

# FORUM

## ZAWODOWE

4(131)2021



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

## W numerze

- 3** Słowo przewodniczącej
- 4** Rok akademicki 2021/2022 rozpoczęty...
- 6** Tadeusz Paweł Wasilewski
- 7** Inauguracja roku akademickiego 2021/2022 i Otwarcie Centrum Symulacji Medycznej w Uczelni Państwowej im. Jana Grodka w Sanoku
- 9** Komunikat Ogólnopolskiego Komitetu Protestacyjno-Strajkowego Pracowników Ochrony Zdrowia z dnia 12.10.2021
- 13** Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Białym Miasteczku
- 16** Dodatki covidowe dla medyków: nowe zasady rozliczania
- 22** SPRAWOZDANIE z działalności Państwowej Inspekcji Pracy w 2020 roku
- 26** Komunikat nr 14 Ministra Zdrowia w sprawie szczepień przeciw COVID-19 dawką przypominającą oraz dawką dodatkową uzupełniającą schemat podstawowy
- 26** Ministerstwo Zdrowia informuje
- 31** Informacja dotycząca łącznego stosowania antybiotyków β-laktamowych z antybiotykami aminoglikozydowymi i ryzyka wystąpienia interakcji w wyniku zastosowania takiego połączenia
- 32** Opinia Konsultanta Wojewódzkiego w sprawie możliwości zdejmowania szwów z rany przez pielęgniarkę na pisemne zlecenie lekarza
- 32** Asertywność w pracy pielęgniarki i położnej
- 34** Wspomnienie o siostrze zakonnej Bronisławie Konik

### 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](http://www.oipip.krosno.pl),  
e-mail: [biuro@oipip.krosno.pl](mailto: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.

## WTEDY JEST BOŻE NARODZENIE

*Zawsze, ilekroć uśmiechasz się  
do swojego brata i wyciągasz do niego ręce,  
jest Boże Narodzenie.  
Zawsze, kiedy milkniesz, aby wysłuchać,  
jest Boże Narodzenie.  
Zawsze, kiedy rezygnujesz z zasad,  
które jak żelazna obręcz  
uciskają ludzi w ich samotności,  
jest Boże Narodzenie.  
Zawsze, kiedy dajesz odrobinę nadziei „więźniom”  
tym, którzy są przytłoczeni ciężarem fizycznego,  
moralnego i duchowego ubóstwa  
jest Boże Narodzenie.  
Zawsze, kiedy rozpoznajesz w pokorze,  
jak bardzo znikome są twoje możliwości  
i jak wielka jest twoja słabość,  
jest Boże Narodzenie.  
Zawsze, ilekroć pozwolisz  
by Bóg pokochał innych przez ciebie  
Zawsze wtedy, jest Boże Narodzenie.*

### Matka Teresa z Kalkuty



## Słowo przewodniczącej

### Szanowne Koleżanki i Koledzy,

W kalendarzu grudzień. To czas, który kojarzy nam się ze świętami, prezentami, spotkaniami z bliskimi. Wywołuje radość i uśmiech na twarzy. Choć na chwilę pozwala zapomnieć o codziennych trudnościach, w tym także niepokojących danych dotyczących liczby zachorowań i zgonów na SARS-CoV-2. Obecnie wskaźniki są znowu tak duże, że boję się myśleć co będzie dalej. Sytuacja nie napawa optymizmem, a dla nas - pielęgniarek, położnych to kolejni przyjmowani pacjenci, w szpitalach tymczasowych, na kolejnych oddziałach przekształconych w oddziały covidowe. A gdzie są pacjenci z innymi schorzeniami? Czy o nich zapomniano? A może co gorsze nie ma dla nich miejsca i muszą poczekać aż sytuacja się ustabilizuje? Musimy być silni i walczyć o każdego. A przecież my też chorujemy i umieramy. Wśród członków naszej Izby u blisko 650 pielęgniarek/położnych zdiagnozowano SARS-CoV-2. Te osoby, które spełniły wymogi regulaminowe i złożyły do nas odpowiednie dokumenty otrzymały zapomogi. Przypominam, że w dalszym ciągu można korzystać z tego świadczenia.

Od 1 listopada br. zmieniają się zasady wypłacania dodatku covidowego. Jak twierdzi Ministerstwo Zdrowia jest to zmiana oczekiwana przez placówki medyczne leczące pacjentów z COVID-19. Kierownicy tych placówek często mie-

li trudności z doбором kryteriów, po spełnieniu których personel medyczny kwalifikował się do otrzymania dodatkowego wynagrodzenia. Wątpliwości budziła tzw. incydentalność w udzielaniu pomocy pacjentom hospitalizowanym ze względu na podejrzenie i zakażenie koronawirusem. Według nowych przepisów personel medyczny otrzyma dodatkowe wynagrodzenie covidowe za każdą godzinę opieki nad pacjentem z podejrzeniem i z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2. Dodatek covidowy wynosi 100 proc. wynagrodzenia, które wynika z umowy o pracę lub z umowy cywilnoprawnej. Dodatki covidowe otrzymuje osoba, która wykonuje zawód medyczny, uczestniczy w udzielaniu świadczeń zdrowotnych i ma bezpośredni kontakt z pacjentami z podejrzeniem i z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 oraz pracuje na oddziałach, w których placówka medyczna zapewnia łóżka dla pacjentów z podejrzeniem oraz z potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2 (tzw. II poziom zabezpieczenia covidowego). Wszystkie te kryteria muszą być spełnione łącznie.

Warto także przypomnieć, że pomimo naszych apeli, dotyczących przywrócenia minimalnych norm zatrudnienia w zawodzie pielęgniarki i położnej, rozporządzenie o ich zawieszeniu zostało przedłużone do 31 grudnia 2021 r. Nie ulega wątpliwości, że ich ciągły brak może mieć bardzo poważne konsekwen-



cje zarówno dla bezpieczeństwa pacjentów, jak i jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych. NRPiP apeluje o wznowienie prac w poszczególnych zakresach świadczeń zdrowotnych, które dotychczas nie są objęte regulacjami prawnymi.

Na stronach naszego Biuletynu znajdziecie także Państwo informacje dotyczące protestu pracowników ochrony zdrowia, który nadal trwa. Niestety podpisane w dniu 5 listopada br. porozumienie Zespołu Trójstronnego ds. ochrony zdrowia z Ministrem Zdrowia zakłada podwyżki tylko dla wybranych, a więc mogą na nie liczyć tylko osoby mające umowy o pracę w podmiotach leczniczych. Nie uwzględniono chociażby zmiany wyceny świadczeń, która umożliwiłaby podniesienie wynagrodzeń medykom udzielających świadczeń na „kontraktach”. Także inne postulaty zostały pominięte w podpisanym „porozumieniu”. Ale jest to tylko „porozumienie”, które deklaruje poparcie rozpoczęcia prac nad zmianami. W dalszym ciągu jesteśmy otwarci na merytoryczne rozmowy, które doprowadzą do rozwiązania problemów.

### Koleżanki i Koledzy,

*Przed nami Święta Bożego Narodzenia i Nowy Rok. Życzę, by ten świąteczny czas stał się dla Państwa momentem wytchnienia i odpoczynku, napawał radością, ciepłem i nadzieją. Niech roziskrzona choinka, wspólnie śpiewana kolęda i magiczna moc wigilijnego wieczoru towarzyszą nam jak najdłużej. Niech każda chwila Świąt Bożego Narodzenia żyje własnym pięknem, a Nowy Rok niech obdaruje nas wszystkich zdrowiem, by pomimo tych wszystkich ciężkich doświadczeń, nie opuściła nas radość życia, byśmy zawsze mieli w sobie siłę i odwagę, by iść naprzód i czynić ten świat lepszym.*

*Piękna jest radość w Święta,  
Ciepłe są myśli o bliskich,  
Niech pokój, miłość i szczęście  
Otoczą dzisiaj nas wszystkich!*

Przewodnicząca ORPiP w Krośnicach  
Renata Michalska

## Rok akademicki 2021/2022 rozpoczęty...



7 października 2021 odbyła się uroczysta 23 inauguracja tegorocznego roku akademickiego w Karpackiej Państwowej Uczelni w Krośnie.

Szczęśliwie mogliśmy tradycją ubiegłych lat spotkać się w auli Kampusu Politechnicznego, gdzie zgromadzili się przedstawiciele studentów, Rady Uczelni na czele z przewodniczącym Januszem Ficem, przedstawiciele Konwentu, pracownicy uczelni oraz zaproszeni goście.

W inauguracji udział wzięli również: Prezydent Miasta Krosna Piotr Przytocki, przedstawiciele zaprzyjaźnionych uczelni oraz władze poprzednich kadencji.

Podczas przemówienia Rektor KPU dr hab. Zbigniew Barabas, prof. KPU podkreślał jak ważny dla naszego regionu jest rozwój Uczelni, która nieustannie stara się być częścią otoczenia społeczno-gospodarczego naszego miasta i okolic, zapewniając swoim studentom szansę na rozpoczęcie wyjątkowej drogi zawodowej poprzez współpracę ze specjalistami i tworzenie nowoczesnych miejsc będących nieocenionym wsparciem podczas zdobywania wiedzy i umiejętności przez studentów.

Ostatni rok to okres, w którym Karpacka Państwowa Uczelnia w Krośnie, jeszcze wyraźniej wpisuje się w Miasto

i Region. KPU, bo tak jest powszechnie nazywana, jest nowoczesną uczelnią Regionalną w tak dobrze rozumianym znaczeniu, stając się ważnym ośrodkiem, już nie tylko jak dotychczas kulturotwórczym i popularyzującym naukę ale także coraz ważniejszym podmiotem gospodarczym i naukowo-badawczym. Staje się partnerem dla dużych i małych podmiotów gospodarczych przyczyniając się do rozwoju „małych ojczyzn” jak pisał o znaczeniu społeczności lokalnych dla rozwoju Rzeczypospolitej jej patron profesor Stanisław Pigoń.

Najważniejszym punktem uroczystej inauguracji była ceremonia immatrykulacji, czyli przyjęcia do grona wspólnoty akademickiej nowych członków – studentów pierwszego roku, którzy złożyli ślubowanie tym samym rozpoczynając swoją drogę do zdobycia upragnionego wykształcenia i rozpoczęcia kariery zawodowej.

