedzi i ich ewidentną szkodliwością społeczną, czują się w obowiązku ostrzec potencjalnych czytelników.

1. Autorzy wypowiedzi nie są fachowcami w zakresie genetyki medycznej. Diagnostyka laboratoryjna i genetyka medyczna to odrębne dziedziny, w których autorzy wypowiedzi nie mają recenzowanego dorobku publikacyjnego. Świadczy o tym baza PubMed, prezentująca wszystkie istotne publikacje biomedyczne na świecie, gdzie autorzy wypowiedzi reprezentowani są w sposób ilościowo i jakościowo marginalny. Żadna z ich prac nie dotyczy genetyki człowieka, tylko np. mikroorganizmów lub małż z Jeziora Miedwie. Według miarodajnej bazy Scopus, również wskaźniki bibliometryczne tychże autorów są w rzeczywistości istotnie niższe od podawanych w tekście.

2. Przedstawiane tezy konstruowane są w sposób niejasny, przy użyciu szczątkowej, nierzadko opacznej, wiedzy biologicznej. Nadmierne posługiwanie się naukowym żargonem u niezorientowanego

odbiorcy ma wywołać wrażenie merytorycznej kompetencji.

Komitet z zasady nie dyskutuje problematyki nie popartej dowodami naukowymi. Jednak w tym przypadku, widząc jakie szkody pociąga za sobą zaistnienie przedmiotowych tez w przestrzeni publicznej, uznano za właściwe sprostowanie najbardziej rażących z nich:

a. Próba dyskredytacji molekularnych testów na obecność SARS-CoV-2, opartych o technikę PCR lub ilościową RT-PCR jest błędna. Wyjaśniono to już w <https://konkret24.tvn24.pl/zdrowie,110/wywiad-o-nieskuteczności-testow-na-covid-19-wyjasniamy-manipulacyjne-tezy,1028628.html>. Techniki te dają się doskonale wystandaryzować, szczególnie w ich odmianie ilościowej, używanej w identyfikacji wirusa SARS-CoV-2. Istotą techniki PCR jest specyficzne namnożenie niewielkiej liczby kopii ściśle określonego fragmentu materiału genetycznego, nawet w mieszaninie zawierającej przewagę innych sekwencji. Specyficzność prawidłowo zaprojektowanej reakcji, przy równoczesnym zastosowaniu odpowiednich kontroli, jest jedną z niekwestionowanych zalet techniki PCR, która od lat stanowi złoty standard w molekularnej diagnostyce genetycznej na całym świecie.

b. Jest nieprawdą, że RNA podawany w szczepionce przeciw COVID-19 zostaje przepisany na DNA. Podawana w szczepionce konstrukcja genu(mRNA) nie ulega odwrotnej transkrypcji, nie wnika do jądra komórkowego, nie zostaje również wbudowana do genomu komórkowego. RNA stanowi tylko matrycę w procesie translacji zachodzącej w cytoplazmie, umożliwiając komórce gospodarza syntezę jednego określonego białka wirusowego (nie całego wirusa). Białko to tworzy kolec koronawirusa SARS-CoV-2 i przeciwko niemu uruchamiana jest odpowiedź immunologiczna organizmu. A o to właśnie w szczepion-

ce chodzi. Dodatkowo, podany mRNA, ze względu na swoją znaczną niestabilność (stąd uciążliwa konieczność transportu w temp. -70 st. C), po uruchomieniu procesu translacji ulega nieodwracalnemu rozpadowi.

c. Szczepionki anty-COVID-19 oparte są na opracowywanym przez wiele lat modelu molekularnych szczepionek mRNA i poddawane były badaniom klinicznym zgodnie ze standardowymi procedurami. To, że nie rekomenduje się podawania ich ciężarnym, wynika z konieczności przeprowadzenia w dalszej kolejności dodatkowego, odrębnego cyklu badań, co jest elementem standardowej procedury badań klinicznych leków.

d. Rzeczomo negatywny wpływ szczepionki na procesy rozrodcze powodowany ma być podobieństwem białka kolca wirusa i białka syncytyny. W wypowiedziach internetowych mylone są pojęcia homologii i reakcji krzyżowych. Białko kolca wirusa SARS-CoV-2 i syncytyna zawierają niewielkie fragmenty o pewnym podobieństwie sekwencji aminokwasów, jednak nie oznacza to że przeciwciała na to białko będą reagowały z syncytyną. Fragment jaki białko kolca (glikoproteina S) dzieli z syncytynami jest zbyt mały, aby wywołać immunologiczną reakcję krzyżową. Nie wykazano reaktywności krzyżowej swoistych przeciwciał antywirusowych z syncytyną człowieka obecną w plemnikach. Nie stwierdzono także wpływu infekcji SARS-CoV-2, a tym bardziej szczepienia przeciw COVID-19, na zdrowie reprodukcyjne kobiet. Podsumowując, nie ma żadnych naukowo uzasadnionych przyczyn aby sądzić, że szczepionka może w jakikolwiek sposób zagrażać płodności kobiet lub mężczyźni czy rozrodowi w ogólności.

3. Powszechnym obyczajem w nauce jest poddawanie wszelkich wyników badań recenzji zewnętrznej, dokonywanej przez niezależnych specjalistów będących autorytetami z danej dziedziny.

Tezy z omawianych wywiadów takiego procesu nigdy nie przeszły. Członkowie Komitetu, jako profesjonalści, mogli by takiej recenzji dokonać, jednak najpierw tezy takie musiałyby zostać sformułowane w sposób właściwy dla prac naukowych, a nie funkcjonować jedynie w postaci bezkrytycznie publikowanych enuncjacji medialnych.

Przypominamy, że aktualną wiedzę naukową na temat pandemii można uzyskać na stronie www.naukaprzeciwpandemii.pl.

Członkowie Komitetu z całą mocą podkreślają, że jedyną naukowo umocowaną metodą kontrolowanego przerywania epidemii SARS-CoV-2 jest zaszczepienie się szczepionką przeciw COVID-19.

Pod stanowiskiem podpisało się 34 członków Komitetu.

*Za Komitet Genetyki Człowieka
i Patologii Molekularnej PAN
Przewodniczący
/-/ prof. dr hab. med. Michał Witt
Materiał przygotowany przez Okręgową
Izbę Pielęgniarek i Położnych w Rzeszowie*

Informacja w przedmiocie procedury stwierdzenia choroby zawodowej

I. COVID-19 JAKO CHOROBA ZAWODOWA

Zgodnie z treścią art. 235 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 — Kodeks pracy (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1320), za chorobę zawodową uważa się chorobę, wymienioną w wykazie chorób zawodowych, jeżeli w wyniku oceny warunków pracy można stwierdzić bezspornie lub z wysokim prawdopodobieństwem, że została ona spowodowana działaniem czynników szkodliwych dla zdrowia występujących w środowisku pracy albo w związku ze sposobem wykonywania pracy, zwanych „narażeniem zawodowym”.

W załączniku do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 30 czerwca 2009 roku w sprawie chorób zawodowych (t.j. Dz. U. z 2013 r. poz. 1367) w punkcie 26 wymieniono choroby zakaźne lub pasożytnicze albo ich następstwa. Z kolei zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2020 roku w sprawie zakażenia koronawirusem SARS — CoV — 2 (Dz. U. z 2020 r. poz. 325), zakażenie to zostało objęte przepisami o zapobieganiu o zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.

Na tej podstawie można uznać, że COVID - 19 może stanowić chorobę zawodową, warunkiem do tego jest jednak pozytywna ocena, iż doszło do niej w warunkach narażenia zawodowego.

W przypadku wystąpienia choroby zawodowej w postaci choroby zakaźnej nie można określić okresu na jej ustalenie. Oznacza to, że wystąpienie objawów COVID-19, nawet po ustaniu pracy w warunkach narażenia, nie przekreśla możliwości stwierdzenia choroby zawodowej.

Ministerstwo Zdrowia potwierdziło, że COVID-19 jest chorobą zakaźną, któ-

ra może zostać uznana za chorobę zawodową.

II. PROCEDURA STWIERDZENIA CHOROBY ZAWODOWEJ

Postępowanie o stwierdzenie choroby zawodowej składa się z kilku etapów. Każdy etap jest sformalizowany, i opiera się na specjalnych formularzach, które stanowią załączniki do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 1 sierpnia 2002 roku w sprawie sposobu dokumentowania chorób zawodowych i skutków tych chorób (t.j. Dz. U. z 2013 r. poz. 1379 ze zm.).

Przebieg postępowania uregulowany został w sposób szczegółowy w rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 30 czerwca 2009 roku w sprawie chorób zawodowych (t.j. Dz. U. z 2013 r. poz. 1367).

Etapy postępowania:

- zgłoszenie podejrzenia choroby zawodowej

Podejrzenie wystąpienia choroby zawodowej należy zgłosić do właściwego państwowego powiatowego inspektora sanitarnego i właściwego okręgowego inspektora pracy ustalonych według miejsca, w którym praca jest lub była wykonywana przez pracownika lub właściwych według siedziby pracodawcy, w przypadku gdy dokumentacja dotycząca narażenia zawodowego jest gromadzona w tej siedzibie (§ 3 pkt 1 rozporządzenia ws chorób zawodowych).

Do kręgu podmiotów, które mogą dokonać zgłoszenia należą: pracodawca, lekarz podmiotu właściwego do rozpoznania choroby zawodowej, lekarz i lekarz dentyista, którzy podczas wykonywania zawodu powzięli takie podejrzenie u pacjenta, jak również samego pracownika lub byłego pracownika, stwierdzenie bo-

wiem choroby zawodowej może nastąpić również po ustaniu zatrudnienia.

- rozpoznanie choroby zawodowej

Rozpoznanie choroby mogącej stanowić chorobę zawodową przybiera formę orzeczenia, wydawanego na podstawie wyników przeprowadzonych badań lekarskich i badań pomocniczych, dokumentacji medycznej, dokumentacji przebiegu zatrudnienia oraz oceny narażenia zawodowego.

W przypadku choroby zakaźnej, jaką jest COVID—19 kluczowy może być pozytywny wynik testu na obecność wirusa SARS — CoV — 2 oraz dokumentacja medyczna z przebiegu leczenia choroby.

- stwierdzenie choroby zawodowej

Organem uprawnionym do stwierdzenia choroby zawodowej jest właściwy państwowy powiatowy inspektor sanitarny, który wydaje w tym celu decyzję administracyjną - o stwierdzeniu lub braku podstaw do stwierdzenia choroby zawodowej.

Decyzja w sprawie stwierdzenia lub braku podstaw do stwierdzenia choroby zawodowej stanowi decyzję administracyjną, regulowaną przepisami Kodeksu postępowania administracyjnego. W przypadku wydania decyzji negatywnej, przysługuje prawo do wniesienia odwołania do organu wyższego stopnia. Termin na wniesienie odwołania wynosi 14 dni od momentu otrzymania decyzji. Organem odwoławczym co do zasady będzie właściwy państwowy wojewódzki inspektor sanitarny. Odwołanie wnosi się za pośrednictwem tego organu, który wydał negatywną decyzję.

W przypadku otrzymania decyzji negatywnej także od organu drugiej instancji, pracownikowi przysługuje skarga do wojewódzkiego sądu administracyjnego,

która składa się w terminie 30 dni od dnia otrzymania decyzji.

III. ŚWIADCZENIA

Ubezpieczonemu, który uzyskał prawnocną decyzję stwierdzającą chorobę zawodową oraz który na skutek tej choroby stał się niezdolny do pracy lub u którego powstał uszczerbek na zdrowiu, przysługuje świadczenie pieniężne.

Katalog świadczeń wskazany został w ustawie z dnia 30 października 2002 roku o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych (t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1205).

W art. 6 ustawy wskazano, że z tytułu choroby zawodowej przysługują następujące świadczenia:

1. zasiłek chorobowy,
2. świadczenie rehabilitacyjne,
3. zasiłek wyrównawczy,
4. jednorazowe odszkodowanie,
5. renta z tytułu niezdolności do pracy,
6. renta szkoleniowa,
7. dodatek pielęgnacyjny,
8. pokrycia kosztów leczenia z zakresu stomatologii i szczepień ochronnych oraz zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne w zakresie określonym ustawą,
9. w przypadku śmierci pracownika spowodowanej chorobą zawodową, przysługujące członkom rodziny zmarłego — jednorazowe odszkodowanie, renta rodzinna oraz dodatek do renty rodzinnej.

Powyżej wymienione świadczenia wypłacane są przez ZUS ze środków z tytułu ubezpieczenia wypadkowego.

Zgodnie z treścią przepisów ustawy z dnia 30 października 2002 roku o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych (t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1205 ze zm.), zasiłek chorobowy z powodu niezdolności do pracy spowodowanej chorobą zawodową wynosi 100%.

W sytuacji, w której dojdzie do powikłań, i ubezpieczony stał się niezdolny do pracy wskutek choroby zawodowej, chory będzie mógł otrzymać rentę wypadkową.

Art. 11 ustawy z dnia 30 października 2002 roku o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych (t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1205 ze zm.) gwarantuje ubezpieczonemu, który wskutek choroby zawodowej doznał stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu, jednorazowe odszkodowanie.

Za stały uszczerbek na zdrowiu uważa się takie naruszenie sprawności organizmu, które powoduje upośledzenie czynności organizmu nierokujące poprawy. Natomiast za długotrwały uszczerbek na zdrowiu uważa się takie naruszenie sprawności organizmu, które powoduje upośledzenie czynności orga-

nizmu na okres przekraczający 6 miesięcy, mogące ulec poprawie.

Natomiast art. 13 wskazanej powyżej ustawy przewiduje prawo do odszkodowania dla członków rodziny ubezpieczonego, który zmarł wskutek choroby zawodowej.

W sytuacji, w której pracownik otrzyma potwierdzenie, że COVID-19 w jego przypadku jest chorobą zawodową, a przyznane świadczenia z ZUS nie pokrywają w pełni szkody doznanej wskutek niezapewnienia bezpiecznych warunków pracy, wówczas będzie mógł wystąpić do pracodawcy o odszkodowanie na podstawie przepisów kodeksu cywilnego.

Na pracowniku w tym przypadku spoczywać będzie ciężar dowodu. Istotne jest także, że termin przedawnienia roszczeń w tym przypadku wynosi 3 lata licząc od momentu powzięcia wiedzy o pozytywnym wyniku testu.

Należy podkreślić, że w przypadku zakażenia pielęgniarki czy położnej, które swoje obowiązki wykonują w ramach umowy cywilnoprawnej podstawą dochodzenia roszczeń odszkodowawczych będzie tylko kodeks cywilny.

Osoby, które nie mają opłacanej składki na ubezpieczenie wypadkowe nie będą mogły liczyć na świadczenia z ZUS. W ich przypadku nie ma możliwości orzekania o chorobie zawodowej.

Pielęgniarki POZ i położne POZ nadal nie ujęte w koszyku świadczeń gwarantowanych

NIPiP-NRPiP-DM.0025.27.2021.MK

Warszawa, dnia 4 marca 2021 r.

Pan Adam Niedzielski

Minister Zdrowia

Szanowny Panie Ministrze,

W nawiązaniu do Porozumienia zawartego w dniu 9 lipca 2018 r. w Warszawie, pomiędzy Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Pielęgniarek i Położnych i Naczelną Izbą Pielęgniarek i Położnych a Ministrem Zdrowia i Narodowym Funduszem Zdrowia, w którym w pkt 6 wskazano, iż Minister Zdrowia podejmie działania mające na celu wprowadzenie nie później niż od dnia 1 stycznia 2019 r. tzw. porady pielęgniarskiej do świadczeń gwarantowanych z wybranych za-

kresów, po zasięgnięciu opinii OZZPiP i NIPiP, a także w związku z wejściem w życie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 lipca 2020 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2020 r., poz. 1255), zwracam się z prośbą do Pana Ministra o podjęcie działań mających na celu doprowadzenie do realizacji ww. porozumienia.

Do Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych, kierując zapytania pielęgniarki POZ

i położne POZ, a także kierownicy podmiotów leczniczych realizujących świadczenia zdrowotne w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, kiedy faktycznie zostaną wdrożone przedmiotowe porady.

Wielokrotnie podkreślano, iż z chwilą wydania przez Prezesa NFZ zarządzenia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w podstawowej opiece zdrowotnej, w zakresie porad pielęgniarki POZ i porady położnej POZ, będzie możliwość samodzielnego

realizowania przez pielęgniarki oraz położne dodatkowych świadczeń na rzecz pacjentów, w tym przewlekle chorych. Przede wszystkim dotyczyć to będzie doboru sposobu leczenia ran, ordynowania leków, wystawiania recept, ordynowania wyrobów medycznych, wystawiania skierowań na wykonanie badań diagnostycznych.

Bardzo istotna w tych poradach jest także profilaktyka chorób i promocja zdrowia w ramach świadczeń zapobiegawczych udzielanych przez pielęgniarkę,

obejmująca przekazanie informacji zgodnie z celami terapeutycznymi, w tym edukację dotyczącą przyjmowania leków i suplementów diety. Powyższa porada ma przede wszystkim na celu przygotowanie świadczeniobiorcy do samokontroli i samoopieki. Niemniej istotna w zakresie edukacji zdrowotnej jest porada położnych dla kobiet z chorobami ginekologicznymi i ginekologii onkologicznej.

Należy pamiętać, iż w dobie pandemii zmienione zostały warunki realizacji świadczeń zdrowotnych, nastąpiło znacz-

ne zmniejszenie dostępności do świadczeń zdrowotnych pacjentów przewlekle chorych, także w podstawowej opiece zdrowotnej.

Mając na uwadze powyższe, zwracam się do Pana Ministra z prośbą o podjęcie działań, które umożliwią i doprowadzą do realizacji przedmiotowych porad przez pielęgniarkę POZ i położną POZ.

*Z wyrazami szacunku
Prezes NRPiP
Zofia Małas*

Położna i pielęgniarka - jak to jest z nakładaniem się kompetencji?

Istotne jest rozstrzygnięcie, czy osoba wykonująca zawód położnej może legalnie udzielać świadczeń zdrowotnych w takim samym zakresie jak pielęgniarka? Wyjaśni to komentarz eksperta do art. 5 ust. 1a Ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej.

Niektórzy kierownicy podmiotów leczniczych zatrudniają osoby wykonujące zawód położnej na stanowiskach pracy przypisanych osobom wykonującym zawód pielęgniarki i wymagają od nich wykonywania takiego samego zakresu czynności zawodowych. Jako podstawę prawną takich decyzji wskazuje się ust. 1a do art. 5 Ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. z 2020 r. poz. 562 ze zm., dalej: u.z.p.p.) w brzmieniu odpowiadającym art. 4 ust. 1. u.z.p.p. Przepis ten został wprowadzony art. 13 Ustawy z dnia 14 sierpnia 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia funkcjonowania ochrony zdrowia w związku z epidemią COVID-19 oraz po jej ustaniu.

Art. 5 ust. 1a u.z.p.p. stanowi: W przypadku ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii wykonywanie zawodu położnej może polegać również na udzielaniu pacjentom świadczeń zdrowotnych w zakresie: 1) rozpoznawania warunków i potrzeb zdrowotnych, 2) rozpoznawania problemów pielęgnacyjnych, 3) planowania i sprawowania opieki pielęgnacyjnej, 4) samodzielnego udzielania w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabili-

tacyjnych, 5) realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji, 6) edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia - zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami i umiejętnościami zawodowymi.

KOMENTARZ

Uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie określonym art. 4 ust. 1 u.z.p.p., art. 5 ust. 1 oraz art. 6 u.z.p.p. i art. 158 u.z.p.p. i uszczegółowionych w aktach wykonawczych otrzymuje się poprzez uzyskanie prawa wykonywania zawodu medycznego - odpowiednio: prawa wykonywania zawodu pielęgniarki (art. 28 u.z.p.p.) lub prawa wykonywania zawodu położnej (art. 31 u.z.p.p.), po stwierdzeniu spełnienia łącznie ustawowych przesłanek. Jedną z czterech jest przedłożenie dyplomu szkoły pielęgnarskiej dla osób chcących wykonywać zawód pielęgniarki (art. 52 u.z.p.p.) lub przedłożenie dyplomu szkoły położnych dla osób chcących wykonywać zawód położnej (art. 53 u.z.p.p.). Posiadany przez położną dyplom ukończenia szkoły położniczej, chociaż potwierdza nabycie stosownej wiedzy teoretycznej i umiejętności praktycznych w zakresie wykonywania niektórych czynności pielęgnarskich, nie stanowi dokumentu, na podstawie którego położna uzyskała uprawnienie

do wykonywania czynności medycznych w zakresie pielęgniarstwa zgodnie z systemem kształcenia w szkołach pielęgnarskich. Rzecz bowiem w tym, że ukończenie kształcenia przeznaczonego wyłącznie dla położnych nie mogło dać położnej większych uprawnień w zakresie podejmowania czynności pielęgnarskich ponad te, które związane są ze sprawowaniem opieki nad kobietą oraz dzieckiem do 8. tygodnia życia (art. 5 ust. 1 u.z.p.p. i akty wykonawcze do ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej).

Zapis ust. 1a art. 15 u.z.p.p. stanowiący, że w stanie zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii wykonywanie zawodu położnej może polegać również na udzielaniu pacjentom świadczeń zdrowotnych w zakresie: 1) rozpoznawania warunków i potrzeb zdrowotnych, 2) rozpoznawania problemów pielęgnacyjnych, 3) planowania i sprawowania opieki pielęgnacyjnej, 4) samodzielnego udzielania w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych, 5) realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji, 6) edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia - w okresie epidemii nie czyni z osoby wykonującej zawód położnej osobę wykonującą zawód

pielęgniarki. Przytoczony powyżej zapis jest tylko potwierdzeniem tego, do czego osoby wykonujące zawód położnej miały i nadal mają uprawnienia zgodnie z kwalifikacjami zawodowymi i umiejętnościami nabytymi w systemie kształcenia przeddyplomowego i podyplomowego. Literalne przekopiowanie ust. 1 art. 4 u.z.p.p. do ust. 1a art. 15 w mojej ocenie niczego w dotychczasowym stanie prawnym nie zmienia. Interpretacja „zamiennie” traktująca osoby wykonujące zawód położnej z osobami wykonującymi zawód pielęgniarki jest absolutnie błędna i sprzeczna z wykładnią historyczną, systemową, funkcjonalną i celowości.

Gdyby przyjąć, że wystarczy zmienić przepis, aby osoby wykonujące zawód położnej mogły udzielać świadczeń zdrowotnych, które mieszczą się w ramach wykonywania zawodu pielęgniarki, to można również dopuścić a contrario, że wystarczy zmienić treść do art. 4 u.z.p.p. przez dodanie do niego ust. 1a o brzemieniu ust. 1 art. 5 u.z.p.p., aby osoby wykonujące zawód pielęgniarki mogły nabyć uprawnienia zawodowe w zakresie wykonywania zawodu położnej. Takie podejście trudno uznać za prawidłowe, skoro abstrahuje od ustawowego zróżnicowania wspomnianych zawodów pielęgniarki i położnej oraz nie dostrzega, że istotne odmienności w toku kształcenia powodują, że położna nie posiada wiedzy i umiejętności niezbędnych do prowadzenia skutecznego i bezpiecznego dla pacjentów procesu pielęgnacyjnego we wszystkich jednostkach chorobowych. W przypadku położnej system kształcenia jest ukierunkowany na umiejętność opieki nad kobietą w okresie ciąży, porodu, porożu i całego okresu jej życia związanego z chorobami kobiecymi oraz opieką nad noworodkiem (art. 15 ust. 1 u.z.p.p.).

Przepisy prawa zobowiązują pracodawców i zleceniodawców do zatrudniania osób wykonujących zawody medyczne zgodnie z posiadanymi przez nie kwalifikacjami zawodowymi i stanem zdrowia. Zatrudnienie położnych sprzeczne z posiadanymi kwalifikacjami zawodowymi i umiejętnościami w przyszłości naraża podmioty lecznicze na odpowiedzialność prawną.

Nie są jednak zupełnie pozbawione znaczenia uwagi dotyczące nakładania się kompetencji pielęgniarki i położ-

nej w udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Natomiast trzeba mieć na uwadze, kiedy położna może wspierać system opieki zdrowotnej w walce z epidemią, nie posiadając przygotowania do opieki nad pacjentami chorymi zakaźnie zgodnie z treścią art. 12 ust. 1 u.z.p.p.: Pielęgniarka i położna są obowiązane, zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami zawodowymi, do udzielenia pomocy w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować stan nagłego zagrożenia zdrowotnego. Natomiast jeszcze raz podkreślam, że sam fakt nakładania się niektórych kompetencji pielęgniarki i położnej w udzielaniu świadczeń zdrowotnych nie czyni zasadnym rozszerzenia zakresu definicji zawodu położnej o elementy właściwe dla definicji zawodu pielęgniarki na okres epidemii. W tej sprawie jednoznacznie wypowiedzieli się także krajowi konsultanci ds. położnictwa i pielęgniarstwa.

Warto tu przypomnieć, że choć kompetencje dwóch innych zawodów: lekarza i lekarza dentystry również krzyżują się w zakresie niektórych czynności zawodowych (np. pobierania krwi u pacjenta, wykonania iniekcji, wystawiania recept itp.), to jednak nadal są to dwa różne zawody medyczne, które w okresie epidemii mogą być wykorzystane do opieki nad pacjentem dotkniętym CO-VID-19 na zasadach ogólnych. Jednocześnie dla potrzeb walki ze skutkami szerzenia się tej choroby ustawodawca nie wprowadził zmian w definicji zawodu lekarza dentystry i nie rozszerzył definicji zawodu lekarza dentystry na okres epidemii o definicję zawodu lekarza. Nie zrobił tego również z uwagi na konieczność zamknięcia gabinetów dentystrycznych.

I tak, jak środowisko lekarskie podkreśla odrębności w zakresie kwalifikacji zawodowych i swoich uprawnień w świetle ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz.U.2020.514 t.j.), tak samo wyraźnie i stanowczo należy podkreślić odrębności w zakresie kwalifikacji zawodowych i uprawnień dwóch samodzielnych zawodów medycznych w świetle ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej.