Wyrazem uznania dla najlepszych absolwentów krośnieńskiej uczelni było wręczenie przez władze gmin listów gratulacyjnych i upominków. Specjalne wyróżnienia i nagrody ufundowane przez uczelnię zostały przyznane studentom działającym na rzecz uczelnianej społeczności, w ramach kół naukowych, wolontariatu i podejmujących lokalne inicjatywy.

Specjalne nagrody „Firma dobrych praktyk” zostały wręczone przedsiębiorcom i firmom, które w sposób szczególnie współpracują z Karpacką Państwową Uczelnią w Krośnie, stając się partnerami i wspierając uczelnię w tworzeniu nowych inicjatyw i kierunków studiów.

Zwieńczeniem inauguracji był wykład dr hab. Piotra Łopatkiewicza, prof. KPU Kierownika Zakładu Turystyki i Rekreacji naszej uczelni o początkach ochrony zabytków w Krośnieńskim w końcu XIX wieku.

Kończąc przemówienie inauguracyjne Rektor Karpackiej Państwowej Uczel-



ni w Krośnie życzył wszystkim: Pozwólcie szanowni goście, że na koniec złożę tradycyjne życzenia – najpierw studentom życząc w nadchodzącym roku akademickim – wytrwałości, odwagi, mądrości oraz satysfakcji z dokonanych wyborów, a wszystkim tu obecnym, waszym rodzinom oraz przyjaciołom, życząc szczęścia i zdrowia oraz aby to był dobry rok.

*Fot. Jacek Wnuk, KPU w Krośnie  
Źródło: KPU Krosno*



Z głębokim smutkiem przyjęliśmy wiadomość,  
że 23 października 2021 roku zmarł  
śp.

## **Dr n. med. Tadeusz Paweł WASILEWSKI**

Wspaniały wykładowca i kolega,  
Konsultant krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego i operacyjnego,  
wrażliwy na potrzeby innych, kreatywnie wchodzący w relacje z otoczeniem,  
dobry człowiek

Taki Jego obraz pozostanie w naszej pamięci  
Żonie Marcie, Synom oraz Rodzinie zmarłego  
składamy wyrazy szczerego współczucia

Rektor, Senat, Koleżanki i Koledzy oraz Studenci z Zakładu Pielęgniarstwa  
Karpackiej Państwowej Uczelni w Krośnie



## Tadeusz Paweł Wasilewski

urodził się 2 grudnia 1967 roku w Sołowie Podlaskim w rodzinie inteligentnej Bolesława i Anny z Sitnickich zamieszkałej w nieodległej miejscowości Węgrów, gdzie złożył egzamin dojrzałości w jednym z najstarszych liceów im. Adama Mickiewicza. Od najmłodszych lat wdrażany do benedyktyńskiej dokładności przez obserwację i podziwianie pracy ojca projektanta wybrał odmienną drogę kariery, odbierając w 1995 roku dyplom pielęgniarza w Medycznym Studium Zawodowym w Siedlcach i podejmując pierwszą pracę jako instrumentariusz w Szpitalu Rejonowym w Węgrowie. Na dalsze kształcenie wybrał ośrodek lubelski mimo, że stolica była geograficznie znacznie bliżej, gdzie uzyskał dnia 30.06.1995 roku tytuł magistra pielęgniarstwa na Wydziale Pielęgniarskim Akademii Medycznej w Lublinie, która to uczelnia stała się dla niego również miejscem pracy naukowo-dydaktycznej.

Zainteresowania badawcze Doktora ciągle się poszerzały zwłaszcza w kierunku logopedii i neurologopedii przyjmując status sformalizowany (studia podyplomowe z zakresu afazjologii i surdologopedii oraz neurologopedii), co miało swoje konsekwencje nie tylko w pracy w charakterze logopedy, ale również fi-

nalizacji dysertacji doktorskiej pt.: Opieka pielęgniarstwa oraz funkcjonowanie i sytuacja rodzinna pacjentów ze zlateralizowanymi uszkodzeniami mózgu (Akademia Medyczna im. Prof. F. Skubiszewskiego, Wydział Lekarski 2004). Ponadto dr Tadeusz Paweł Wasilewski był zaangażowany w rozwój pielęgniarstwa chirurgicznego pracując przez 23 lata w Katedrze Chirurgii i Pielęgniarstwa Chirurgicznego Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, pisząc programy kursu i szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego, uczestnicząc w kształceniu podyplomowym i egzaminach państwowych w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego i operacyjnego. Zwieńczeniem jego inwestycji w ten obszar były nominacje na Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego i operacyjnego (2016-2020) i Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego i operacyjnego (2020 – 2021).

Autor i współautor około 100 publikacji stanowiących rozdziały w monografiach, artykuły w czasopismach naukowych, rozdziały w książkach. Uczestnik konferencji ogólnopolskich i międzynarodowych.

Życie człowieka to poszukiwanie nowych obszarów, gdzie można „zaczynać od nowa”, dlatego dr Tadeusz Paweł Wasilewski od 2005 roku podjął pracę w Państwowej Wyższej Szkole Zawodowej w Krośnie (Zakład Pielęgniarstwa), a od 2018 także na Wydziale Nauki o Człowieku w Wyższej Szkole Ekonomii i Innowacji w Lublinie, gdzie realizował się do chwili obecnej jako wykładowca, wychowawca i organizator.

W Karpackiej Państwowej Uczelni w Krośnie im. Stanisława Pigonia (Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Krośnie) prowadził zajęcia na kierunku Pielęgniarstwo w zakresie chirurgii i pielęgniarstwa chirurgicznego oraz psychiatrii i pielęgniarstwa psychiatrycznego.

Pawła poznałam jeszcze jako studenta, który zawsze zajmował miejsce w pierwszym rzędzie i z ogromnym zainteresowaniem okazywanym między innymi poprzez zadawane pytania zgłębiał i układał w swoim umyśle wiedzę pielęgniarstwa. Później były długie lata bliskiej współpracy, wspólne publikacje, liczne wyjazdy do jednak ciągle odległego Krosna. Pięknie tańczył, z czego chętnie korzystały Koleżanki z zakładu na spotkaniach integracyjnych. Niekonwencjonalny i wysublimowany kawalarz słynący z dowcipu sytuacyjnego, często okraszony radosnym, swoistym w brzmieniu własnym śmiechem.

Niestrudzony degustator zupy pomidorowej przy każdej najdrobniejszej okazji. Towarzysz nie jednej podróży, czasami bardzo dalekiej i trudnej. Paweł to osoba o ciepłym, radosnym usposobieniu, zawsze witająca się z uśmiechem, często również przytuleniem, tak jak ostatnim razem (kto by pomyślał?) na dziedzińcu przy Kazimierza Wielkiego w Krośnie.

Paweł pozostawił wiele niedokończonych (...) zadań (promotorstwa prac dyplomowych, artykułów), niezrealizowanych obecności w gremiach eksperckich, konferencyjnych, czy na spotkaniach towarzyskich.

*Rytm rodzimego życia pielęgniarckiego zatrzymał się na chwilę  
23 października 2021 roku.*

*Śp. Drogi Tadeuszu Pawle,  
dziękujemy za to że byłeś z nami,  
zapamiętamy same najlepsze chwile,  
nasz żal, smutek, niedowierzanie  
i tęsknota są wielkie,  
ale zapewniamy o modlitwie.  
Odpoczywaj w pokoju*

*W imieniu społeczności Zakładu Pielęgniarstwa KPU w Krośnie  
Dr hab. Danuta Zarzycka, prof. KPU  
Źródło: KPU Krosno*

# Inauguracja roku akademickiego 2021/2022 i Otwarcie Centrum Symulacji Medycznej w Uczelni Państwowej im. Jana Grodka w Sanoku

W ostatnim czasie w Uczelni Państwowej im. Jana Grodka w Sanoku miały miejsce bardzo ważne wydarzenia, które na trwałe wpisały się w Jej historię. Dnia 1 października 2021 r. odbyła się inauguracja roku akademickiego 2021/2022, gdzie po raz dwudziesty pierwszy w sanockiej Uczelni rozbrzmiało uroczyste Gaudeamus Igitur. Okazja ta była szczególnie bowiem została połączona z prezentacją niedawno otwartego Centrum Symulacji Medycznej dedykowanego kształceniu studentów na kierunkach pielęgniarstwo i ratownictwo medyczne.

Uroczystość, w której udział wzięli za równo goście tj. rektorzy i delegaci uczelni wyższych, przedstawiciele władz państwowych, samorządowych, parlamentarzysty, duchowni, reprezentanci środowisk lokalnych, biznesu, jak i nauczyciele, pracownicy administracji, obsługi i studenci rozpoczęła się uroczystą mszą świętą w intencji całej społeczności

akademickiej w Kościele Przemienienia Pańskiego w Sanoku. Mszy świętej przewodniczył ks. proboszcz Roman Froń. Po zakończonej mszy w asyście Orkiestry Dętej PGNiG Oddział w Sanoku uczestnicy przeszli do auli Centrum Sportowo-Dydaktycznego Uczelni w której odbyła się dalsza część uroczystości.

Na części oficjalnej licznie zgromadzonych gości przywitał JM Rektor dr inż. Mateusz Kaczmarek, który w swoim wystąpieniu podsumował miniony rok akademicki, który był szczególnie trudny ze względu na trwającą pandemię Covid-19, a jednocześnie bardzo bogaty w różne osiągnięcia i przedstawił nowe wyzwania na przyszłość. Rektor podziękował obecnym prezesom, dyrektorom, właścicielom firm i spółek, wszystkim osobom zarządzającym na szczeblach w różnych sektorach i branżach za ogromną życzliwość, współpracę i wsparcie w realizacji procesu dy-

daktycznego bez których kształcenie na kierunkach o profilu praktycznym byłoby niemożliwe.

Tradycyjnie po przemówieniu inauguracyjnym i Gaude Mater Polonia nastąpiła immatrykulacja przedstawicieli studentów z poszczególnych kierunków rozpoczynających naukę w sanockiej Uczelni. Akt ślubowania odczytała Prorektor ds. dydaktyki dr hab. n. med. i n. o zdr. Elżbieta Cipora – profesor Uczelni, a JM. Rektor symbolicznym wskazaniem berła przyjął ich w poczet społeczności akademickiej.

W wystąpieniach zaproszonych gości wszyscy zgodnie podkreślali jak wielkie znaczenie w funkcjonowaniu miasta, powiatu, województwa odgrywa Uczelnia składając jednocześnie podziękowania za trud i pracę wkładaną w powodzenie i rozwój Uczelni. W imieniu studentów głos zabrała Patrycja Filus - studentka drugiego roku studiów magisterskich



*Uroczysty pochód na inauguracji roku akademickiego 2021/2022*



*Wystąpienie inauguracyjne JM Rektora Uczelni dr inż. Mateusza Kaczmarek*



*Uroczysta immatrykulacja przedstawicieli studentów I roku studiów z poszczególnych kierunków kształcenia*



*Centrum Symulacji Medycznej Uczelni Państwowej im. Jana Grodka w Sanoku*



*Wystąpienie Ministra Zdrowia dr Adama Niedzielskiego podczas otwarcia CSM*



*Minister Zdrowia dr Adam Niedzielski przycinający wstęgę na otwarciu Centrum Symulacji Medycznej w Sanoku*

na kierunku Pedagogika przedszkolna i wczesnoszkolna.

Podsumowaniem tak doniesłego wydarzenia było wystąpienie prof. dr hab. Witolda Stankowskiego – Honorowego Przewodniczącego Konferencji Rektorów Publicznych Uczelni Zawodowych, który wygłosił wykład inauguracyjny na temat „Ludzie polskiej nauki i ich dzieła – niezapomniana spuścizna II RP”.

Po części oficjalnej uroczystości jej uczestnicy zostali zaproszeni do budynku Centrum Symulacji Medycznej na prezentację, gdzie zarówno obiekt, jak i jego wyposażenie wywarły na wszystkich ogromne wrażenie.

W czasie inauguracji kilkakrotnie nawiązywano do ważnej daty dla Uczelni Państwowej w Sanoku, jaką był dzień 21 września br. To podczas VI Zgromadzenia Plenarnego Konferencji Rektorów Publicznych Uczelni Zawodowych, którego organizatorem była sanocka Uczelnia uroczystość otwarto Centrum Symulacji Medycznej (CSM).

W otwarciu Centrum uczestniczyli: dr Adam Niedzielski - Minister Zdrowia, prof. dr hab. Stanisław Wrzosek – Prze-

wodniczący Polskiej Komisji Akredytacyjnej, parlamentarzysty, samorządowcy oraz przedstawiciele polskiej nauki i szkolnictwa wyższego w tym 44 rektorów i prorektorów publicznych uczelni zawodowych z całego kraju, a także Waldemar Siwiński - Założyciel i Prezes Fundacji Edukacyjnej „Perspektywy” i Piotr Ziółkowski - Dyrektor Generalny Głównego Urzędu Miar.

Minister Zdrowia dr Adam Niedzielski, podkreślał konieczność zwiększenia kształcenia kadr pielęgniarskich i ratowniczych zwracając się do zgromadzonych: „Pokładamy w was ogromną nadzieję na pomoc w zbudowaniu takiego zasobu kadr, który będzie potrafił odpowiedzieć na zwiększające się zdrowotne potrzeby leczenia Polaków”.

Na zdjęciu Władze Uczelni Państwowej im. Jana Grodka w Sanoku: J.M. Rektorzy dr inż. Mateusz Kaczmarski, dr hab. Elżbieta Cipora – profesor UP oraz Kanclerz UP inż. Lesław Siedlecki podczas uroczystego przecięcia wstęgi w Centrum Symulacji Medycznej.

Na podkreślenie zasługuje również fakt, iż w dniu 14 listopada 2021 r. goś-

ciem szczególnym CSM był obecny Minister Edukacji i Nauki dr hab. Przemysław Czarnek – prof. KUL. Minister podkreślał, jak duże znaczenie dla kształcenia kadr medycznych i rozwoju nauki mają ośrodki akademickie o profilu praktycznym, jaką jest sanocka Uczelnia.

Centrum Symulacji Medycznej ma 4047 m<sup>2</sup> powierzchni całkowitej i 17891 m<sup>3</sup> kubatury. Mieści się w nim 40 sal dydaktycznych. Wyposażenie centrum stanowi ponad 100 symulatorów, fantomów i trenażerów oraz sprzęt medyczny, m.in.: respiratory, defibrylatory, aparaty USG, elektrokardiografy, pompy infuzyjne, pulsoksymetry, inkubatory, etc.

Sale dydaktyczne centrum zarówno niskiej, jak i wysokiej wierności to m.in. pracownie do nauki umiejętności pielęgniarskich: zabiegów higienicznych, intensywnej opieki medycznej, pediatrii i ginekologii, położnictwa, geriatry i opieki długoterminowej oraz medycznych zabiegów ratunkowych. W centrum znajduje się również sala historii pielęgniarstwa. Dla potrzeb kierunku ratownictwo medyczne zorganizowany został Szpitalny Oddział Ratunkowy wraz



Na zdjęciu Władze Uczelni Państwowej im. Jana Grodka w Sanoku: J.M. Rektorzy dr inż. Mateusz Kaczmarski, dr hab. Elżbieta Cipora – profesor UP oraz Kanclerz UP inż. Lesław Siedlecki podczas uroczystego przecięcia wstęgi w Centrum Symulacji Medycznej



Minister Edukacji i Nauki dr hab. Przemysław Czarnek – prof. KUL w CSM



Sala ćwiczeń biochemii i mikrobiologii CSM



Sala Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w CSM



Kadra naukowo – dydaktyczna Instytutu Medycznego Uczelni Państwowej im. Jana Grodka w Sanoku

z garażem ambulansu. Studenci mają możliwość uczestnictwa w zajęciach w pracowniach anatomii i fizjologii, biochemii, mikrobiologii oraz nauki umiejętności technicznych. Centrum to również sale audytoryjne, seminaryjne, czytelnia multimedialna oraz pracownia rzeczywistości wirtualnej. Centrum posiada nowoczesny system inteligentnego budynku (BMS), m.in.: do kontroli dostępu, monitoring wizyjny, kamery 360°, system antywłamaniowy i przeciwpożarowy, automatyczną klimatyzację wszystkich pomieszczeń, zintegrowany osprzęt audiowizualny oraz instalacje gazów technicznych i wody destylowa-



nej. Zaawansowany szkoleniowy system audio-video służy do rejestracji i debriefingu szkoleniowych sesji symulacyjnych. W budynku znajdują się trzy sale egzaminacyjne OSCE.

Kształcenie studentów w pełni umożliwia realizację efektów uczenia się metodą symulacji medycznej odwzorowującą realne sytuacje, w tym kliniczne w warunkach laboratoryjnych spełniających kryteria wierności otoczenia, wyposażenia oraz sytuacyjnych warunkach rzeczywistych. Wykorzystanie symulacji

w nauczaniu może odbywać się na różnym jego poziomie i w różnych zakresach tematycznych. Może odbywać się na trzech poziomach podstawowym, pośrednim i zaawansowanym. Symulacja pośrednia i zaawansowana ma charakter interaktywny, pozwalający na nabywanie umiejętności realizacji procedur, jak i specjalistycznej współpracy zespołowej profesjonalistów i współpracy z pacjentem.

Uczelnia to nie tylko infrastruktura i wyposażenie, ale również wysoko

kwalifikowana kadra naukowo – dydaktyczna realizująca proces kształcenia w nowoczesnej perspektywie dydaktyki medycznej ukierunkowana na przekazywanie wiedzy, kształtowanie umiejętności praktycznych w warunkach wysokiej wierności oraz postaw zawodowych studentów.

*dr n. o zdr. Aneta Mielnik  
kierownik Zakładu Pielęgniarstwa  
ds. studiów II stopnia  
i studiów pomostowych*

## Komunikat Ogólnopolskiego Komitetu Protestacyjno-Strajkowego Pracowników Ochrony Zdrowia z dnia 12.10.2021

Ogólnopolski Komitet Protestacyjno-Strajkowy Pracowników Ochrony Zdrowia spotkał się po raz ostatni z przedstawicielami Ministra Zdrowia w czwartek, tj. 7 października br. Na spotkaniu tym Minister Zdrowia przedstawił swoją wizję porozumienia, które:

- nie było w żadnym punkcie uzgodnione z Komitetem, dlatego nazywamy go NIEPorozumieniem.

- nie było kompromisem, a jedynie było pretekstem dla Ministra Zdrowia do zerwania negocjacji i przeniesienia rozmów do Zespołu Trójstronnego. Zdaniem Ministra większość postanowień, żeby wejść w życie musiały być zaakceptowane przez Trójstronny Zespół przy MZ, który w ocenie Komitetu nie jest reprezentatywny dla wszystkich grup zawodowych i doprowadził do wprowadzenia złej, krzywdzącej ustawy.

- nie zawierało żadnych zobowiązań Ministra, co czyniło je nieegzekwowalnym. Oznacza to, że nie dałoby się sprawdzić jego wykonania. Minister Zdrowia zadeklarował w wielu miejscach do podjęcie inicjatywy ustawodawczej, oznacza to, że proces legislacyjny mógłby zostać jedynie rozpoczęty i nigdy nie zakończony. Nie znane są nadal wszystkie projekty ustaw ani nawet ich zawartość merytoryczna.

- preambuła nie odpowiada przebiegowi dotychczasowych rozmów a poro-

zumienie ze strony Ministra jest jedynie INTENCYJNE.

- zawarte propozycje jednocześnie wskazywały na brak kompetencji i uprawnień w zakresie strategicznych decyzji budżetowych i ekonomicznych.

W naszej ocenie postanowienia porozumienia powinny dawać gwarancję realizacji uzgodnień stron w określonym terminie (tak jak Minister bezwarunkowo oczekiwał od Komitetu Protestacyjno-Strajkowego zobowiązania się do zakończenia akcji protestacyjnej do 7 października), a nie pokazywać tylko intencje. Powinny być także: precyzyjne i jasne dla obu stron tak, aby nie było potrzeby ich interpretacji nazajutrz po podpisaniu. Przede wszystkim zobowiązania stron powinny być opisane w taki sposób, aby fakt ich dotrzymania lub złamania dał się w sposób obiektywny i klarowny ustalić.