Dlatego całkowicie chybione są argumenty wysuwane przez Ministerstwo Zdrowia, że zmiany wprowadzone do de-

finicji zawodu położnej są tylko w interesie tego środowiska, aby osoby wykonujące ten zawód nie traciły miejsc pracy.

PODSUMOWANIE

Reasumując, pragnę zwrócić uwagę, że zatrudnianie na stanowisku pielęgniarki osób wykonujących inne zawody medyczne wiąże się z odpowiedzialnością prawną. W szczególności chodzi tu o odpowiedzialność karną i cywilną. Udzielanie określonych świadczeń zdrowotnych bez wymaganego prawa wykonywania zawodu podlega karze grzywny (art. 84 u.z.p.p.), a jeżeli osoba ta czyni to w celu osiągnięcia korzyści majątkowej lub wprowadza w błąd, co do posiadania takiego prawa, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do roku (art. 85 u.z.p.p.). Natomiast kto zatrudnia osobę nieposiadającą wymaganego prawa wykonywania zawodu do udzielenia tych świadczeń, podlega grzywnie albo karze ograniczenia wolności (art. 85 u.z.p.p.). Odnosnie odpowiedzialności cywilnej - osobami pozywającymi podmioty lecznicze mogą być zarówno osoby wykonujące zawody medyczne, które doznały szkód w związku z zatrudnieniem niezgodnym z posiadanymi kwalifikacjami zawodowymi, jak i pacjenci lub ich spadkobiercy oraz inne osoby bliskie - ze wskazaniem, że szkoda, której doznał pacjent, jest następstwem udzielenia mu świadczenia zdrowotnego niezgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej z uwagi na osobę niemającą wymaganych kwalifikacji zawodowych i umiejętności.

dr n. prawnych

DOROTA KARKOWSKA

Wydział Prawa Uniwersytetu Łódzkiego,

Instytut Praw Pacjenta i Edukacji

Zdrowotnej w Warszawie

Wykaz aktów prawnych:

Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, tekst jedn. Dz.U. z 2018, poz. 2190 ze zm., dalej u.d.l.;

Ustawa z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych, tekst jedn. Dz.U. z 2018, poz. 916;

Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry, tekst jedn. Dz.U. z 2020, poz. 514 ze zm., dalej ustawa lekarska lub u.z.l.;

Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, tekst jedn. Dz.U. z 2020, poz. 849; dalej u.p.p.R.P.P.

Stanowisko z dnia 18.11.2020 r. w sprawie wzmocnienia roli pielęgniarek w strategii walki z pandemią Covid 19.

Pandemia a przemoc w rodzinie

Badania pokazują, że w czasie różnego rodzaju sytuacji trudnych i w pewnym sensie nadzwyczajnych nasila się przemoc wobec kobiet i dzieci. Do tych „nadzwyczajnych” sytuacji zaliczyć można stan pandemii COVID-19.

Raporty z Chin, Wielkiej Brytanii, Hiszpanii czy ze Stanów Zjednoczonych wskazują na poważny wzrost liczby przypadków przemocy w rodzinie od czasu wybuchu pandemii. Potwierdzają to także polskie organizacje pozarządowe, które działają w obszarze przeciwdziałania przemocy domowej - od końca marca 2020 roku rejestrują zwiększoną liczbę zgłoszeń przypadków przemocy i próśb o pomoc. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO), Organizacja Narodów Zjednoczonych (ONZ) apelują do służb i instytucji o wzmoczoną czujność w kontaktach z rodzinami i zwracanie uwagi na sygnały, które mogą świadczyć o przemoc.

W czasie trwającej od prawie roku pandemii nasza uwaga kierowana jest zwykle na bezpośrednie konsekwencje SARS-CoV-2: na dane o liczbie osób, które zachorowały lub które zmarły na COVID-19, na dane o liczbie zajętych łóżek w szpitalach lub dostępnych respiratorów. I tylko od czasu do czasu do nas docierają informacje o innych, „niemedycznych” skutkach rozprzestrzeniania się koronawirusa. Przekazują je przede wszystkim pracownicy placówek, które angażują się w pomoc osobom doświadczającym przemocy w rodzinie. Podkreślają oni, że w szczególnie trudnej sytuacji są właśnie ich klienci - często przez COVID-19 zamknięci w domach i pozbawieni możliwości uzyskania szybkiej i bezpośredniej pomocy. Tymczasem doświadczanie przemocy powoduje u ofiar szereg negatywnych skutków i konsekwencji dla ich zdrowia fizycznego i psychicznego oraz dla ich funkcjonowania społecznego.

Sygnały alarmowe

Stosunkowo najłatwiej jest zauważyć objawy przemocy fizycznej - różnego ro-

dzaju urazy: siniaki, zdrapania, złamania kończyn, nosa czy szczęki, wyrwane włosy, ślady po przypalaniu papierosem itp. Wiele ofiar w wyniku pobicia doznaje poważnych uszkodzeń głowy, np. pęknięcia podstawy czaszki czy wstrząśnienia mózgu. Wg autorów artykułu „COVID-19, domestic violence and abuse, and urgent dental and oral and maxillofacial surgery care” („COVID-19, przemoc i znęcanie się w rodzinie a doraźna opieka stomatologiczna i opieka w zakresie chirurgii szczękowo-twarzowej”), który został zamieszczony na stronach internetowych „British Dental Journal”, 65-95% przypadków przemocy fizycznej w rodzinie skutkuje urazem twarzy. Autorzy opracowania podkreślają rolę stomatologów i chirurgów szczękowo-twarzowych w rozpoznawaniu przemocy domowej, podejmowaniu interwencji oraz udzielaniu pomocy pacjentom-ofiarom. Biorąc pod uwagę, że w okresie pandemii kontakt z lekarzem POZ najczęściej przyjmuje formę teleporady, trudno założyć, że przedstawiciel ochrony zdrowia będzie miał możliwość dostrzeżenia obrażeń, które mogą być skutkiem przemocy w rodzinie. Ale przemoc w rodzinie to nie tylko te zachowania sprawcy, które powodują uszkodzenia ciała ofiar. Przemocą jest także krzywdzenie emocjonalne, np. wyzwiska, groźby, szantaż, zastraszanie, upokarzanie, zawstydzanie, poniżanie, ograniczanie kontaktów z innymi osobami, wyśmiewanie, kontrolowanie, zmuszanie do określonych zachowań, do rezygnacji z własnych poglądów lub przekonań. W czasie pandemii COVID-19 wiele rodzin boryka się z poważnym pogorszeniem sytuacji materialnej. Utrata pracy, a co za tym idzie dochodów, skutkuje nie tylko problemami finansowymi, ale jest także poważnym czynnikiem ryzyka przemocy w rodzinie. Jej sprawcy mogą znajdować dodatkowe uzasadnienie dla przemocy ekonomicznej, przejawiającej się m.in. ograniczeniami dostępu do pieniędzy, wydzielaniem kwot przeznaczonych

na zaspokajanie potrzeb rodziny, czy zmuszaniem najbliższych do dokładnego rozliczania się z wydatków. Finanse stają się dla sprawcy przemocy domowej formą wpływu na najbliższych i ich kontrolowania. Niezastosowanie się do jego oczekiwań może być pretekstem do agresji i aktów przemocy.

Nie możemy zapominać o przemoc seksualnej, która jest szczególnie skrywaną formą przemocy domowej. Przymuszanie do nieakceptowanych zachowań seksualnych czy gwałty w czasie izolacji domowej trudniej ujawnić, są zatem rzadziej niż do tej pory zgłaszane.

Ofiary

Osoby doświadczające przemocy w rodzinie żyją w chronicznym stresie i strachu. Odczuwają brak wsparcia emocjonalnego, utratę poczucia własnej wartości i poczucia bezpieczeństwa. Są silnie zależne od sprawcy przemocy (emocjonalnie, finansowo, ze względu na mieszkanie itp.) i przekonane, że nie mają wpływu na swoje życie. Przeżywają wstyd i lęk, a pod wpływem sprawcy przemocy zaczynają wierzyć, że zasługują na przemoc. Zwykle czują się winne temu, że w ich rodzinach do niej dochodzi, że nie potrafią ochronić siebie i dzieci przed sprawcą. Trzeba jednak pamiętać, że za przemoc zawsze odpowiada osoba, która przemocy się dopuszcza, a nie ci, którzy są przez nią krzywdzeni.

Warto dodać, że nie istnieje jeden, szczególny typ osoby maltretowanej. To oznacza, że ofiarą przemocy w rodzinie może stać się każdy z nas - nie chroni przed tym ani wykształcenie, ani wiek, ani status społeczny.

Konsekwencją przemocy w rodzinie mogą być dolegliwości somatyczne, np. bóle głowy, bóle brzucha, bóle w klatce piersiowej, dolegliwości nerwicowe, bezsenność, obniżony nastrój, zaburzenia lękowe itp. U kobiet doświadczających przemocy w rodzinie stwierdzano także zaburzenia krążenia, nadciśnienie tętnicze, chorobę wrzodową żołądka i dwunastnicy, zaburzenia mie-

siączkowania, infekcje macicy, infekcje pęcherza, przewlekły ból w miednicy itp. (Campbell, 2002; Bonomi i in., 2009). Kobiety doświadczające w domu przemocy psychicznej lub fizycznej wykazują objawy depresji, lęku oraz zespołu stresu pourazowego (PTSD). U niektórych ofiar przemocy pojawiają się myśli samobójcze. Według badań 31,2% kobiet z przewlekłymi zaburzeniami neurologicznymi to ofiary przemocy domowej (C. Diaz Olavarrieta, J. Cambell, 1999).

Niektóre osoby doznające przemocy w rodzinie sięgają po substancje psychoaktywne, które mają im pomóc poradzić sobie z trudnymi emocjami. Stosują coraz większe dawki leków uspokajających, leków nasennych, alkoholu, a czasem narkotyków, wpadając w pułapkę uzależnienia.

U dzieci, podobnie jak u osób dorosłych, o przemocy w rodzinie świadczą mogą obrażenia fizyczne, dolegliwości psychosomatyczne oraz zaburzenia emocjonalne i zaburzenia zachowania.

Konsekwencje

Specjaliści podkreślają, że konsekwencje bycia ofiarą lub świadkiem przemocy mogą mieć wymiar krótko- i długoterminowy. Krótkoterminowymi są m.in. lęk, cierpienie, zaburzenia snu, zaburzenia łaknienia, zachowania agresywne, obgryzanie paznokci, drżenie, jąkanie, problemy w szkole, nadmierne posłuszeństwo lub zamknięcie się w so-

bie, myśli samobójcze itp. Z kolei konsekwencjami długoterminowymi będą m.in. trudności w zbudowaniu spójnego obrazu siebie, trudności w nawiązaniu trwałych relacji, powtarzanie destruktywnych wzorców rodzinnych, depresje, zaburzenia odżywiania, problemy zdrowotne, podejmowanie zachowań ryzykownych itp.

W PRZYPADKU WĄTPLIWOŚCI

Bądź uważna/uważny na sygnały, które mogą wzbudzić podejrzenie, że masz do czynienia z osobą doznającą przemocy w rodzinie. Jeśli nie wiesz, co zrobić i jak zareagować w sytuacji zawodowego kontaktu z ofiarą przemocy w rodzinie, możesz skonsultować się z pracownikami działającego na zlecenie PARPA Ogólnopolskiego Pogotowia dla Ofiar Przemocy w Rodzinie „Niebieska Linia”, w ramach którego działa telefon dla przedstawicieli służb (22 250 63 12 w każdą środę w godz. 10.00-13.00).

KOMENTARZ EKSPERTA

Mariola Łodzińska

wiceprezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

■ Musimy pamiętać, że przedstawiciel ochrony zdrowia ma obowiązek zapytać o źródło pochodzenia ran, podbiegnięć krwawych itd. To nie jest kwestia taktu, szanowania prywatności pacjenta - to ustawowy obowiązek wynikający z przepisów Ustawy

o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie i Rozporządzenia w sprawie procedury „Niebieskiej Karty”.

- Rozmowa z osobą krzywdzoną nie należy do łatwych, mogą się Państwo spodziewać oporu z jej strony i zapewniania, że wszystko jest w porządku, ale może też się zdarzyć, że osoba z ulgą przyjmie Wasze pytania i możliwość opowiedzenia komuś o tym, co ją dręczy.
- Żadna sytuacja nie zwalnia nas z działania, jeśli tylko podejrzewacie, że w rodzinie dochodzi do przemocy - ani niechęć ze strony rozmówczyni, jak i jej zapewnienia, że już czuje się lepiej, że potrzebowała się wygadać.
- Każde spotkanie z domniemaną ofiarą krzywdzenia powinno z Państwa strony skutkować wszczęciem procedury „Niebieskiej Karty” poprzez wypełnienie formularza „Niebieska Karta A”. Przekazujecie go Państwo niezwłocznie do Przewodniczącego Zespołu Interdyscyplinarnego. Taki zespół działa w każdym mieście, gminie.

Przedruk: Magazyn Pielęgniarki i Położnej Nr 11/2020

Katarzyna Michalska

Dział ds. rodziny i młodzieży, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych

Godziny nadliczbowe w podmiotach leczniczych

Przeciętny czas pracy w podmiotach leczniczych

Zasadnicze normy czasu pracy obowiązujące pracowników podmiotów leczniczych wynoszą na dobę 7 godzin i 35 min oraz 37 godz. 55 min. na tydzień (art. 93 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej)

Jest to średnia, której nie można przekraczać w okresie rozliczeniowym wynoszącym 3 m-ce (art. 93 ust. 3 ustawy o działalności leczniczej).