Nie zamierzaliśmy upubliczniać dokumentu i mówić o szczegółach. W sytuacji, w której minister zdrowia po raz kolejny mówi nieprawdę, zarzucając że Komitet nie wskazał merytorycznych przesłanek i bezrefleksyjnie odrzucił propozycję Porozumienia Intencyjnego informujemy opinią publiczną, że argumenty do jego odrzucenia przez ponad godzinę prezentowali przedstawicielom Ministra Zdrowia prawnicy reprezentujący Komitet

z nadzieją, że zostanie to niezwłocznie przekazane bezpośrednio Ministrowi.

**Oto nasze Stanowisko**  
**Ad. Paragraf 1 i 2 Porozumienia Intencyjnego**

**Dotyczył zmian w zakresie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych.**

Pytania i wątpliwości komitetu:

- **Dlaczego została zaproponowana data: lipiec 2022 roku jako data zmiany ustawy?** Postulat Komitetu mówił o natychmiastowej zmianie ustawy. Nie została z nami ustalona data zaproponowanych zmian wynagrodzeń. Uważamy, że data lipca 2022 roku jest zbyt późna.

- **Jaka jest realna kwota podwyżek?** W przedstawionych przez MZ propozycjach zasugerowano, iż przedstawiono w nich realne podwyżki. Jednak jak się okazało, nie zostały w tych kwotach uwzględnione wzrosty wynikające ze zmiany średniego wynagrodzenia w 2021 roku podawane przez GUS, które następują niezależnie od MZ i są niejako automatyczne. Realny wzrost wynagrodzeń będzie więc znacznie mniejszy. To prosta sztuczka zastosowana przez przedstawicieli MZ.

- **Jaka jest całościowa dodatkowo kwota przeznaczona na wynagrodzenia ochronie zdrowia w roku 2022?** W uzasadnieniu rządowego projektu ustawy o minimalnym wynagrodzeniu w ochronie zdrowia z 17.05 na 2022 rok jest zapisana kwota 7,8 mld złotych. Minister Zdrowia poinformował równocześnie, iż na podwyżki zawarte w NIEPorozumieniu przeznaczono 6 mld złotych (zapytaliśmy o szczegóły tych wyliczeń). Komitet dopytywał, czy do tej kwoty 7,8 mld, która była zagwarantowana ustawowo dojdzie dodatkowe 6 mld na drugie półrocze 2022? MZ zapowiedział także wcześniej, że przekazuje na podwyżki wynagrodzeń w 2022 roku 70 proc. wzrostu finansowania ochrony zdrowia i wg danych prezentowanych przez MZ powinno to być 9,186 mld PLN. Domagamy się jasnego określenia: jakie sumy zostaną przeznaczone na podniesienie wynagrodzeń i z jakich źródeł finansowania (np. Nowy Ład, Fundusz Medyczny, nadwyżki z tego roku, bo na wynagrodzenia z szacowanych 3,6 mld wydano dotychczas tylko 1,6 mld)?
- **Dlaczego Minister Zdrowia nie zgadza się na nową ustawę, która określi wynagrodzenie, a ciągle poruszamy się w granicach narzuconych obecnie obowiązującą?** Dlaczego nie jest możliwe stworzenie nowych grup zaszerogowania?
- **Dlaczego nie jest możliwe uwzględnianie realnie posiadanego wykształcenia, a tylko wymagane, które jest w stosunku do europejskich standardów często zaniżane na papierze?**
- **Dlaczego MZ nie zgadza się na wypracowanie ścieżki dojścia do pożądaných współczynników wynagrodzeń w perspektywie wieloletniej?** Porozumienie Intencyjne ogranicza to tylko do roku 2022. To krótkowzroczne i nie jest realizacją żadnej strategii długofalowej.
- **Dlaczego zaproponowane zapisy i rozwiązania przez MZ betonują pogorszenie sytuacji niektórych pracowników, które wprowadzono od 1 lipca br?** Dotyczy to pielęgniarek i położnych. Chodzi szczególnie o pominięcie w tej nowelizacji

pielęgniarki z wykształceniem średnim, ale z dużym stażem zawodowym – ich pensje zostały zrównane albo nawet są niższe niż pensje pielęgniarek z magistrem, które świeżo rozpoczynają pracę. Kolejną próbą pogorszenia ich sytuacji to nieuwzględnienie posiadanych specjalizacji, a uznaniem tylko specjalizacji wymaganych do pracy na danym stanowisku.

- **Dlaczego MZ chce zatrzymać zakres podmiotowy ustawy tylko do pracowników działalności podstawowej i pracowników medycznych, nie akceptuje rozszerzania na wszystkich pracowników podmiotów leczniczych, bez których podmioty te nie mogłyby jednak normalnie prowadzić działalności?**

#### Ad. Paragraf 3

Dotyczył intensyfikacji działań mających na celu ponowną taryfikację świadczeń opieki zdrowotnej.

- Zapis zaproponowany przez Ministra Zdrowia nic nie mówi i nie ma żadnej mocy. Jest nieweryfikowany i nie egzekwowalny.
- Nie zostały określone żadne parametry ani nie powstał żaden harmonogram intensyfikacji. Warto podkreślić, że prace nad taryfikacją trwają latami, jak np. taryfikacja rehabilitacji, która trwa od 2016 roku.
- **Czy wg MZ ponowna wycena będzie oznaczać urealnienie wycen?** W zaproponowanej przez MZ propozycji ponowna taryfikacja nie musi oznaczać urealnienia wycen, o co postuluje Komitet. Urealnienie zakłada uwzględnienie w wycenie realnie ponoszonych kosztów realizacji świadczeń zdrowotnych. Propozycja komitetu była bardzo konkretna, jeśli chodzi o zakres i czas, co oznaczała, że była także weryfikowalna. Minister Zdrowia wskazywał jednak tylko, że jest to dla niego propozycja „trudna”, ale nie przedstawił konkretnej kontrpropozycji.
- **Dlaczego nie został przedstawiony mechanizm powiązania wycen z kwestią wynagrodzeń?** W ocenie Komitetu to konieczność. Pracodawcy powinni otrzymać środki, które zostaną przeznaczone na podniesienie

wynagrodzeń wynikających z umów innych niż umowa o pracy w takim samym wymiarze, w jakim zmieniają się wynagrodzenia zasadnicze dla osób zatrudnionych na umowę o pracę. O tym, że koniecznie trzeba powiązać te elementy pokazuje niedawna sytuacja w przypadku ratowników. Blisko 50 proc. ratowników pracuje na kontraktach i umowach zlecenia i po ich proteście z 1 września br. znalazły się dodatkowe środki na ich wynagrodzenia poza uzgodnieniami Zespołu Trójstronnego. Minister Zdrowia nie zastosował tej samej drogi do zrealizowania postulatów.

#### Ad. Paragraf 4

Dotyczył objęcia ochroną należną funkcjonariuszowi publicznemu wszystkich osób wykonujących zawody medyczne, a także na pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych.

- **Dlaczego propozycja dotycząca tego rozszerzenia nie uwzględniała jednoznacznych zapisów, które roboczo zostały uzgodnione w trakcie negocjacji?** Minister nie wskazał, kiedy nastąpi zmiana przepisów w tym zakresie, a jedynie zobowiązał się do zainicjowania procesu legislacyjnego. Komitet oczekiwał ze strony Ministerstwa Zdrowia zobowiązania, do doprowadzenia w tym zakresie procesu legislacyjnego do końca tj. do zmiany prawa i określenia jego daty wejścia w życie, a nie do jedynie jego zainicjowania.

#### Ad. Paragraf 5

Dotyczył wprowadzenia systemu zabezpieczającego pacjentów i medyków przed skutkami niepożądanych zdarzeń medycznych

- **Postanowienie dotyczące wprowadzenia systemu no-fault jest niejasne i w istocie nie zawiera żadnej treści merytorycznej.** W trakcie rozmów nie doszło do wspólnego zdefiniowania systemu no-fault. Podczas wcześniejszych prac strona społeczna przekazała swoje liczne uwagi i propozycje w tym zakresie, nie doczekała się jednak na żadną odpowiedź ze strony MZ.
- W tym punkcie nie wiadomo zatem do wprowadzenia jakich zmian do pro-

jektu ustawy chciał zobowiązać się Minister ani czy będą one zgodne z oczekiwaniami środowisk medycznych.

- Tak lakoniczne, bazujące na niejasnej deklaracji postanowienie porozumienia było by trudne do zweryfikowania czy zostało ono zrealizowane, czy nie i mogłoby prowadzić w konsekwencji do odmiennych ocen obu stron i rozmów i jałowych sporów na tym tle.

#### **Ad. Paragraf 6**

Dotyczył urlopów na poratowanie zdrowia.

Ministerstwo Zdrowia próbuje skierować sprawę urlopów na poratowanie zdrowia na boczne tory, angażując w to Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej (MRiPS). To sprawia, że jakiegokolwiek możliwości legislacyjne są znacznie wydłużone i nie pozwalają na złożenie żadnej wiążącej obietnicy przez przedstawicieli MZ, bez obecności MRiPS, którego przedstawiciele nie uczestniczyli w rozmowach. W ocenie Komitetu, urlop, o którym mówimy, jest niezbędny, aby pracownicy ochrony zdrowia mogli skutecznie zająć się swoim zdrowiem. Stanowisko Ministerstwa w tym zakresie zmierza do maksymalnego utrudnienia ubiegania się o taki urlop, angażując w to lekarza orzecznika ZUS, ponadto zapro-

ponowali, aby o taki urlop można się było ubiegać po 20 latach pracy w zawodzie medycznym, a nie, tak jak postulujemy po 15 latach pracy oraz skrócono długość jego trwania do maksymalnie 6 miesięcy wobec propozycji maksymalnie 3 lat w ciągu całego okresu zatrudniania. Urlop zdrowotny miałyby być płacony jak L4 a nie jak postuluje Komitet jako średnia urlopowa.

#### **Ad. Paragraf 7**

Dotyczył ustaw o zawodzie ratownika medycznego i diagnosty laboratoryjnego.

Minister Zdrowia w Porozumieniu Intencyjnym nie określił terminów ich wejścia w życie, ani nie określił zakresu merytorycznego ustaw o zawodzie ratownika medycznego, o medycynie laboratoryjnej i ustawie o innych zawodach medycznych.

#### **Ad. Paragraf 8**

Dotyczył zatrudnienia dodatkowego personelu pomocniczego

Postanowienia o gotowości do prowadzenia dalszych prac w zakresie zatrudniania dodatkowego personelu pomocniczego należy traktować jedynie jako pustą deklarację. Gotowość do współpracy ze wszystkimi środowiskami w zakresie poprawy systemu ochrony zdrowia

powinna być bezdyskusyjna i trudno ją traktować jako zobowiązanie zaciągnięte wobec protestujących medyków. Komitet oczekiwał konkretnych działań w zakresie zwiększenia zatrudnienia personelu pomocniczego, a także określenia norm zatrudnienia, które bardzo konkretnie określił w toku rozmów Komitet. Zamiast konkretów Ministerstwo zaproponowało, że będzie gotowe do dalszych prac. Taka deklaracja nie jest odpowiedzią na postulat Komitetu.

**Zamykamy temat nieporozumienia NIEporozumienia, bo w naszej ocenie nie warto dłużej się nad nim rozwodzić. Jeszcze w tym tygodniu, najprawdopodobniej jutro, Komitet przedstawi projekt optymalnego porozumienia. Dokument jest opracowywany z prawnikami. Wraz z treścią porozumienia proponujemy rozmowy w gronie osób decyzyjnych. Ze spotkań z wiceministrem nic nie wynikało, bo nie ma on mandatu ani kompetencji do podejmowania decyzji finansowych dotyczących budżetu państwa. Ponownie będziemy wnioskować o spotkanie z Panem Premierem oraz przedstawicielami ministra finansów.**



**OGÓLNOPOLSKI KOMITET  
PROTESTACYJNO-STRAJKOWY  
PRACOWNIKÓW OCHRONY ZDROWIA**

Warszawa, 13 października 2021 r.

**Pan Mateusz Morawiecki  
Prezes Rady Ministrów**

#### **Szanowny Panie Premierze,**

Ogólnopolski Komitet Protestacyjno-Strajkowy Pracowników Ochrony Zdrowia to blisko 600 tys. pracowników publicznej ochrony zdrowia. Walczymy o warunki, które umożliwiają realizację potrzeb pacjentów i wykonywanie naszych obowiązków, czyli ratowanie i dbanie o ludzkie życie i zdrowie na najwyższym poziomie oraz w zgodzie z naszą wiedzą oraz umiejętnościami.

Sytuacja w systemie ochrony zdrowia ewidentnie pogarsza się, pandemia obnażyła skalę wszechobecnego problemu. Każdy z nas, zderzył się z problemem dostępu do lekarza -tak pierwszego kontaktu jak i specjalisty, z długim oczekiwaniem na karetkę, trudnościami związanymi z wykonywaniem badań diagnostycznych i z długimi kolejkami do rehabilitacji.

Mając tego pełną świadomość, zmagając się każdego dnia z systemowymi niedomogami i dramatem naszych pacjentów tkwiących w kolejkach, po wyczerpaniu formuły spotkań z wiceministrem powołanym do prowadzenia z nami dialogu, zwracamy się do Pana, jako osoby decyzyjnej. Rozmowy o ochronie zdrowia nie są w stanie zamknąć się w obszarze kompetencji jednego resortu. W celu wypracowania

rozwiązań mogących zmienić oblicze polskiego systemu ochrony zdrowia, potrzebny jest bezpośredni dialog z premierem, umożliwiający w sposób wieloaspektowy odniesienie się do problemów i potrzeb naszych pacjentów.

Chcemy poprawy sytuacji w systemie ochrony zdrowia. Minister Zdrowia sprowadził nasze postulaty jedynie do kwestii podwyżek wynagrodzeń, co jest niezrozumiałe i opinię publiczną wprowadza w błąd. Zaprezentowane 7 października 2021 r. przez Ministra Zdrowia Porozumienie było osadzone na tak dużym poziomie ogólności i miało tak wielkie braki merytoryczne, że trudno je nawet uznać za projekt dokumentu. Szczegółowo punkt po punkcie przeanalizowaliśmy treść i wskazaliśmy, że to, co zostało napisane na tych kartkach, nie miało nawet podstaw, by nazywać się porozumieniem. Nasuwa się nam wniosek, że Minister Zdrowia potrzebuje wsparcia merytorycznego, szczególnie w zakresie strategicznego planowania finansowego.

Panie Premierze,

Zdrowie Polaków, to sprawa ogólnonarodowa i dotyczy wszystkich ponad podziałami politycznymi i społecznymi. Debat i rozmów na ten temat było już bardzo dużo i wypracowano wie-

le koncepcji poprawy sytuacji. Minister Zdrowia w swojej szufladzie trzyma powstałe z jego udziałem opracowanie „Strategiczne kierunki rozwoju systemu ochrony zdrowia w Polsce”. Pomysły oraz sprawdzone w innych krajach rozwiązania są, ale brakuje woli politycznej do ich wprowadzenia.

Dziś do Pana Premiera RP kierujemy projekt opracowanego prawdziwego porozumienia, które może być impulsem do podjęcia działań i wprowadzenia konstruktywnych zmian. Chcemy podpisać dokument stanowiący zobowiązanie w formie podstawy prawnej do wypłaty wynagrodzeń oraz do rzeczywistej wyceny świadczeń w określonym terminie, będący jasnym wyrazem woli współpracy przy szybkim wprowadzaniu zmian legislacyjnych, z określonym czasem wejścia w życie takich zmian, a nie zbiór intencji, deklaracji i założeń czy planów.

Zwracamy się kolejny raz z prośbą o spotkanie. Liczymy, że naszej kolejnej prośby nie pozostawi Pan bez odpowiedzi. Niezależnie od odpowiedzi, odpowiedzialność za zdrowie każdego obywatela naszego kraju, wśród których są Pana wyborcy, pozostanie Pana odpowiedzialnością.

Chcemy leczyć, nie protestować. Chcemy rozmawiać i być szanowani. Jesteśmy

przekonani, że właśnie rozmowy z Panem Premierem dobre przyniosą rozwiązania. Nie wierzymy, żeby Premier blisko 40-milionowego państwa mógłby przejść obok jednego z ważniejszych problemów swojego kraju bezrefleksyjnie i nie podjąć próby jego rozwiązania, szczególnie, że dotyczy on praktycznie wszystkich obywateli Polski i zwłaszcza, że inne próby rozmów spęły na niczym. Protest trwa już ponad miesiąc. O ponad miesiąc za długo. Problemy kumulowały się latami. O lata za długo.

Szanowny Panie Premierze proszę przyjąć nasze zaproszenie na spotkanie z przedstawicielami Ogólnopolskiego Komitetu Protestacyjno-Strajkowego Pracowników Ochrony Zdrowia 15 października 2021 o godz. 9.00 w siedzibie Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych przy ul. Pory 78 lok. 10 w Warszawie.

W załączeniu przedstawiamy:

1. Projekt Porozumienia intencyjnego Ministra Zdrowia z dnia 7.10.2021 r.
2. Uwagi Ogólnopolskiego Komitetu Protestacyjno-Strajkowego Pracowników Ochrony Zdrowia do ww. dokumentu.
3. Projekt Porozumienia opracowany przez Ogólnopolski Komitet Protestacyjno-Strajkowy Pracowników Ochrony Zdrowia z dnia 13.10.2021 r.

### W imieniu Ogólnopolskiego Komitetu Protestacyjno-Strajkowego Pracowników Ochrony Zdrowia

Krystyna Ptok  
Przewodnicząca Ogólnopolskiego  
Związku Zawodowego Pielęgniarek  
i Położnych

Artur Drobniak  
Wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej

Ogólnopolski Związek Zawodowy  
Pielęgniarek i Położnych  
Longina Kaczmarek  
Wiceprzewodnicząca OZZPiP

Ogólnopolski Związek Zawodowy  
Pracowników Diagnostyki Medycznej  
i Fizjoterapii  
Ewa Ochrymczuk  
Przewodnicząca OZZPDMiF  
Dorota Kowalczyk-Cyran  
Wiceprzewodnicząca OZZPDMiF

Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy  
Grażyna Cebula-Kubat  
Wiceprzewodnicząca Zarządu Krajowego  
OZZL

Zdzisław Szramik  
Wiceprzewodniczący Zarządu Krajowego  
OZZL

Ogólnopolski Związek Zawodowy  
Techników Medycznych Radioterapii  
Monika Mazur  
Przewodnicząca OZZTMR  
Agata Wajdzik  
Wiceprzewodnicząca OZZTMR

Ogólnopolski Związek Zawodowy  
Pracowników Bloku Operacyjnego  
Anestezjologii i Intensywnej Terapii  
Beata Rozner  
Przewodnicząca OZZPBOAiIT

Wioletta Słowińska  
Wiceprzewodnicząca OZZPBOAiIT

Naczelna Izba Lekarska  
Tomasz Imiela  
członek NRL

Związek Zawodowy Pracowników  
Ministerstwa Spraw Wewnętrznych  
i Administracji Publicznej  
Beata Kalicka  
Przewodnicząca ZZPMSWiAP

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych  
Mariola Łodzińska  
Wiceprezes NRPiP  
Andrzej Tytuła  
członek Prezydium NRPiP  
Krajowa Izba Fizjoterapeutów  
Maciej Krawczyk  
Prezes KRF

Tomasz Niewiadomski  
Wiceprezes KRF

Krajowa Izba Diagnostów  
Laboratoryjnych  
Alina Niewiadomska  
Prezes KRDL  
Matylda Kłudkowska  
Wiceprezes KRDL

Krajowy Związek Zawodowy  
Pracowników Ratownictwa Medycznego  
Roman Badach-Rogowski  
Przewodniczący KZZPRM

Ogólnopolski Związek Zawodowy  
Techników Medycznych Elektroradiologii  
Cezary Staroń  
Przewodniczący OZZTMB