Dyżur medyczny a regulacje k.p. dotyczące godzin nadliczbowych

Pracą w godzinach nadliczbowych nie jest praca w ramach dyżuru me-

dycznego w rozumieniu art. 95 ustawy o działalności leczniczej. Nie stosuje się do niej limitu godziny pracy w godzinach nadliczbowych przewidzianego przez art. 151 § 3 k.p. (150 h w roku kalendarzowym). Praca na dyżurze medycznym jest jednak wynagradzana na zasadach wynikających z przepisów o wynagrodzenie za pracę w godzinach nadliczbowych (art. 95 ust. 4 ustawy o działalności leczniczej). W przypadku dyżuru wypadającego w dniu wolnym od pracy, wynikającym z rozkładu czasu pracy nie przysługuje w zamian inny dzień wolny od pracy. art. 95 ust. 4 ustawy o działalności leczniczej).

Godziny nadliczbowe w ustawie o działalności leczniczej

Ustawa o działalności leczniczej nie reguluje wprost limitu czasu pracy w godzinach nadliczbowych. Może to wynikać jedynie pośrednio z wyrażonej w art. 96 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej maksymalnej normy czasu pracy w wymiarze 48 godzin tygodniowo, obejmujących dyżur medyczny, jaki może być wykonywany przez pielęgniarkę bez wymogu podpisywania umowy w przedmiocie świadczenia dyżurów medycznych (tzw. klauzuli opt-out).

Tygodniowy czas pracy z godzinami nadliczbowymi

W związku z tym, mając na względzie w art. 131 § 1 k.p., tygodniowy czas pracy pielęgniarki w podmiocie leczniczym łącznie z godzinami nadliczbowymi nie może przekraczać przeciętnie 48 godzin w obowiązującym okresie rozliczeniowym. Jest to norma średnia, przeciętna, a więc w danym tygodniu danego okresu rozliczeniowego może być godzin pracy więcej a w kolejnym tego samego okresu rozliczeniowego mniej, tak aby utrzymać wskazany przeciętny limit.

Tygodniowy 48-godzinny limit jest normą przeciętną i tym samym pracownik może przepracować w ramach tego samego okresu rozliczeniowego więcej godzin nadliczbowych w danym tygodniu, a w kolejnych – mniej lub wcale.

Dzienny limit godzin nadliczbowych

Jeśli zaś chodzi o dzienny maksymalny limit godzin nadliczbowych wynika on jeszcze z innego uprawnienia pracowniczego – czasu obowiązkowego odpoczynku dobowego. W myśl art. 97 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej pracownikowi jest należne w każdej dobie co najmniej 11 godzin nieprzerwanego odpoczynku.

Roczny limit godzin nadliczbowych

Zgodnie z art. 151 § 3 k.p. liczba godzin nadliczbowych przepracowanych

w związku ze szczególnymi potrzebami pracodawcy nie może przekroczyć 150 godzin w roku kalendarzowym.

Jednakże zgodnie z art. 151 § 4 k.p., dopuszczono ustalenie innej liczby godzin nadliczbowych w roku kalendarzowym niż określone powyżej 150 godzin rocznie.

Taka regulacja powinna być ujęta w układzie zbiorowym pracy (porozumienie pomiędzy pracodawcą a funkcjonującymi w jego zakładzie pracy związkami zawodowymi), a jeśli u danego pracodawcy on nie obowiązuje to – w regulaminie pracy (obowiązkowy w przypadku zatrudnienia powyżej 50 pracowników). Jeśli ten ostatni nie jest wymagany – to w umowie o pracę. Brak regulacji wyższej normy godzin nadliczbowych w tych aktach, wyklucza zastosowanie wyższej normy godzin nadliczbowych, z zastrzeżeniem zarządzeń pracodawcy na czas epidemii lub stanu epidemicznego, o którym mowa powyżej. Jeśli obowiązuje regulamin pracy lub układ zbiorowy pracy to w umowie o pracę nie mogą być uwzględnione inne limity godzin nadliczbowych niż ujęte w regulaminie pracy lub układzie zbiorowym pracy.

Podwyższenie rocznego limitu godzin pracy nadliczbowych ponad 150 godzin, doznaje ograniczeń. Musi uwzględniać maksymalny tygodniowy wymiar czasu pracy (art. 131 § 1 k.p. – przeciętnie 48 godzin pracy wraz z pracą w godzinach nadliczbowych w tygodniu).

Regulacje epizodyczne na czas epidemii i stanu zagrożenia epidemicznego

Jednakże zgodnie z art. 15x ust. 1 pkt. 2 ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (dalej: ustawy COVID-19) w czasie trwania epidemii i zagrożenia epidemicznego pracodawca może polecić pracownikowi świadczenie pracy w godzinach nadliczbowych w zakresie i wymiarze niezbędnym dla zapewnienia ciągłości funkcjonowania przedsiębiorstwa.

Ponadto w myśl art. 15x ust. 1 pkt. 3 ustawy COVID-19, w tym czasie pracodawca może zobowiązać pracownika do pozostawania poza normalnymi godzinami pracy w gotowości do wykonywania pracy w zakładzie pracy lub w innym miejscu wyznaczonym przez pracodawcę. Jednak z tym zastrzeżeniem przepisu art. 1515 § 2 zd. 2 k.p., a zatem czas pozostawania w miejscu udzielenia świadczeń zdrowotnych nie narusza limitów godzinowych odpoczynku dobowego i tygodniowego.

Zgodnie z art. 15x ust. 2 pkt. 1 lit. a ustawy COVID-19 w zw. z art. 3 ust. 2 pkt. g) ustawy o zarządzeniu kryzysowym powyżej przedstawione regulacje stosuje się do jednostek systemu ochrony zdrowia.

Źródło: NIPiP

Dział merytoryczny NIPiP wyjaśnia

Proszę o informację, jakie obowiązki spoczywają na pielęgniарce udzielającej świadczeń z zakresu opieki długoterminowej zgodnie z przepisami Dz.U. 2015 r. poz. 1658 § 9 ust. 1. pkt 3, w których zawarte jest świadczenie gwarantowane: Świadczenia pielęgnacyjne, zgodne z procesem pielęgnowania?

Przepis art. 4 ust. 1 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej (t.j. Dz.U. z 2012 r. poz. 562 ze zm.) stanowi, iż wykonywanie zawodu pielęgniarki polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w szczególności na:

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

7. edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia.

Obowiązki i zadania spoczywające na pielęgniарce udzielającej świadczeń z zakresu opieki długoterminowej domowej wynikają również z przepisów w/w ustawy oraz z przepisów zawartych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (t.j. Dz.U. z 2015 r. poz. 1658 ze zm.). Zgodnie z § 9. ust. 1 w/w rozporządzenia, świadczenia gwarantowane realizo-

wane przez pielęgniarkę opieki długoterminowej domowej obejmują:

1. świadczenia udzielane przez pielęgniarkę,
2. przygotowanie świadczeniobiorcy i jego rodziny do samoopieki i samopielęgnacji, w tym kształtowanie umiejętności w zakresie radzenia sobie z niesprawnością,
3. świadczenia pielęgnacyjne, zgodnie z procesem pielęgnowania,
4. edukację zdrowotną świadczeniobiorcy oraz członków jego rodziny,
5. pomoc w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych związanych z samodzielnym funkcjonowaniem w środowisku domowym,
6. pomoc w pozyskiwaniu sprzętu medycznego i rehabilitacyjnego, który jest niezbędny do właściwej opieki nad pacjentem.

Udzielając odpowiedzi na tak postawione pytanie, kluczowym będzie wyjaśnienie pojęcia proces pielęgnowania.

Zgodnie z programem kształcenia na pierwszym roku studiów na kierunku pielęgniarstwo, zawartym w załączniku nr 4 do rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 26 lipca 2019 r. w sprawie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentystry, farmaceuty, pielęgniarki, położnej, diagnosty laboratoryjnego, fizjoterapeuty i ratownika medycznego, absolwent nabywa m.in. szczegółową wiedzę z zakresu prowadzenia opieki pielęgniarstwa metodą procesu pielęgnowania, która jest podstawą pracy pielęgniarki i zapewnia ciągłą, zaplanowaną i indywidualną opiekę nad pacjentem. Program kształcenia zawiera również nauczanie praktyczne, pozwalające wdrożyć proces pielęgnowania w przyszłej pracy zawodowej. Biorąc pod uwagę, iż dla pojęcia proces pielęgnowania istnieje kilka definicji, z którymi student w trakcie nauki jest zapoznawany, ogólnie można przyjąć, że proces pielęgnowania polega na zastosowaniu metody w opiece pielęgniarstwa, która polega na rozpoznaniu stanu biologicznego, psychicznego i społecznego pacjenta oraz podejmowaniu celowych i planowych działań mających przyczynić się do utrzymania lub zmiany dotychczasowego stanu, a także ocenianiu uzyskanych wyników. Zatem prawidłowe

prowadzenie opieki wg procesu pielęgnowania wymaga przejścia kilku podstawowych etapów:

1. rozpoznanie stanu bio-psycho-społecznego pacjenta, czyli sformułowanie diagnozy pielęgniarstwa (określenie problemów zdrowotnych, deficytów pielęgnacyjnych) w oparciu o zgromadzone dane poddanych analizie,
2. zaplanowanie opieki,
3. realizacja planu opieki,
4. ocena działań.

Pielęgniarska opieka długoterminowa domowa to opieka nad pacjentem obłożnie i przewlekle chorym, w wielu przypadkach z towarzyszącymi również chorobami współistniejącymi, który w ocenie skalą Barthel otrzymał 40 punktów lub mniej. Może nią być objęty pacjent, który nie wymaga leczenia w warunkach szpitalnych, jednak ze względu na istniejące problemy zdrowotne oraz z powodu niesamodzielności w czynnościach dnia codziennego i niezdolności do samopielęgnacji wymaga zapewnienia kontynuacji leczenia oraz systematycznej i profesjonalnej opieki pielęgniarstwa świadczonej w warunkach domowych.

Z uwagi na różnorodność problemów zdrowotnych pacjenta, zakwalifikowanego do opieki długoterminowej domowej, sprawowanie opieki podejmuje pielęgniarka posiadająca wiedzę, umiejętności i kompetencje nabyte w trakcie kształcenia zawodowego oraz posiadająca dodatkowe kwalifikacje uzyskane w trakcie kształcenia podyplomowego, wymienione w załączniku nr 4 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (t.j. Dz.U. z 2015 r. poz. 1658 ze zm.).

Udzielanie przez pielęgniarkę opieki długoterminowej domowej świadczeń gwarantowanych (wymienionych w § 9 ust. 1 w/w rozporządzenia) wiąże się z podejmowaniem licznych zadań i obowiązków. W odniesieniu do wymienionego w pkt 3 w/w rozporządzenia zapisu: świadczenia pielęgnacyjnego - zgodnie z procesem pielęgnowania zadaniem pielęgniarki będzie realizacja tego świadczenia w oparciu o zastosowanie metody procesu pielęgnowania, czyli rozpoznania u pacjenta deficytów bio-psycho-spo-

łecznych, zaplanowania i realizacja planu opieki leczniczo-pielęgnacyjnej i edukacyjnej oraz dokonanie na koniec każdego miesiąca oceny działań za pomocą karty oceny, której wzór określa załącznik nr 3 do rozporządzenia. Ponadto, w myśl przepisu § 3 ust. 2 w/w rozporządzenia, świadczenia gwarantowane powinny być udzielane zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, z wykorzystaniem metod diagnostyczno-terapeutycznych innych niż stosowane w medycynie niekonwencjonalnej, ludowej lub orientalnej.

Proszę o uściślenie definicji zestawu przeciwwstrząsowego wymaganego w neseseerze pielęgniarki opieki długoterminowej domowej.

Wykaz produktów leczniczych wchodzących w skład zestawu przeciwwstrząsowego, ratującego życie, które mogą być podawane przez pielęgniarkę, położną, w tym przez pielęgniarkę udzielającą świadczeń gwarantowanych w ramach opieki długoterminowej domowej, zostały określone w załączniku nr 3 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 12 stycznia 2011 r. w sprawie wykazu produktów leczniczych, które mogą być dozażnie dostarczane w związku z udzielanym świadczeniem zdrowotnym, oraz wykazu produktów leczniczych wchodzących w skład zestawów przeciwwstrząsowych, ratujących życie (Dz.U. z 2020 r. poz. 1772). Zgodnie z treścią w/w załącznika skład zestawu przeciwwstrząsowego obejmuje:

- 1) Glucosum 20% - roztwór do wstrzykiwań,
- 2) Hydrocortisonum hemisuccinatum - proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań lub infuzji lub odpowiedniki terapeutyczne,
- 3) Natrii chloridum 0,9% - roztwór do wstrzykiwań,
- 4) Adrenalinum 1 mg/ml lub 300 / Ug/0,3 ml lub 150 /jg/0,3 ml lub 1 mg/10 ml - roztwór do wstrzykiwań.

Płyny infuzyjne:

- 1) Glucosum 5% - roztwór do infuzji,
- 2) Natrii chloridum + Kalii chloridum + Calcii chloridum dihydricum- (8,6 mg + 0,3 mg + 0,33 mg)/ml - roztwór do infuzji dożylnych.

Czy pielęgniarka na indywidualnym kontrakcie z NFZ może mieć umowę-zlecenie z nocną i świąteczną opieką pielęgniarską?

Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz.U. z 2020 r. poz. 1398 ze zm.) w art. 132 ust. 3 stanowi, że nie można zawrzeć umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z lekarzem, pielęgniarką, położną, inną osobą wykonującą zawód medyczny lub psychologiem, jeżeli udzielają oni świadczeń opieki zdrowotnej u świadczeniodawcy, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Funduszem. Natomiast art. 55 ust. 3 ww. ustawy zawiera ustawy obowiązek zawarcia przez wojewódzki oddział Funduszu odrębnej umowy na świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.

Paragraf 2 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (t.j. Dz.U. z 2020 r., poz. 320) obejmuje zamknięty katalog rodzajów umów zawieranych przez NFZ, w tym umowy w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna (POZ). Pomimo iż rozporządzenie nie wprowadza odrębnej kategorii umowy w zakresie świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, stwierdzić należy, iż jest to odrębna umowa, usankcjonowana przepisami prawa o randze ustawowej.

Niejako kontynuację odrębności ww. umów stanowią przepisy § 6 ust. 1 i ust. 4 OWU, w myśl których świadczenia udzielane są osobiście przez osoby wykonujące zawody medyczne lub inne osoby posiadające odpowiednie kwalifikacje i uprawnienia do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w określonym zakresie lub

określonej dziedzinie medycyny, zgodnie z załącznikiem do umowy. Natomiast osoby, o których mowa w ust. 1, w czasie wyznaczonym do udzielania świadczeń w harmonogramie pracy nie mogą udzielać świadczeń:

- 1) w innej jednostce organizacyjnej u tego samego świadczeniodawcy,
- 2) u innego świadczeniodawcy.

Pielęgniarka zawierająca umowę z oddziałem wojewódzkim Funduszu w zakresie POZ zobowiązuje się zapewnić dostępność do świadczeń w miejscu ich udzielania od poniedziałku do piątku, w godzinach pomiędzy 8:00 a 18:00, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy, zgodnie z harmonogramem pracy świadczeniodawcy. Powyższy wymóg wynika z pkt 2 ppkt 1 Części I załącznika nr 2 „Wykaz świadczeń gwarantowanych pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej oraz warunki ich realizacji” do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2013 r., poz. 1248 ze zm.). Powyższe regulacje powołane zostały w § 17 zarządzenia Nr 74/2010/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 1 grudnia 2010 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna, zmienionego zarządzeniami: Nr 87/2010/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 grudnia 2010 r., Nr 19/2011/DSOZ z dnia 13 maja 2011 r. oraz Nr 42/2011/DSOZ z dnia 5 września 2011 r.

Świadczeniodawca zawierający umowę z oddziałem wojewódzkim Funduszu w zakresie świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej zobowiązany jest natomiast realizować świadczenia w godzinach od 18:00 do 8:00 dnia następnego

oraz w soboty, niedziele i dni ustawowo wolne od pracy w godzinach od 8:00 danego dnia do 8:00 dnia następnego.

Taki sam wymóg zawarty jest w § 2 ust. 1 pkt 2 Zarządzenia Nr 85/2010/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 23 grudnia 2010 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.

Zestawienie zakresów obu rodzajów umów wskazuje na intencje ustawodawcy, którego celem było zapewnienie ubezpieczonym całodobowej opieki zdrowotnej. Obie umowy uzupełniają się nawzajem. Zawarty w art. 132 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych zakaz zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z lekarzem, pielęgniarką, położną, inną osobą wykonującą zawód medyczny lub psychologiem, jeżeli udzielają oni świadczeń opieki zdrowotnej u świadczeniodawcy, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Funduszem, odnosi się do takiego samego rodzaju i zakresu umowy, a nie do wszelakich umów zawieranych pomiędzy Funduszem a świadczeniodawcami i ich podwykonawcami.

Resumując, zasadnym zatem jest stanowisko, że pielęgniarka, która ma zawartą umowę z NFZ na świadczenia pielęgniarki POZ, może podpisać umowę o podwykonawstwo z pogotowiem ratunkowym na nocną i świąteczną opiekę zdrowotną, ponieważ nie zachodzi w takim przypadku żadna kolizja, jako że są to dwa ustawowo rozłączne zakresy świadczeń, uregulowane różnymi przepisami prawa i różnymi rodzajami umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia.



Opieka pielęgniarska nad pacjentem z wyłonią urostomią w przebiegu raka pęcherza moczowego

Wstęp

Rak, atakując pęcherz moczowy, często prowadzi do konieczności dokonania cystektomii. Jak wówczas wyprowadzać na zewnątrz organizmu szkodliwe metabolity, gdy cała fizjologia układu moczowego zostaje głęboko zaburzona? Rozwiązaniem powyższego problemu jest właśnie urostomia, która umożliwia swobodny odpływ moczu i jego bezpieczne gromadzenie się w worku urostomijnym poza wnętrzem ludzkiego ciała.

Celem pracy jest przede wszystkim spopularyzowanie pojęcia urostomii, a także działań pielęgniarskich podejmowanych wobec pacjentów z wyłonią urostomią. Temat niniejszej pracy licencjackiej jest merytorycznie nośny i użyteczny ze względu na coraz częstsze upowszechnienie zabiegów związanych z wytwarzaniem sztucznych przetok.

Opieka pielęgniarska nad pacjentem z wyłonią urostomią

U pacjentów zakwalifikowanych do zabiegu wyłonięcia urostomii lub z już wytworzoną przetoką moczowo-skórną, pojawiają się różnorodne i złożone problemy pielęgnacyjne. Opiekę nad pacjentem sprawuje pielęgniarka stomijna, która powinna wykazywać się bogatą wiedzą i doświadczeniem w zakresie pielęgnacji przetoki. To pielęgniarka jest osobą, spędzającą z pacjentem najwięcej czasu: przygotowuje go do zabiegu, wyznacza odpowiednie miejsce wyłonięcia urostomii, a w końcu pielęgnuje przetokę i uczy pacjenta samopielęgnacji. [Bocheńska M. 2015, s. 16]

Nowa specjalność - enterostomaltherapynursing - czyli pielęgniarstwo stomijne narodziło się w latach 70 XX wieku w Stanach Zjednoczonych i współcześnie jest bardzo rozpowszechnione na całym świecie, również w Polsce. Rolą pielęgniarki stomijnej jest bardzo zindywidualizowane podejście do pacjenta i wspieranie go w aspekcie biologicznym, społecznym, psychicznym i duchowym. W modelu opieki nad chorym z urostomią wyróżnić możemy dwa zasadnicze okresy: przedoperacyjny i po-

operacyjny. [Pikor K., Tereszkievicz J., Bar K. 2011, s. 31]

Opieka przedoperacyjna

Edukacja pacjenta przed zabiegiem wyłonięcia stomii jest jednym z najważniejszych aspektów pracy pielęgniarki stomijnej. Chory powinien uzyskać jak najwięcej informacji na temat przetoki moczowo-skórnej, bo od tego zależy jakość jego życia po zabiegu. Udzielając informacji i rad pielęgniarka musi dostosować ich formę i sposób przekazywania do poziomu inteligencji i emocjonalnego stanu pacjenta. Edukacja powinna obejmować również rodzinę pacjenta szczególnie w sytuacjach, gdy możliwość samoopieki chorego jest ograniczona przez następujące czynniki: zaburzenia psychiczne, starość, unieruchomienie, niepomysłne rokowanie, niezdolność do uczenia się, negatywny stosunek do leczenia. [Sobczak U. 2017, s. 43]

Edukacją należy objąć również opiekunów spoza rodziny, jeśli pacjent jest osobą samotną - w takiej sytuacji choremu przysługuje prawo do opieki domowej lub środowiskowej oraz do indywidualnych konsultacji z pielęgniarką stomijną. [Pikor K. 2016, s. 14]

W okresie przedoperacyjnym edukacja pacjenta i/lub jego rodziny obejmuje:

- wyjaśnienie samego terminu „urostomii”,
- wyjaśnienie celu, metody i sposobu wyłonięcia przetoki,
- przedstawienie metody znieczulenia,
- omówienie przygotowania do operacji,
- udzielenie odpowiedzi na wszystkie pytania i wątpliwości pacjenta,
- omówienie planu opieki poopercyjnej (leczenie bólu, leczenie ewentualnych wymiotów i nudności, wczesne uruchamianie, przygotowanie do samopielęgnacji).

Jednym z najistotniejszych elementów edukacji przed zabiegiem jest zapoznanie pacjenta z podstawowym sprzętem urostomijnym. [Pikor K., Tereszkievicz J., Bar K. 2011, s. 32-33]

Dobry sprzęt urostomijny powinien posiadać następujące cechy: łatwość opróżniania zawartości, szczelność, prostota obsługi, odpowiednia pojemność, elastyczność i dyskretność, brak drażniącego wpływu na skórę, dopasowanie anatomiczne, dobra przylepność do skóry, odporny na wymywanie przylepiec, dyskretność, brak odgłosów pluskania. [Pikor K. 2008, s. 23]

Dobierając odpowiedni sprzęt dla konkretnego pacjenta należy przede wszystkim zwrócić uwagę na rodzaj przetoki, jej wielkość i lokalizację, wrażliwość skóry, możliwość samoopieki, zaangażowanie opiekunów lub jego brak. [Pikor K. 2016, s. 14]

Sprzęt urostomijny dostępny jest w systemie jedno i dwuczęściowym.

Jednoczęściowy system jest bardziej elastyczny i dzięki temu cechuje się większymi możliwościami w kwestii dopasowania do powłok brzusznych. Składa się tylko z worka zaopatrzonego w przylepiec, który może być przyklejony na skórze przez trzy dni i dłużej.

System dwuczęściowy złożony jest z worka i płytki. Płytką może pozostać na skórze przez kilka dni, wymienia się tylko (w zależności od potrzeb) worki. Istnieje możliwość dopasowania otworu płytki do wielkości konkretnej stomii poprzez odpowiednie docięcie. [Pikor K., Ławiński J. 2007, s. 51]

Worki urostomijne występują w dwóch wariantach kolorystycznych: przezroczyste, które umożliwiają obserwację stomii i wydzielającej się z niej treści oraz beżowe zapewniające dyskrecję poprzez dopasowanie barwy do odcienia skóry. Wszystkie worki w części przylegającej do powłok brzusznych są pokryte miękką, przyjemną w dotyku fizeliną zapewniającą izolację i nie wywołującą podrażnień. Worki urostomijne posiadają system, który zapobiega cofaniu się moczu, posiadają również zawory odpływowe, dające możliwość podłączenia do nich dodatkowego worka na mocz posiadającego większą pojemność (od 350 do 2000 ml). Worki na mocz są zaopa-

trzone w dren, którego długość można modyfikować poprzez przycięcie i który zapewnia stały odpływ moczu dzięki swojej karbowanej powierzchni zapobiegającej zaginaniu się. Worki posiadają oczywiście zawór odpływowy, system antyzwrotny usuwający ryzyko cofania się moczu oraz warstwę fizeliny od strony wewnętrznej w celu ochrony skóry przed odparzeniami. [Pikor K. 2016, s. 14-15]

Edukacja prowadzona przed zabiegiem obejmuje również: naukę efektywnego kaszlu i ćwiczeń oddechowych zapobiegających powikłaniom ze strony układu oddechowego oraz naukę ćwiczeń biernych zapobiegających zakrzepicy żylnej.