Ewa Dziurda-Józefowska  
Wiceprzewodnicząca OZZTME

Polskie Towarzystwo Ratowników  
Medycznych  
Jarosław Madowicz  
Prezes PTRM

OGÓLNOPOLSKI KOMITET PROTESTACYJNO-STRAJKOWY PRACOWNIKÓW OCHRONY ZDROWIA w składzie: Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych \* Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy \* Ogólnopolski Związek Zawodowy Pracowników Diagnostyki Medycznej i Fizjoterapii Ogólnopolski Związek Zawodowy Techników Medycznych Radioterapii \* Ogólnopolski Związek Zawodowy Pracowników Bloku Operacyjnego Anestezjologii i Intensywnej Terapii Związek Zawodowy Pracowników Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji Publicznej \* Naczelna Izba Lekarska \* Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych \* Krajowa Izba Fizjoterapeutów \* Krajowa Izba Diagnostów Laboratoryjnych \* Krajowy Związek Zawodowy Pracowników Ratownictwa Medycznego \* Polskie Towarzystwo Ratowników Medycznych \* Ogólnopolski Związek Zawodowy Techników Medycznych Elektroradiologii 1 Federacja Porozumienie Zielonogórskie

## Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Białym Miasteczku

Aby wspomóc nasze Koleżanki i Kolegów w walce o lepsze jutro członkowie OI PiP w Krośnie w dniu 3 listopada 2021 r. pełnili dyżur w Białym Miasteczku 2.0. To był już 54 dzień trwania Białego Miasteczka. Przez cały ten okres przedstawiciele wszystkich zawodów medycznych protestowali w Warszawie przy Kancelarii Prezesa Rady Ministrów. Niektórzy z nich w ogóle nie wrócili do swoich domów, dyżurowali bez dnia przerwy, bez kontaktu z rodziną

i przyjaciółmi. Dlatego też na podstawie wspólnych uzgodnień środowiska zawodowego przyjęto plan dyżurów na kolejne dni przez poszczególne okręgowe izby pielęgniarek i położnych funkcjonujące na terenie danych województw. Z terenu województwa podkarpackiego pierwszy dyżur w Białym Miasteczku w dniu 18 października 2021 r. pełnili członkowie Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Rzeszowie. Tym razem w Białym Miasteczku byliśmy „My” - członkowie

Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Krośnie. Właśnie po to, aby wspólnymi siłami zmienić sytuację zarówno polskich pacjentów jak i pracowników służby zdrowia, w tym również naszej grupy zawodowej. Poniżej przedstawiamy kilka zdjęć z tego wydarzenia.

Przewodnicząca ORPiP w Krośnie  
Renata Michalska

Sekretarz ORPiP w Krośnie  
Ewa Czupska





fol. OIPiP Krosno



### OGÓLNOPOLSKI KOMITET PROTESTACYJNO-STRAJKOWY

PRACOWNIKÓW OCHRONY ZDROWIA

Warszawa, 24 listopada 2021 r.

#### KOMUNIKAT

Czwarta fala pandemii zmienia nasze życie. To Pacjenci cierpią najbardziej, niestety ograniczony jest dostęp do specjalistów, którzy normalnie zajmują się leczeniem innych schorzeń niż COVID-19. Także my, medycy każdego dnia mierzymy się z trudnymi wyzwaniami. Coraz więcej z nas pracuje w szpitalach covidowych. To powoduje, że inne miejsca zostają bez potrzebnej obsady. Koleżanki alarmują, że na OIOM-ie w jednym ze szpitali tymczasowych na dyżurze na 12 pacjentów powinno być 6 pielęgniarek, a są tylko 2, bo niestety brakuje personelu.

To co dzieje się w ochronie zdrowia podczas kolejnej fali pandemii i obecna sytuacja naszych chorych nie pozwala nam kontynuować protestu w tej formie, póki IV fala nie wygaśnie. Rząd nadal nie podejmuje żadnych działań mających pomóc medykom walczyć z pandemią, liczba chorych jest znacznie wyższa, niż w oficjalnych statystykach.

**RZĄD SWOJĄ BIERNOŚCIĄ SKAZUJE POLAKÓW NA WALKĘ O PRZETRWANIE, A MY – MEDYCY - ROBIMY WSZYSTKO, BY URATOWAĆ JAK NAJWIĘCEJ POLAKÓW.**

Nasza misja i odpowiedzialność za ich zdrowie i życie spowodowała, iż **PODJĘLIŚMY DECYZJĘ O ZMIANIE FORMUŁY DZIAŁALNOŚCI BIAŁEGO MIASTECZKA I PRZENOSIMY JEGO DZIAŁANIE DO SIECI.**

Pozostawiamy symbole Białego Miasteczka. W przestrzeni wirtualnej będziemy kontynuować komunikację z pacjentami. Zaczynamy współpracę z organizacjami pacjentów, bo nikt inny jak właśnie pacjenci są najbardziej poszkodowani w tej sytuacji.

Podkreślamy, że Komitet Protestacyjny i Białe Miasteczko 2.0 nadal działają, zmieniamy tylko formę aktywności. Sprawy medyków, problemy publicznej ochrony zdrowia wciąż pozostają nierozwiązane! **I JEŚLI BĘDZIE TAKA POTRZEBA, PONOWNIE WYJDEMY NA ULICĘ.**

Tylko ciągły dialog, ale i również presja na decydentów może doprowadzić do pozytywnych zmian. Gdyby nie nasze działania, Zespół Trójstronny nie przyjąłby stanowiska w sprawie zmian płac. **ALE NIE TU TKWI SEDNO PROTESTU: DOMAGAMY SIĘ ZMIAN, KTÓRE POLEPSZĄ SYTUACJĘ PACJENTÓW, A NIE TYLKO PRACOWNIKÓW OCHRONY ZDROWIA.**

Cały czas deklarujemy wolę dialogu. Nie stoimy po dwóch stronach barykady, jak wydaje się decydentom. Chcemy współpracować, żeby uniknąć dalszej tragedii, której akt pierwszy właśnie obserwujemy w ochronie zdrowia. Nasze zdrowie jest chore, a przyszpitalne prosekatoria zapełniają się zmarłymi. Nieustająco domagamy się od ministra zdrowia zmian, które uwzględnią nasze postulaty i zmienią sytuację na lepszą. Naszym celem jest ratowanie zdrowia i życia Polek i Polaków. Miejmy nadzieję, że ten cel przyświeca także tym, którzy decydują o sytuacji w publicznej ochronie zdrowia, czyli polskiemu rządowi z Premierem i Ministrem Zdrowia na czele.

W imieniu  
Ogólnopolskiego Komitetu Protestacyjno-Strajkowego  
Pracowników Ochrony Zdrowia

*Krzysztof Ptak*  
Przewodnicząca  
Ogólnopolskiego Związku Zawodowego  
Pielęgniarek i Położnych

*Artur Drobnik*  
Wiceprezes  
Naczelnej Rady Lekarskiej

## Stanowisko nr 54 Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 5 października 2021 r.

w sprawie przywrócenia obowiązku stosowania przez świadczeniodawców minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych oraz wznowienia prac w zakresie wdrożenia norm zatrudnienia w poszczególnych zakresach świadczeń zdrowotnych dotychczas nieobjętych regulacjami prawnymi

Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych wyraża stanowczy sprzeciw wobec braku przywrócenia norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych wprowadzonym rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 11 października 2018 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego.

Po raz kolejny, we wrześniu 2021 r. normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych zostały zawieszono, co bezpośrednio wpływa na bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów i jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych.

Brak wymogu obowiązku zatrudnienia określonej liczby pielęgniarek i położnych prowadzi do znacznego zmniejszenia przez kierowników podmiotów leczniczych liczby pielęgniarek i położnych na dyżurach w poszczególnych oddziałach szpitalnych, często doprowadzając do stosowania jednoosobowych obsad pielęgniarek i położnych w tych podmiotach.

Do Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych wpływają liczne sygnały, iż

brak wskaźników zatrudnienia w poszczególnych oddziałach szpitalnych doprowadza także do niezatrudniania absolwentów szkół wyższych na kierunku pielęgniarstwo lub kierunku położnictwo.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych rozumie, iż okres pandemii był szczególnym okresem, w którym wszelkie siły i środki należało przeznaczyć do szpitali jednoimiennych i oddziałów covidowych. Jednakże, obecnie wszystkie podmioty lecznicze starają się zrealizować umowy zawarte z Narodowym Funduszem Zdrowia w latach 2020-2021, co skutkuje znacznie zwiększoną ilością udzielanych świadczeń zdrowotnych, na rzecz zdecydowanie większej liczby pacjentów, co bezsprzecznie wymaga zwiększenia obsad pielęgniarek i położnych w danym oddziale szpitalnym.

Ponadto, należy mieć na uwadze fakt, iż w świetle pogarszających się warunków pracy w podmiotach leczniczych na stanowiskach pielęgniarek i położnych, o których mowa powyżej, zauważalna jest tendencja braku podejmowania pracy na tych stanowiskach przez

absolwentów kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo.

Zdaniem Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych istnieje potwierdzenie zależności pomiędzy niewłaściwym poziomem obsady pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych, a niską jakością świadczonych usług zdrowotnych, a tym samym bezpieczeństwem pacjentów, oraz bezpiecznym wykonywaniem zawodu pielęgniarek i położnych.

NRPiP wnosi o pilne przywrócenie norm zatrudnienia z zakresu leczenia szpitalnego oraz o wznowienie prac nad wskaźnikami norm zatrudnienia w pozostałych gwarantowanych rodzajach świadczeń opieki zdrowotnej, tj. opieka paliatywna, opieka długoterminowa, rehabilitacja lecznicza, ambulatoryjna opieka specjalistyczna, leczenie uzdrowiskowe.

*Prezes NRPiP  
Zofia Małas  
Sekretarz NRPiP  
Joanna Walewander*

## Stanowisko nr 55 Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 5 października 2021 r.

w sprawie pilnego wprowadzenia obowiązku stosowania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek w podmiotach leczniczych realizujących świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie opieki psychiatrycznej oraz leczenia uzależnień

Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych wyraża stanowczy sprzeciw wobec braku minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek w podmiotach leczniczych wykonujących świadczenia gwarantowane z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień.