Oprócz działań edukacyjnych na przygotowanie pacjenta do zabiegu składa się szereg innych czynności pielęgniarstwa, z których najważniejsze to wyznaczenie miejsca przyszłej urostomii. [Pikor K., Tereszkiewicz J., Bar K. 2011, s. 34]

Najczęściej miejsce przetoki wyznacza się niezmywalnym pisakiem w szpitalu dzień przed zabiegiem; dokonuje się tego w pozycji leżącej, stojącej i siedzącej. Odcinek brzucha, na którym planuje się umiejscowienie przyszłej urostomii powinien posiadać następujące cechy:

- gładka powierzchnia,
- linia powyżej lub poniżej pasa (umożliwia ukrycie worka pod ubraniem),
- na przebiegu mięśnia prostego brzucha (zmniejsza ryzyko przepukliny okołostomijnej),
- dobra widoczność i dostępność dla pacjenta,
- oddalenie od cięcia chirurgicznego o ok. 4-5 cm,
- oddalenie od kości biodrowej, poprzecznych blizn, aktualnych przetok i drenażu,
- nie może znajdować się na fałdach, wybrzuszeniach, obszarach objętych schorzeniami skórnymi takimi jak łuszczyca oraz w obszarach, gdzie istnieje utrata masy ciała. [Sobczak U. 2017, s. 39-42]

Po ustaleniu miejsca na stomię powinno się przykleić do skóry pacjenta „na próbę” sprzęt urostomijny, aby ocenić czy dobrze przylega podczas zmiany pozycji ciała. Można worek pozostawić na brzuchu na dłuższy okres czasu, co pozwoli choremu oswoić się

z nim jeszcze przed wyłonieniem urostomii. [Juszczak M. 2012, s.301]

Najczęstszym miejscem wyznaczonym dla urostomii jest prawa strona brzucha, poniżej pępka albo po jego obu stronach. [Pikor K., 2008, s. 22]

Wyznacznikiem lokalizacji stomii są nie tylko tak oczywiste parametry jak budowa ciała czy stan ogólny pacjenta, ale również jego lateralizacja a nawet wyznanie religijne. Muzułmanie na przykład mogą dotyczyć stomii wyłącznie lewą ręką. [Wojciechowski A. 2004, s. 32]

Opieka pooperacyjna

W pierwszych godzinach po wyłonieniu urostomii rolą pielęgniarki jest przede wszystkim monitorowanie podstawowych parametrów życiowych pacjenta, podawanie leków przeciwbólowych, ocena poziomu bólu pooperacyjnego, reakcji emocjonalnej pacjenta związanej z obecnością przetoki oraz ocena wyglądu urostomii, obserwowanie rany pooperacyjnej, kontrolowanie położenia cewników, prowadzenie profilaktyki powikłań pooperacyjnych i dokładnego bilansu płynów. [Pikor K., Tereszkiewicz J., Bar K. 2011, s. 34]

Przez pierwsze dni po zabiegu chirurgicznym używa się wyłącznie przezroczystych worków urostomijnych, co umożliwi dokładną obserwację przetoki (kolor, kształt, wydzielina). Aby zminimalizować ból przy zakładaniu dwuczęściowego sprzętu urostomijnego, należy najpierw połączyć worek z płytką i dopiero wówczas całość przykleić do skóry. Można używać również płytek akordeonowych, które wywierają mniejszy nacisk na brzuch.

Już od pierwszej doby należy w odpowiedni sposób pielęgnować skórę wokół stomii, aby przeciwdziałać powstawaniu stanom zapalnym. W pielęgnację przetoki należy jak najwcześniej włączyć pacjenta, ucząc go zasad samoopieki w tym zakresie. [Sobczak U. 2017, s.89]

Prawidłowa urostomia jest okrągła, wystaje od 1cm do 3 cm ponad powierzchnię skóry, jest lekko wilgotna, posiada różowoczerwony kolor, wypływa z niej mocz i śluz (w przypadku ureoileocutaneostomii). [Juszczak M. 2012, s.300]

Skóra wokół przetoki musi być utrzymana w idealnej czystości. Po każdej

wymianie sprzętu urostomijnego koniecznie należy ją umyć wodą z mydłem o przyjaznym dla niej pH, a następnie dobrze ją osuszyć (najlepiej myć zataczając koliste ruchy od zewnątrz do środka). [Szortyka E. 2011, s. 202]

Przed przyklejeniem nowej płytki/worka otoczenie przetoki musi być suche, nie natłuszczone i przede wszystkim czyste. Jeśli w pobliżu urostomii są blizny, bruzdy lub inne nierówności trzeba je przed przyklejeniem sprzętu wypełnić za pomocą pasty uszczelniającej lub pierścienia uszczelniającego, co zapobiegnie wyciekaniu moczu pod płytkę.

W celu ułatwienia pielęgnacji skóry można używać specjalnie do tego celu przeznaczonych środków higienicznych dostępnych na rynku takich jak: zmywacze, kremy ochronne, nasączone chusteczki czy tzw. „drugą skórę”.

Systematycznie należy również usuwać owłosienie wokół przetoki, stosując przy tym maksimum ostrożności, aby nie skaleczyć skóry. [Pikor K. 2008, s. 24-25]

Kolejnym ważnym aspektem zaopatrzenia przetoki moczowo - skórnej jest wymiana sprzętu urostomijnego. W zależności od rodzaju urostomii przedstawiono poniżej zasady postępowania z uwzględnieniem różnic w zaopatrzeniu sprzętowym poszczególnych stomii:

1. Nefrostomia - jeśli jest definitywna cewnik wymaga okresowej wymiany (silikonowy co 3 miesiące zaś lateksowy co miesiąc). Pacjent może używać w przypadku tej przetoki sprzętu jednoczęściowego (worek urostomijny), przy czym nie ma tutaj potrzeby poszerzenia otworu urostomijnego z powodu niewielkiej średnicy cewnika wyprowadzającego mocz na zewnątrz. Cewnik można połączyć również z workiem na zbiórkę moczu, ale wówczas istnieje konieczność wymiany opatrunku wokół cewnika mniej więcej co 2 dni przy jednoczesnej obserwacji i kontroli jego położenia. [Pikor K., Ławiński J. 2007, s. 51]

Przy zmianie worka do dobowej zbiórki moczu należy pamiętać o umieszczeniu go poniżej poziomu nerki i o dezynfekcji łączącego się z nim cewnika. Należy również poinformować pacjenta o konieczności przestrzegania terminu wymiany drenu. [Trochimiuk A. 2017, s. 520-521]

2. Cystostomia – w przypadku tej przetoki można wykorzystywać sprzęt jednoczęściowy lub dwuczęściowy (z powodu łatwego dostępu). Cewnik również wymaga okresowej wymiany podobnie jak w przypadku nefrostomii. Oczywiście w przypadku niedrożności dren należy wymienić natychmiast. [Pikor K., Ławiński J. 2007, s. 52]

Cewnik dezynfekujemy przed połączeniem go z workiem do zbiórki moczu, zaś sam worek umieszczamy poniżej poziomu pęcherza moczowego. Dodatkowo dren możemy po wymianie opatrunku umocować plastrem, aby umożliwić swobodne poruszanie się bez jednoczesnego napinania cewnika (plaster można zastosować również w przypadku nefrostomii). Na zlecenie lekarza można wykonać przepłukanie drenu cystostomijnego środkiem odkazającym np. 3% kwasem bornym lub 1% roztworem neomycyny. [Trochimiuk A. 2017, s. 520-521]

3. Ureteroileocutaneostomia – pacjenci w ciągu dnia używają najczęściej worków urostomijnych zarówno jedno- jak i dwuczęściowych, a na noc dodatkowo zaopatrują się w worki do nocnej zbiórki moczu, które mają większą pojemność. Otwór w przylepcu należy przyciąć odpowiednio do wielkości urostomii, tak aby nie dochodziło do uciskania jelita. [Pikor K. Ławiński J. 2007, s. 53] Najlepiej aby wielkość otworu była większa o 1-2 mm od wielkości przetoki, zaś średnica płytki urostomijnej powinna być około 2- 2,4 cm większa od średnicy urostomii. [Juszczak M. 2012, s. 319]

Wymiany sprzętu najlepiej dokonać rano, bo wydzielanie moczu jest wówczas najmniejsze. Jeśli pacjent wymienia worek sam, powinien robić to przed lustrem w pozycji stojącej. Gdy skóra wokół przetoki nie jest gładka należy użyć pasty lub pierścienia uszczelniającego pod worek lub płytkę urostomijną. Oczywiście istnieje konieczność opróżniania worka z moczu w ciągu dnia (o czym należy poinformować pacjenta) poprzez odkręcenie specjalnego zaworka. Zaworka nie zamyka się, gdy do worka urostomijnego podłączony jest dodatkowo worek na mocz. [Juszczak M. 2012, s. 319-320]

Przed przyklejeniem płytki do ciała można ją ogrzać np. suszarką do włosów lub własnymi dłońmi, gdyż ciepła płytka urostomijna jest elastyczniejsza i co za tym idzie łatwiej przylega do skóry, zaś przed odklejeniem worka lub płytki urostomijnej dobrze jest, aby pacjent zakasłał – umożliwia to opróżnienie jelita z moczu i utrzymanie suchości na czas wymiany sprzętu. Należy również pamiętać o oczyszczeniu stomii z nadmiaru śluzu a następnie na czas toalety skóry otaczającej przetokę o zabezpieczeniu jej otworu jałowym gazikiem. [Trochimiuk A. 2017, s. 523 - 524]

4. Ureterocutaneostomia – w przypadku połączenia moczowodów ze skórą zaopatrujemy je w sprzęt urostomijny na zasadach podobnych do ureteroileocutaneostomii. Jeśli natomiast w moczowód został wszczepiony cewnik wystający na zewnątrz powłok brzusznych, to należy go umyć jałowym gazikiem, odkazić i dopiero wówczas ostrożnie umieścić w worku urostomijnym. [Trochimiuk A. 2017, s. 524 - 525]

Po zabiegu wytworzenia przetoki moczowo - skórnej bardzo ważna jest również edukacja pacjenta w zakresie właściwego odżywiania. Oto najważniejsze zalecenia dietetyczne:

- pić 2 litry lub więcej płynów na dobę (przeciwdziała to zagęszczaniu moczu, co w konsekwencji może doprowadzić do niedrożności cewników, a także podnosi ryzyko kamicy moczowej),
- ograniczyć spożycie szczawianów (zwiększają ryzyko powstania kamieni moczowych),
- zapewnić odpowiednią podaż wapnia (nadmiar wapnia przyczynia się do powstawania kamieni, zaś jego niedobór do osteoporozy),
- ograniczyć ilość czerwonego mięsa w diecie (zwiększa ryzyko powstawania kamieni moczowych zwłaszcza u osób z podwyższonym poziomem kwasu moczowego),
- zmniejszyć spożycie soli,
- zmniejszyć podaż pokarmów zasadowych; alkohol tylko w niewielkich ilościach,
- stosować urozmaiconą dietę, gwarantującą prawidłowy odczyn moczu (pH 6,5-7), [Pikor K. 2008, s. 24-25]
- u osób ze stomią zaopatrzoną w cewniki, zwiększa się ryzyko zakażenia

dróg moczowych, aby mu przeciwdziałać chory powinien przyjmować duże ilości witaminy C i zadbać o produkty w diecie, które mają zdolność obniżania pH moczu (sery, drób, ryby, jaja, produkty zbożowe, śliwki, borówki, żurawinę); można stosować metioninę (zakwasza mocz). [Pikor K., Ławiński J. 2007, s. 46]

Oprócz wskazówek dietetycznych pielęgniarka powinna przekazać pacjentowi następujące zalecenia, których przestrzeganie jest niezwykle ważne w zapewnieniu prawidłowego funkcjonowania urostomii i przeciwdziałania powikłaniom – mianowicie pacjent powinien pamiętać o:

- konieczności kontrolowania zabarwienia moczu, jego zapachu i ilości (np. zbyt mała ilość wypijanych płynów sprawi, że mocz będzie ciemny i gęsty),
- konieczności kontrolowania stanu skóry wokół przetoki oraz wyglądu urostomii,
- konieczności pobierania moczu do badań tylko z cewnika lub nowo założonego worka urostomijnego,
- przestrzeganiu terminów zleconych wizyt kontrolnych i badań,
- przestrzeganiu terminów okresowej wymiany cewników,
- zabieraniu z sobą zawsze zestawu zapasowego sprzętu urostomijnego,
- prowadzeniu bilansu płynów. [Pikor K. 2008, s.25]

Pacjent przed wypisem ze szpitala powinien również otrzymać od pielęgniarki informacje dotyczące lokalizacji poradni, gdzie może w przyszłości zasięgnąć wskazówek dotyczących pielęgnacji stomii i uzyskać pomoc w leczeniu ewentualnych powikłań. Jest to o tyle konieczne, że przetoka zmienia swój wygląd parę miesięcy po zabiegu i sprzęt stosowany w pierwszych tygodniach po wyłonieniu stomii może nie spełniać oczekiwań po upływie pewnego okresu czasu.

Na zakończenie warto zwrócić uwagę, że pacjenci z wylonioną urostomią, oprócz pomocy w zakresie pielęgnacji przetoki i zaopatrzenia sprzętowego, potrzebują również wsparcia psychologicznego i niejednokrotnie psychoterapii, której może im udzielić również wyspecjalizowana pielęgniarka stomijna. [Sobczak U. 2017, s.384]

Studium indywidualnego przypadku

Pacjent, który wyraził zgodę, by jego historia choroby stała się przedmiotem badań opisanych w pracy licencjackiej to 56 letnim mieszkańiec Krosna. Mężczyzna w 2018 roku zgłosił się do lekarza zaniepokojony pojawieniem się u niego krwiomoczu. Przeprowadzone badania histopatologiczne pozwoliły postawić diagnozę: naciekający rak uroterialny G2 high grade zlokalizowany w okolicy szyi pęcherza moczowego. W grudniu 2018 roku u mężczyzny wykonano cystotomię i usunięto guz z jednoczesnym obustronnym zaszynowaniem moczowodów cewnikami typu DJ. Kontrolna cystosko-

pia zrodziła podejrzenie wznowy choroby w związku z czym przeprowadzono u pacjenta w celach diagnostycznych zabieg TURT, wykonano również w tym celu badanie TK jamy brzusznej i miednicy. Badania potwierdziły obecność litego naciekającego guza pęcherza moczowego na ujście moczowodowe i prostatę oraz brodawkowate zmiany w obrębie śluzówki pęcherza. Pacjentowi zlecono chemioterapię neoadjuwentową (Cisplatyna, Gemsol), która miała poprzedzać leczenie zasadnicze czyli cystoprostatektomię. Po przejściu chemioterapii neoadjuwentowej w celu wykonania wyżej wymienionego chirurgicznego zabiegu chory został przyję-

ty w Oddział Urologii i Urologii Onkologicznej. Po przygotowaniu wg protokołu ERAS i konsultacji anestezjologicznej wykonano u pacjenta cystoprostatektomię radykalną z wytworzeniem przetok moczowodowo-skrónych w śródbrzuchu po stronie lewej i prawej. Choremu założono dren Petzera do miednicy małej, dren Redona do przestrzeni zaotrzewnowej w okolicę prawostronnej ureterocutaneostomii i dren Redona do przestrzeni zaotrzewnowej w okolicę lewostronnej ureterocutaneostomii. W przebiegu śródoperacyjnym pacjentowi przetoczono 4 j. KKCz.

Wybrane diagnozy pielęgniarskie i realizowanie opieki pielęgniarskiej w świetle literatury

Diagnoza 1. Niedostateczna wiedza na temat pielęgnacji urostomii i zaleceń dietetycznych obowiązujących po wytworzeniu przetoki urologicznej spowodowana brakiem edukacji		
Niedostateczna wiedza – niewystarczająca ilość informacji lub ich całkowity brak na temat określonych problemów. [Olinzock i Bloom, 2011]		
Objawy subiektywne:		Objawy obiektywne:
1	Weralizowanie braku wiedzy na temat pielęgnacji urostomii i zaleceń dietetycznych.	Nieprawidłowa samo pielęgnacja urostomii potwierdzona obserwacją pacjenta.
2	Okazywanie lęku, niepewności i niechęci do samopielęgowania przetok.	
Cel opieki pielęgniarskiej – Uzupelnienie wiedzy w czasie 10 dni.		
Interwencje pielęgniarskie		Uzasadnienie empiryczne
1	Dostarczenie informacji na temat właściwej pielęgnacji skóry wokół przetok.	Dbanie o skórę wokół urostomii jest najważniejszym zabiegiem profilaktycznym zapobiegającym powstawaniu stanów zapalnych skóry. [Sobczak U. 2017, s.89]
2	Uświadomienie konieczności zakładania we wczesnym okresie pooperacyjnym przezroczystych worków urostomijnych oraz konieczności obserwacji przetok.	Obserwacja urostomii i skóry wokół przetok oraz kontrola ilości i zabarwienia moczu umożliwia wczesne wykrycie ewentualnych powikłań. [Pikor K. 2008, s.25]
3	Dostarczenie informacji na temat prawidłowej wymiany sprzętu urostomijnego ze szczególnym uwzględnieniem wycięcia odpowiedniego otworu w płytce.	Otwór w płytce przycięty odpowiednio do wielkości urostomii, zapobiega uciskowi tkanek. [Pikor K. Ławiński J. 2007, s. 53] Precyzyjne przyleganie sprzętu urostomijnego do ciała chroni skórę przed drażniącym działaniem moczu i zapobiega tym samym powstawaniu stanów zapalnych. [Cierzniaowska K. 2008, s.136-138]
4	Uświadomienie pacjentowi konieczności noszenia specjalnego pasa antyprzepuklinowego przez około 3 miesiące po operacji.	Noszenie pasa zapobiega powstawaniu przepukliny okołostomijnej. Pas jest wskazany również wtedy, gdy dojdzie już do powstania przepukliny, ponieważ przeciwdziała jej powiększaniu. [Sobczak U. 2017, s.106-107]
5	Dostarczenie informacji na temat zaleceń dietetycznych obowiązujących po zabiegu wytworzenia przetok moczowodowo – skórných.	Stosowanie odpowiedniej diety zmniejsza ryzyko powstawania kamieni moczowych [Pikor K. 2008, s. 24-25] oraz zmniejsza ryzyko zapalenia skóry wokół przetoki. [Cierzniaowska K. 2008, s.136-138]
6	Codziennie ocenianie poziomu bólu, nastroju i motywacji pacjenta do uczenia się.	EBN: każdy pacjent jest jednostką o niepowtarzalnych cechach osobowości, w związku z czym indywidualne przekonania, oczekiwania i motywacje mają wpływ na proces przyswajania wiedzy.[Price, 2008] EBN: gotowość do uczenia się jest czynnikiem zmiennym uzależnionym od stanu fizycznego i emocjonalnego pacjenta. [Olinzock, 2004]
7	Monitorowanie i ocena przetwarzanych przez pacjenta informacji.	EBN: pacjenci w różnym stopniu przetwarzają dostarczane informacje w związku z czym niektórzy mogą potrzebować większej ilości edukacyjnych interwencji. [Suhonen, Valimaki, Leino – Kilpi, 2008]
8	Dostarczenie informacji na temat lokalnych grup wsparcia dla pacjentów z wylonioną stomią np. Pol-ilko (oddział w Rzeszowie).	EB: opieka grupowa kładąca nacisk na indywidualne podejście do problemów pacjenta jest skuteczniejsza niż nauczanie indywidualne [Deakin et al., 2006]
Wynik opieki - Uzupelniono wiedzę chorego. Cel osiągnięto.		

Diagnoza 2. Ryzyko infekcji skóry wokół przetok spowodowane przerwaniem ciągłości skóry, drażniącym działaniem moczu oraz deficytem wiedzy	
Ryzyko infekcji – podatność organizmu na zakażenia tkanek chorobotwórczymi drobnoustrojami. [Kowalewska M., Kózka M. 2011, str. 191]	
Potencjalne objawy subiektywne i obiektywne:	
1	Dolegliwości bólowe.
2	Zaczerwienienie skóry, obrzęk.
3	Gorączka.
4	Nieprawidłowa wydzielina.
Istniejące czynniki ryzyka:	
Choroby współistniejące: choroba nowotworowa, cukrzyca nieinsulinozależna.	
Deficyt samoobsługi o natężeniu 40 pkt wg skali Barthel.	
Przejęcie zabiegu operacyjnego w obrębie jamy brzusznej.	
Deficyt wiedzy na temat samo pielęgnowania urostomii.	
Cel opieki pielęgniarzkiej - Zapobiegnięcie infekcji do czasu pozostawania pacjenta w oddziale.	
Interwencje pielęgniarzkie	
Uzasadnienie empiryczne	
1	Mycie skóry wokół przetoki wodą z mydłem o łagodnym pH po każdej wymianie sprzętu urostomijnego, a następnie dokładne osuszenie skóry.
2	Zakładanie dwuczęściowego sprzętu urostomijnego o przezroczystym worku i obserwacja ewentualnych oznak zakażenia.
3	Wycinanie odpowiedniego otworu w płytce urostomijnej oraz precyzyjne dopasowanie płytki do powierzchni skóry.
4	Dostarczenie informacji na temat zaleceń dietetycznych obowiązujących po zabiegu wytworzenia przetok moczowodowo-skórnych: wypijanie 2 litrów lub więcej płynów na dobę, ograniczenie spożycie szczawianów, alkoholu, soli, czerwonego mięsa.
5	Codzienna toaleta ciała pacjenta ze szczególnym uwzględnieniem higieny jamy ustnej i okolic krocza.
6	Mycie rąk lub ich dezynfekcja przed każdorazowym zaopatrzeniem urostomii.
7	Codzienny pomiar temperatury ciała.
Wynik opieki – Do infekcji nie doszło. Cel osiągnięto.	

Diagnoza 3. Brak akceptacji choroby spowodowany długotrwałym leczeniem onkologicznym i wytworzeniem ureterocutaneostomii.	
Brak akceptacji – brak zgody na coś, brak pozytywnego stosunku do czegoś. [Widomska – Czekajaska T., Górajek- Józwick J. 2010, s.35]	
Objawy subiektywne:	
1	Weralizowanie niezadowolonia z siebie.
2	Unikanie patrzenia na urostomię.
3	Niechęć do kontaktów z otoczeniem.
4	Oslabienie psychofizyczne.
5	Obniżony nastrój, apatia.
Objawy obiektywne:	
Brak akceptacji choroby o natężeniu 10 pkt. wg skali AIS.	
Cel opieki pielęgniarzkiej – Akceptacja choroby o natężeniu 20 pkt. wg skali AIS w czasie 10 dni.	
Interwencje pielęgniarzkie	
Uzasadnienie empiryczne	
1	Zachęcanie do skorzystania z pomocy psychoterapeuty lub psychologa.
2	Stosowanie wobec pacjenta psychoterapii elementarnej realizowanej poprzez: uważne słuchanie i milczenie terapeutyczne, okazywanie życzliwości, empatii, kontrolowanie własnych emocji w kontakcie z pacjentem, budowanie klimatu bezpieczeństwa i zaufania.
3	Zidentyfikowanie głównych źródeł negatywnej samooceny przez pacjenta.
4	Odkrycie i wzmacnianie u pacjenta osobistych mocnych stron i pozytywnych ocen samego siebie.
Psychoterapia pomaga rozładować lęk. Jej celem jest wgląd w siebie i uświadomienie sobie własnych ograniczeń. [Wilczek-Rużyczka E, Pieczyrak U, 2008 s. 265]	
Psychoterapia elementarna łagodzi negatywne emocje wywołane przez chorobę i mobilizuje siły obronne organizmu pacjenta. [Walewska E. 2010, s. 110] EBN: ważnymi aspektami opieki pielęgniarzkiej jest pielęgnacja i słuchanie. [Parrish, Penden, Staten, 2008]	
EBN: „Ocena własnego ciała i samoocena są istotnie ze sobą powiązane”. [Jones et al., 2008]	
EBN: pacjenci którzy mają niską samoocenę potrzebują potwierdzenia swojej wartości. [Raty, Gustafsson, 2006]	

5	Spędzanie czasu z pacjentem, prowadzenie efektywnej komunikacji.	EBN: podczas komunikacji ważna jest opieka i obecność. [Mantha et al., 2008]
6	Zachęcanie do nawiązania kontaktu zlokalnymi grupami wsparcia dla pacjentów z wylonioną stomią, np. Pol – ilko (oddział w Rzeszowie).	EBN: na poczucie własnej wartości bardzo negatywny wpływ ma izolacja społeczna. [Stuart - Shor et al., 2003]
Wynik opieki – Akceptacja choroby o natężeniu 15 pkt. wg skali AIS. Celu nie osiągnięto.		

Diagnoza 4. Ostry ból brzucha spowodowany ranami pooperacyjnymi.

Ból – nieprzyjemne wrażenie emocjonalne i zmysłowe mające charakter subiektywny, które powstaje pod wpływem bodźców zagrażających uszkodzeniem tkanek lub bezpośrednio je uszkadzających. [Kowalewska M. 2008, s. 213]

Objawy subiektywne:		Objawy obiektywne:
1	Wербalizowanie bólu.	Ból o natężeniu 4 pkt wg skali NRS.
2	Obniżony nastrój.	
3	Grymas cierpienia na twarzy podczas poruszania się.	

Cel opieki pielęgniarskiej – Ból o natężeniu 1 pkt. wg skali NRS w czasie 1 godziny.

Interwencje pielęgniarskie		Uzasadnienie empiryczne
1	Zachęcanie pacjenta do stosowania niefarmakologicznych metod wspomagających leczenie bólu takich jak: słuchanie ulubionej muzyki, kontakt z przyjacielem/rodziną, wizualizacja.	Działania kognitywno-behawioralne pozwalają pacjentowi brać aktywny udział w leczeniu. [Lassetter, 2006; APS, 2009]
2	Nauczenie pacjenta posługiwania się skalą NRS, aby szybko i precyzyjnie można było określić przy jakim poziomie bólu możliwe są takie czynności jak poruszanie się, kaszel, głębokie oddychanie itp. Poinformowanie pacjenta, aby zgłaszał pielęgniarkę, gdy przekroczy poziom bólu uniemożliwiający wykonywanie powyższych podstawowych czynności.	Plan leczenia bólu opiera się o ustalony poziom komfortu pacjenta. [Pasero i McCaffery, 2004]
3	Unikanie podawania leków domięśniowo.	Podawanie leków i.m. nie jest polecane ze względu na niepewne wchłanianie leków. [Pasero, 2003; APS 2008] Iniekcje domięśniowe mogą też prowadzić do przewlekłego bólu neuropatycznego i do uszkodzenia nerwów. [APS, 2008]
4	Niwelowanie bólu za pomocą podawania leków przeciwbólowych zgodnie ze zleceniem lekarskim: Ketonal 100 mg (2 razy dziennie w 20 ml NaCl), Pyralgina 1,5 g (2 razy dziennie w 20 ml NaCl), OxyNorm bolus 2 mg (doraźnie w przypadku bardzo silnego bólu).	Niefarmakologiczne metody leczenia bólu powinny być dodatkiem a nie zamiennikiem. [APS, 2009]
5	Ocenianie poziomu bólu co 3 godziny za pomocą skali NRS.	EB: „Pojedyncze oceny bólu są ważną i wiarygodną miarą jego intensywności” [Breivik et al., 2008] Ból uznawany jest za piąty parametr życiowy, dlatego jego kontrola jest niezwykle istotna. [APS, 2008]

Wynik opieki – Ból o natężeniu 1 pkt. wg skali NRS. Cel osiągnięto w czasie 1 godziny.

Wnioski

Pacjent prezentował deficyt wiedzy i umiejętności z zakresie samopielęgnacji i samoopieki.