Zdaniem Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych wprowadzenie w życie z dniem 3 grudnia 2020 roku rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 grudnia 2020 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycz-

nej i leczenia uzależnień, które zniósłoby minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. (Dz. U. z 2019 r., poz. 1285 ze zm.) skorygowane następnie rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 5 październi-

ka 2020 r. (Dz. U. z 2020 r., poz. 1785) - prowadzi do znacznego pogłębienia problemów organizacyjnych w lecznictwie psychiatrycznym.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych od wielu lat monitoruje, iż system lecznictwa psychiatrycznego, nie zapewnia osobom z zaburzeniami psychicznymi kompleksowej i powszechnie dostępnej psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Dostępność do oddziałów psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży jest zależna od miejsca zamieszkania, w przypadkach gdy w tych oddziałach nie ma wolnych miejsc, małoletni pacjenci są umieszczani na oddziałach dla dorosłych. Nie wprowadzono rozwiązań, które mogły ograniczyć zróżnicowanie terytorialne w dostępie do leczenia psychiatrycznego dla małoletnich pacjentów. Nie zostały w pełni zrealizowane cele programu psychiatrii środowiskowej polegające na

zmniejszeniu liczby hospitalizacji oraz położeniu nacisku na opiekę nad pacjentem w jego miejscu zamieszkania i profilaktykę zdrowia psychicznego.

Na powyższe nakładają się niedofinansowanie oraz brak przepisów gwarantujących minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek w opiece psychiatrycznej i leczeniu uzależnień, które w konsekwencji nie zapewniają należytej bezpiecznej opieki zdrowotnej pacjentom oraz bezpieczne wykonywanie zawodu przez pielęgniarki.

Kierownicy podmiotów w lecznictwie psychiatrycznym wobec braku wymogu wskaźników norm zatrudnienia znacznie zmniejszają liczbę zatrudnionych pielęgniarek w oddziałach, co często prowadzi do występowania jednoosobowych obsad w oddziałach szpitalnych. Psychiatryczne oddziały szpitalne są oddziałami o wysokiej specyfice

i niezapewnienie właściwych obsad pielęgniarek przekłada się na występowanie znacznie zwiększonej liczby zdarzeń niepożądanych u pacjentów, pobiciach pielęgniarek, lub rezygnacji pielęgniarek z pracy w danym oddziale ze względu na znaczne pogorszenie warunków pracy.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych mając na uwadze ogromne zagrożenie bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów i bezpiecznego wykonywania zawodu przez pielęgniarki pilnie wnosi o wprowadzenie przepisów prawa określających wskaźniki minimalnych norm zatrudnienia z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień.

*Prezes NRPiP  
Zofia Małaś  
Sekretarz NRPiP  
Joanna Walewander*

## Dodatki covidowe dla medyków: nowe zasady rozliczania

Od 1 listopada 2021 roku personel medyczny otrzyma dodatkowe wynagrodzenie covidowe za każdą godzinę opieki nad pacjentem z podejrzeniem i z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2. Dla placówek medycznych, które leczą pacjentów z COVID-19, oznacza to czytelniejsze reguły przyznawania dodatku covidowego.

Od 1 listopada 2021 roku tzw. dodatek covidowy przysługuje personelowi medycznemu za każdą godzinę pracy z pacjentami z podejrzeniem i z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2.

### Koniec z incydentalnością

To zmiana oczekiwana przez placówki medyczne leczące pacjentów z COVID-19. Kierownicy tych placówek mieli często trudności z doбором kryteriów, po spełnieniu których personel medyczny kwalifikował się do otrzymania dodatkowego wynagrodzenia. Wątpliwości budziła tzw. incydentalność w udzielaniu pomocy pacjentom hospitalizowanym ze względu na podejrzenie i zakażenie koronawirusem.

Wprowadzenie godzinowego rozliczania czasu pracy przy pacjencie covidowym znacznie ułatwia placówkom medycznym wskazanie osób, które powinny otrzymać dodatek oraz indywi-

dualne określenie jego wysokości. Nowe zasady są jednolite w skali kraju i obowiązują na oddziałach placówek medycznych, które zapewniają łóżka dla osób z COVID-19 (tzw. II poziom zabezpieczenia covidowego).

Nie będą więc możliwe sytuacje, jak jeszcze na wiosnę tego roku, gdy do dodatków covidowych w pełnej wysokości za cały miesiąc pracy zgłaszani byli pracownicy, którzy przy pacjentach covidowych przepracowali kilka godzin w ciągu 30 dni.

### Konkretny termin na korekty informacji o dodatkach

Znowelizowane polecenie Ministra Zdrowia dla Prezesa NFZ w sprawie wypłaty dodatkowego świadczenia pieniężnego w związku z COVID-19 doprecyzowuje ramy czasowe na wprowadzanie korekt do informacji o liczbie personelu, który kwalifikuje się do otrzymania dodatku i wysokości środków niezbędnych do wypłaty dodatku.

Zgodnie z nowymi przepisami korekty informacji (za okres do 30 września 2021 r.) o wysokości środków niezbędnych do wypłaty dodatkowego wynagrodzenia, łącznie z kosztami pracodawcy<sup>[1]</sup>, kierownicy placówek medycznych muszą przekazać do NFZ, do 15 listopada 2021 r.

W przypadku korekt informacji w kolejnych okresach, kierownicy placówek medycznych będą musieli przedstawić w ciągu dwóch miesięcy, licząc od końca miesiąca, którego dotyczy informacja. Do 10 listopada placówki medyczne mają czas na przesłanie do NFZ informacji za październik 2021. Ewentualne korekty tej informacji placówki, według nowych reguł, będą mogły złożyć maksymalnie do 31 grudnia 2021 roku.

Wprowadzenie jasnych ram czasowych zapobiegnie przedłużaniu czasu na poprawki dokumentów, w efekcie personel medyczny, który zostanie zakwalifikowany do otrzymania dodatku po korekcie, szybciej otrzyma wypłatę.

### Kto otrzymuje dodatkowe wynagrodzenie i w jakiej wysokości?

Dodatek covidowy wynosi 100% wynagrodzenia, które wynika z umowy o pracę lub z umowy cywilnoprawnej, należnego za każdą godzinę pracy osoby, która (kryteria poniżej muszą być spełnione łącznie):

- wykonuje zawód medyczny
- uczestniczy w udzielaniu świadczeń zdrowotnych i ma bezpośredni kontakt z pacjentami z podejrzeniem i z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2



c. pracuje na oddziałach, w których placówka medyczna zapewnia łóżka dla pacjentów z podejrzeniem oraz z potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2 (tzw. II poziom zabezpieczenia covidowego).

Maksymalna miesięczna kwota dodatku nie może przekroczyć 15 tys. zł.

Środki na dodatkowe wynagrodzenie pochodzą z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19.

### Trzy dni na wypłatę dodatku covidowego

Narodowy Fundusz Zdrowia odpowiada za przekazanie placówkom medycz-

nym środków na sfinansowanie dodatkowego wynagrodzenia. Fundusz wypłaca placówkom należne środki w terminie 3 dni, pod warunkiem, że przesłane dokumenty są prawidłowe i nie wymagają korekty lub uzupełnienia. Czas potrzebny na wypłatę dodatkowego wynagrodzenia zależy w największym stopniu od jakości i kompletności danych otrzymanych przez NFZ z placówek medycznych.

### Ponad 8 miliardów złotych na dodatkowe wynagrodzenie

Do tej pory Narodowy Fundusz Zdrowia wypłacił już ponad 8,2 miliarda zło-

tych na dodatki covidowe dla personelu medycznego i niemedycznego, w tym:

a. 8,06 miliarda złotych dla personelu medycznego

b. 219 milionów złotych (dodatki jednorazowe) dla pozostałego personelu.

<sup>[1]</sup> Składki na ubezpieczenie społeczne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych i Fundusz Emerytur Pomostowych, koszty wpłat na Pracownicze Plany Kapitałowe.

Źródło: Narodowy Fundusz Zdrowia



## OKRĘGOWA IZBA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH OKRĘGOWA RADA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH W KROŚNIE

OIPiP-0010.136.2021

Krosno, dnia 7 września 2021 r.

### Pani Zofia Małas

Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w Warszawie

W imieniu Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie zwracam się z prośbą o wyjaśnienie wątpliwości prawnych dotyczących możliwości zatrudnienia pielęgniarek w Domach Pomocy Społecznej na zasadach wynikających z art. 26 ust. 5 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2021 r., poz. 479 z późn. zm.).

Stosownie do brzmienia powołanego powyżej przepisu, w okresie ogłoszenia stanu epidemicznego lub stanu epidemii pielęgniarka lub położna, o której mowa w ust. 1 jest zwolniona z odbycia przeszkolenia, o którym mowa w ust. 1, pod warunkiem, że przez pierwsze trzy miesiące wykonywania zawodu ta pielęgniarka lub położna udziela świadczeń zdrowotnych pod nadzorem innej pielęgniarki lub położnej. Wątpliwości dotyczące możliwości zatrudnienia pielęgniarek w domach pomocy społecznej wynikają ze stanowiska zaprezentowanego przez Ministerstwo Zdrowia w piśmie z dnia 1 czerwca 2021 r. znak:

RKPM.024.6.2021. W przywołanym piśmie Departament Rozwoju Kadr Medycznych zaprezentował pogląd, zgodnie z którym dom pomocy społecznej nie jest świadczeniodawcą w rozumieniu art. 5 pkt. 41 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i nie jest podmiotem prowadzącym działalność leczniczą w rozumieniu ustawy o działalności leczniczej. Zdaniem Departamentu w świetle obowiązujących przepisów prawa świadczenia zdrowotne na terenie domów pomocy społecznej mogą być udzielane przez osoby wykonujące zawody medyczne, w tym pielęgniarki, ale zatrudnione przez podmiot leczniczy – na podstawie umowy zawartej pomiędzy tym podmiotem leczniczym a domem pomocy społecznej. Z wyjaśnień Departamentu wynika ponadto, że dom pomocy społecznej może być podmiotem leczniczym jako jednostka budżetowa (zgodnie z art. 4 ust. 1 pkt. 3 ustawy z dnia 15 kwietnia

2011 r. o działalności leczniczej), ale po uprzednim wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.

Zaprezentowane w przywołanym piśmie stanowisko w naszej ocenie wyklucza zatem możliwość zastosowania rozwiązania przyjętego w przepisie art. 26 ust. 5 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej do pielęgniarek zatrudnionych w domach pomocy społecznej.

Wyrażony pogląd koresponduje z wcześniejszym stanowiskiem zaprezentowanym w piśmie wydanym przez Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 5 sierpnia 2010 r. (skan pisma w załączeniu), w którym stwierdzono, że pielęgniarki zatrudnione w domach pomocy społecznej nie są uprawnione do udzielania świadczeń pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej.