Badany nie akceptował choroby nowotworowej i związanych z nią ograniczeń, pomimo zaplanowanych i zrealizowanych interwencji pielęgniarskich.

Trudności z doborem i wymianą sprzętu urostomijnego oraz pielęgnacją skóry wokół przetok należą do głównych problemów opiekuńczo-pielęgnacyjnych.

Pielęgnacja urostomii i skóry wokół niej wymaga zastosowania odpowiednich środków pielęgnacyjnych, wykonania zgodnie z procedurą zmiany worka urostomijnego, a także wnikliwej obserwacji skóry wokół przetoki w celu wczesnego wykrycia ewentualnych powikłań.

Brak akceptacji choroby otwiera pole do ewentualnych dalszych badań mogących dostarczyć odpowiedzi na pytanie: Czy zaplanowanie opieki pielęgniarskiej na dłuższy okres czasu i wydłużenie terminu realizacji celu, pozwoliłoby uzyskać pozytywny stosunek chorego do sytuacji, w której się znalazł.

*Autor – lic. Agnieszka Chrzęszcz
Promotor – mgr Małgorzata Moskal –
Szybka*

Literatura:

Ackley B., Ladwig G.(red.): Podręcznik diagnoz pielęgniarskich. Przewodnik planowania opieki opartej na dowodach naukowych. GC Media House Sp. z o. o., Warszawa 2011.

Bocheńska M.: Pierwsze chwile po operacji wylonienia stomii. Magazyn pielęgniarki i położnej, nr 4/2015.

Cierzniakowska K.:Urostomia – zmiany skórne wokół przetoki. Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne, nr 4/2008.

Juszczak M.: Procedury w urologii. [W:] Procedury pielęgniarskie w chirurgii, pod red. Walewska E., Ścisło L. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2012.

Kowalewska M., Kózka M.: Infekcje/ryzyko wystąpienia. [W:] Diagnozy i interwencje pielęgniarskie, pod red. Kózka M., Płaszewska – Żywko L. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008.

Pikor K., Ławiński J.: Urostomia - przetoka moczowo – skórna. Przegląd Urologiczny, nr 6/2007.

Pikor K., Tereszkiwicz J., Bar K.: Opieka przed- i pooperacyjna nad chorym z urostomią. Przegląd Urologiczny, nr 6/2011.

Pikor K.: Pielęgowanie chorego z urostomią. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne*, nr 1/2008.

Pikor K.: Przetoka moczowodowo-skórna – pielęgnowanie trudnej urostomii, powikłania. *Przegląd Urologiczny*, nr 4/2009.

Pikor K.: Urostomia. *Opieka onkologiczna*, nr 1/2016.

Sobczak U.: Edukacja pacjenta. [W:] *Stomia. Prawidłowe postępowanie chirurgiczne i pielęgnacja*, pod red. Banasiewicz T., Krokowicz P., Szczepkowski M. Termedia Wydawnictwa Medyczne, Poznań 2017.

Sobczak U.: Opieka pielęgniarska. [W:] *Stomia. Prawidłowe postępowanie chirurgiczne i pielęgnacja*, pod red. Banasiewicz T., Krokowicz P., Szczepkowski M. Termedia Wydawnictwa Medyczne, Poznań 2017.

Szortyka E.: Opieka w terapii nowotworów urologicznych. [W:] *Pielęgniarstwo onkologiczne*, pod red. Koper A. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011.

Trochimiuk A.: Procedura postępowania pielęgniarskiego wobec pacjenta z wyłonioną urostomią [W:] *Standardy i procedury w pielęgniarstwie onkologicznym*, pod red.

Łuszczak M., Szadowska-Szlachetka Z., Ślusarczyk B. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2017.

Wilczek-Rużyczka E., Pieczyrak U.: *Lęk. [W:] Diagnozy i interwencje pielęgniarskie*, pod red. Kózka M., Płaszewska – Żywko L. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008.

Wojciechowski A.: *Stoma – serwis. Przegląd Urologiczny*, nr 2/2004.

Możliwość weryfikacji PWZ

Na stronie www.nipip.pl istnieje możliwość weryfikacji posiadania Prawa Wykonywania Zawodu Pielęgniarki/Położnej.

W celu weryfikacji należy podać następujące dane:

PESEL pielęgniarki/położnej

Nr PWZ pielęgniarki/położnej

Nazwisko pielęgniarki/położnej

Weryfikacja może posłużyć pracodawcy czy dana osoba posiada Prawo Wykonywania Zawodu Pielęgniarki lub Położnej. Zapewnia w ten sposób, że zatrudnia jedynie wysoko wyspecjalizowany zespół pielęgniarek/położnych. Daje to również gwarancję pracy pielęgniarkom/położnym, iż zawód ten jest wykonywany jedynie przez wykwalifikowany personel.

Weryfikacja może posłużyć również pacjentom. Dbając o bezpieczeństwo własne oraz swoich bliskich, warto mieć pewność, że osoby, które udzielają świadczeń zdrowotnych mają odpowiednie wykształcenie oraz uprawnienia do wykonywania zawodu pielęgniarki/położnej.

Składki członkowskie

Komunikat o wysokości opłat w 2021 roku

Wysokość składki członkowskiej w 2021 r. w odniesieniu do osób wykonujących zawód pielęgniarki, położnej w ramach działalności gospodarczej – indywidualnej bądź grupowej praktyki zawodowej, a także innych członków samorządu zobowiązanych do opłacania składek (nie dotyczy pielęgniarek/położnych zatrudnionych na podstawie umowy o pracę albo na podstawie stosunku służbowego, a także umowy zlecenia) w tym pielęgniarek i położnych wykonujących zawód wyłącznie poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które nie złożyły wniosku o wykreślenie z rejestru pielęgniarek i położnych wynosi – 0,75% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku, ogłoszonego przez Prezesa GUS za ostatni kwartał poprzedniego roku kalendarzowego t.j. 42,42 zł miesięcznie. Składki opłaca się do 15 każdego miesiąca za miesiąc poprzedni.

DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZA

1. Wysokość opłaty za wpis do rejestru pielęgniarki lub położnej zamierzającej

wykonywać zawód w ramach działalności leczniczej (wpis do RPWDL) stanowi 2% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez nagród z zysku za ubiegły rok, ogłoszonego w drodze obwieszczenia, przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski” i wynosi 109,00 zł

2. Wysokość opłaty za zmianę wpisu w RPWDL stanowi 50% wysokości opłaty, o której mowa powyżej tj. 54,50 zł

REJESTR ORGANIZATORÓW KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH

Wysokość opłaty za wpis oraz zmianę danych do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe – 6% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku za ubiegły rok, ogłoszonego w drodze obwieszczenia, przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej

spolitej Polskiej „Monitor Polski” wynosi: 325,00 zł

OPLATA ZA WYDANIE ZAŚWIADCZENIA O KWALIFIKACJACH ZGODNYCH Z WYMOGAMI PRAWA UNII EUROPEJSKIEJ

Wysokość opłaty za wydanie zaświadczenia o posiadaniu kwalifikacji zgodnych z minimalnymi wymaganiami wynikającymi z przepisów prawa Unii Europejskiej oraz że posiadany dyplom potwierdzający posiadanie formalnych kwalifikacji odpowiada dokumentom potwierdzającym formalne kwalifikacje pielęgniarki lub położnej wynikające z prawa Unii Europejskiej – 3% minimalnego wynagrodzenia za pracę ustalonego na podstawie przepisów ustawy z dnia 10 października 2002 r. o minimalnym wynagrodzeniu za pracę (Dz. U. z 2020 r. poz. 2207) wynosi 84,00 zł

**Nr konta Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Krośnie:
70 1020 2964 0000 6302 0003 5998**



*“Życie jest tak dobre,
jak dobrym pozwalasz mu być”*

**W związku z przejściem na emeryturę
naszej koleżanki**

JOLANTY ADAMIAK

pielęgniarki w Pracowni Tomografii Komputerowej
SP ZOZ w Lesku.

*Składamy Jej serdeczne podziękowania
za pracę wykonywaną z ogromnym zaangażowaniem
i empatią, za oddanie, życzliwość oraz za wspólne
lata pracy życząc realizacji marzeń
w życiu osobistym.*



*“Upięłaś czepek za młodu,
Choć wiedziałaś że trud czeka.
Bo tajemnicą Twego zawodu
Jest – troska o ciało i godność człowieka.”*

**W związku z przejściem na emeryturę
naszej koleżanki**

IRENY HUTEK

pielęgniarki Oddziału Dziecięcego SP ZOZ w Lesku
z którym była związana przez cały okres pracy
zawodowej. Składamy Jej serdeczne podziękowania
za pracę wykonywaną z ogromnym zaangażowaniem
i empatią, za oddanie, życzliwość oraz za wspólne
lata pracy życząc realizacji marzeń
w życiu osobistym.



*“Jedną z najpiękniejszych nagród,
jakie człowiek otrzymuje w swoim życiu
jest to, że zawsze kiedy z całego serca
stara się pomóc drugiemu,
pomaga równocześnie samemu sobie.”*

**W związku z przejściem na emeryturę
naszej koleżanki**

JANINY DEREWECKIEJ

pielęgniarki Oddziału Dziecięcego i Poradni
Alergologicznej SP ZOZ w Lesku
z którym była związana przez cały okres
pracy zawodowej. Składamy Jej serdeczne
podziękowania za pracę wykonywaną z ogromnym
zaangażowaniem i empatią, za oddanie, życzliwość
oraz za wspólne lata pracy życząc realizacji
marzeń w życiu osobistym.



*“Gratulować, dziękować to mało
Najpiękniejsze kwiaty nic nie znaczą
Trzeba pojąć całą głębię tej służby
Pielęgniarską codzienną pracę.”*

**W związku z przejściem na emeryturę
naszej koleżanki**

TERESY STELMACH

pielęgniarki Oddziału Chirurgicznego z Pododdziałem
Urazowo-Ortopedycznym SP ZOZ w Lesku
z którym była związana przez cały okres pracy
zawodowej. Przepracowała w zawodzie ponad 40 lat,
cieszyła się zaufaniem pacjentów i personelu,
swoją obecnością wносиła spokój i życzliwość.
Składamy Jej serdeczne podziękowania za oddanie
i wspólne lata pracy życząc realizacji marzeń
w życiu osobistym

ADRES REDAKCJI: 38-400 Krosno, ul. Bieszczadzka 5, tel. 13 43 694 60

www.oipip.krosno.pl, e-mail: biuro@oipip.krosno.pl

REDAKCJA: Barbara Błażejowska-Kopiczak, Renata Michalska, Ewa Czupska,

Bożena Pacek i Katarzyna Woźniak

OIPiP Krosno, tel. 13 43 694 60

PRZYGOTOWANIE DO DRUKU: Krośnieńska Agencja Reklamowa

DRUK: Chroma. Korekta redakcji.

Nakład egz. 500, numer oddano do druku 26 III 2021 roku.

*“Człowiek jest wielki nie przez to, co ma, nie przez to, kim jest,
lecz przez to, czym dzieli się z innymi.”*

Jan Paweł II

W związku z przejściem na emeryturę naszej koleżanki

BARBARY ZIĘBA

*pielęgniarki w poradniach specjalistycznych SP ZOZ w Lesku,
która przez lata pracy w zawodzie cieszyła się zaufaniem
pacjentów i współpracowników.*

*Składamy Jej serdeczne podziękowania za pracę wykonywaną
z zaangażowaniem i empatią, za oddanie, życzliwość oraz za wspólne lata pracy
życząc realizacji marzeń w życiu osobistym*



*“Zatrzymaj upływający czas we wspomnieniach,
a przede wszystkim pamiętaj o pięknych chwilach,
by nigdy nie poszły w zapomnienie..”*

W związku z przejściem na emeryturę naszej koleżanki

MARII MIELNIKIEWICZ

*pielęgniarki Bloku Operacyjnego SP ZOZ w Lesku
Pracowała na stanowisku pielęgniarki operacyjnej wykonując swoje obowiązki
z zaangażowaniem i empatią, cieszyła się zaufaniem współpracowników.
Składamy Jej serdeczne podziękowania za oddanie,
życzliwość oraz za wspólne lata pracy życząc
realizacji marzeń w życiu osobistym.*

*“Najlepszym przyjacielem jest ten,
kto nie pytając o powód twego smutku,
potrafi sprawić, że znów wraca radość.”*

*“Najlepszym przyjacielem jest ten,
kto nie pytając o powód twego smutku,
potrafi sprawić, że znów wraca radość.”*

Jan Bosko Św.

W związku z przejściem na emeryturę naszej koleżanki

MARII MIKOŁAJCZYK

*pielęgniarki Oddziału Chirurgicznego z Pododdziałem
Urazowo- Ortopedycznym SP ZOZ w Lesku.*

*Przepracowała w zawodzie ponad 40 lat, cieszyła się
zaufaniem pacjentów i personelu,
swoją obecnością wносиła radość i życzliwość.*

*Składamy Jej serdeczne podziękowania za oddanie
i wspólne lata pracy życząc realizacji marzeń w życiu osobistym*



Pielęgniarka Naczelna oraz Pielęgniarki, Pielęgniarze i Położne SP ZOZ w Lesku