W naszej ocenie tak przedstawiona interpretacja przepisu art. 26 ust. 5 pozostaje w sprzeczności z celem jaki sta-

nowił podstawę do przyjęcia takiej regulacji. Według naszej opinii powołany powyżej przepis ma na celu umożliwienie wykonywania zawodu przez pielęgniarki i położne, które posiadają przerwę w wykonywaniu zawodu w rozumieniu art. 26 ust. 1 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej i stanowi odpowiedź na

potrzebę pilnego zabezpieczenia opieki pielęgniarskiej w okresie epidemii wywołanej wirusem SARS Cov-2 oraz brakiem pielęgniarek na rynku pracy.

Ponadto na problem braku kadry pielęgniarskiej zwracają uwagę dyrektorzy domów pomocy społecznej, którzy są

odpowiedzialni za prawidłowe funkcjonowanie tych placówek.

*Przewodnicząca Okręgowej  
Rady Pielęgniarek i Położnych  
Renata Michalska*



## NACZELNA IZBA PIELEŃGNIAREK I POŁOŻNYCH

NIPiP-NRPiP-DM.0025.125.2021.MK

Warszawa, dnia 4 października 2021 r.

### **Pani Renata Michalska**

Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie

#### **Szanowna Pani Przewodnicząca**

W odpowiedzi na pismo znak: OI-PiP-0010.136.2021 z dnia 7 września 2021 r. - zapytanie w sprawie zatrudnienia pielęgniarek w domach pomocy społecznej (dalej: „DPS”), na zasadach wynikających z art. 26 ust. 5 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (t.j. Dz. U. z 2021 r., poz. 479 ze zm.) - dalej: „ustawa”, wyjaśniam jak poniżej.

Zgodnie z art. 26 ust. 1 ustawy - pielęgniarka lub położna, które nie wykonują zawodu łącznie przez okres dłuższy niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat, a zamierzają podjąć jego wykonywanie, mają obowiązek zawiadomić o tym właściwą okręgową radę pielęgniarek i położnych i odbyć trwające nie dłużej niż 6 miesięcy przeszkolenie pod nadzorem innej osoby uprawnionej do wykonywania odpowiednio zawodu pielęgniarki lub położnej, legitymującej się co najmniej 5-letnim doświadczeniem zawodowym, zwanej dalej „opiekunem”. Opiekuna wskazuje kierownik podmiotu, w którym odbywa się przeszkolenie. Treść ustępu 5 ww. przepisu stanowi, iż w okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii pielęgniarka lub położna, o której mowa w ust. 1, jest zwolniona z odbycia przeszkolenia, o którym mowa w ust. 1, pod warunkiem, że przez pierwsze 3 miesiące wykonywania zawodu **udziela świadczeń zdrowotnych** pod nadzorem innej pielęgniarki lub położnej.

Zgodnie z art. 4 ust. 1 ustawy, 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.

Zgodnie z art. 4 ust. 2 pkt 9 ustawy, zatrudnienie w PPS uważa się również za wykonywanie zawodu pielęgniarki, z uwzględnieniem uprawnień zawodowych pielęgniarki określonych w ustawie. Definicja świadczeń zdrowotnych zawarta w art. 2 ust. 1 pkt 10 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2021 r., poz. 711 ze zm.), określa powyższe świadczenia jako działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania.

Zgodnie z art. 55 ustawy z 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (t.j. Dz. U. z 2020 r., poz. 1876 ze zm.), DPS świadczy usługi bytowe, opiekuńcze, wspomagające i edukacyjne na poziomie obowiązującego standardu, w zakresie i formach wynikających z indywidualnych potrzeb osób w nim przebywających. Nie sprawują natomiast funkcji leczniczych i nie zapewniają świadczeń medycznych. Jednak zgodnie z art. 58 ww. ustawy, domy te umożliwiają i organizują mieszkańcom pomoc w korzystaniu ze świadczeń opieki zdrowotnej, przysługujących im na podstawie ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2021 r., poz. 1285 ze zm.). Mogą pokrywać wydatki ponoszone na niezbędne usługi pielęgnacyjne w zakresie wykraczającym poza uprawnienia wynikające z przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej, finansowanych ze środków publicznych, co uzasadnia także zatrudnienie pielęgniarek (art. 58 ust. 4 ustawy o pomocy społecznej).

Na podstawie § 5 ust. 1 pkt 2 lit. a i b rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy społecznej (Dz. U. z 2018 r., poz. 734 ze zm.) DPS, niezależnie od typu, świadczy usługi opiekuńcze polegające m.in. na udzielaniu pomocy w podstawowych czynnościach życiowych, pielęgnacji.

Niezależnie od powyższego poza DPS, zgodnie z art. 68 ust. 1 pkt 1 oraz ust. 3

pkt 4 ustawy o pomocy społecznej, opieka w **placówkach zapewniających całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku** polega na świadczeniu przez całą dobę usług m.in. opiekuńczych, zapewniających:

- a) udzielanie pomocy w podstawowych czynnościach życiowych,
- b) pielęgnację, w tym pielęgnację w czasie choroby,
- c) opiekę higieniczną (art. 68 ust. 1 pkt 1 ustawy o pomocy społecznej).

Powyższe usługi opiekuńcze w tych placówkach powinny zapewniać m.in. pielęgnację w chorobie oraz pomoc w korzystaniu ze świadczeń zdrowotnych.

Należy rozróżnić status prawny zatrudnienia pielęgniarek w placówkach ochrony zdrowia oraz pielęgniarek w DPS. Wynagrodzenie pielęgniarek zatrudnionych w podmiotach leczniczych

jest finansowane ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia. W przypadku usług świadczonych przez DPS nie ma możliwości finansowania ich przez NFZ, ponieważ są one jednostkami organizacyjnymi pomocy społecznej i większość pielęgniarek, jest zatrudnianych i wynagradzanych ze środków budżetów samorządów, na zasadach rozporządzenia Rady Ministrów z 15 maja 2018 r. w sprawie wynagradzania pracowników samorządowych (Dz. U. z 2018 r., poz. 936) - załącznik nr 3 F: Stanowiska w samorządowych jednostkach organizacyjnych - poz. 41.

Sposób finansowania wynagrodzenia pielęgniarek zatrudnionych w DPS nie zmienia faktu, iż w świetle z art. 4 ust. 1 ustawy, pielęgniarki te wykonują świadczenia zdrowotne na zlecenie lekarzy ubezpieczenia zdrowotnego, czyli lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej,

lekarzy specjalistów z ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, lekarzy z oddziałów szpitalnych (w ramach zleceń przy wypisie pacjenta ze szpitala) lub lekarzy spoza publicznej opieki zdrowotnej.

Jeżeli pielęgniarka zatrudniona w DPS realizuje świadczenia zdrowotne zleczone przez ww. lekarzy lub wykonuje inne świadczenia zdrowotne w ramach kompetencji pielęgniarki, to znajduje do niej zastosowanie uprawnienie określone w art. 26 ust. 5 ustawy, co oznacza, iż może być zwolniona z odbycia przeszkolenia, o którym mowa w art. 26 ust. 1 ustawy, pod warunkiem, że przez pierwsze 3 miesiące wykonywania zawodu udziela świadczeń zdrowotnych pod nadzorem innej pielęgniarki.

*Z wyrazami szacunku  
Wiceprezes NRPiP  
Mariola Łodzińska*



## NACZELNA IZBA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH

### Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

NIPiP-NRPiP-DM.025.41.2021.MK

Warszawa, dnia 8 kwietnia 2021 r.

#### **Pan Krzysztof Sączka**

Zastępca Głównego Inspektora Sanitarnego

#### **Szanowny panie Ministrze**

W związku ze znacznym wzrostem w środowisku domowym liczby pacjentów z potwierdzonym zakażeniem wirusem SARS-CoV-2, u których pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej realizują świadczenia zdrowotne. Zwracam się z prośbą do Pana Ministra o wydanie zaleceń dotyczących przewożenia komunikacją publiczną przez pielęgniarki POZ odpadów medycznych wytworzonych podczas realizacji świadczeń u pacjenta z COVID-19. Do odpadów medycznych należą min. środki ochrony indywidualnej, materiały opatrunkowe, igły, aparaty do przetaczania kroplowych wlewów dożylnych, opakowania po produktach leczniczych, jednorazowy zestaw narzędzi chirurgicznych.

Zgodnie z art. 11 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi

(t.j. Dz. U. z 2020 r., poz. 1845 ze zm.) kierownicy podmiotów leczniczych oraz inne osoby udzielające świadczeń zdrowotnych są obowiązani do podejmowania działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych. Działania te obejmują w szczególności:

- 1) ocenę ryzyka wystąpienia zakażenia związanego z wykonywaniem świadczeń zdrowotnych;
- 2) monitorowanie czynników alarmowych i zakażeń związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywanych świadczeń;
- 3) opracowanie, wdrożenie i nadzór nad procedurami zapobiegającymi zakażeniom i chorobom zakaźnym związanym z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, w tym dekontaminacji:

a) skóry i błon śluzowych lub innych tkanek,

b) wyrobów medycznych, wyrobów medycznych do diagnostyki in vitro, wyposażenia wyrobów medycznych, wyposażenia wyrobów medycznych do diagnostyki in vitro i aktywnych wyrobów medycznych do implantacji, w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych, oraz powierzchni pomieszczeń i urządzeń;

4) stosowanie środków ochrony indywidualnej i zbiorowej w celu zapobieżenia przeniesieniu na inne osoby biologicznych czynników chorobotwórczych;

5) wykonywanie badań laboratoryjnych oraz analizę lokalnej sytuacji epidemiologicznej w celu optymalizacji profilaktyki i terapii antybiotykowej;

6) prowadzenie kontroli wewnętrznej w zakresie realizacji działań, zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych.

Normy § 11 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 października 2017 r. w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi (Dz. U. z 2017 r., poz. 1975), stanowią, iż:

1. Podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych lub prowadzące badania i doświadczenia naukowe w zakresie medycyny stosują, opracowaną przez siebie, szczegółową procedurę postępowania z odpadami medycznymi w zakresie selektywnego zbierania, transportu i wstępnego magazynowania odpadów medycznych wraz z instrukcją selektywnego zbierania odpadów medycznych w miejscu ich powstawania.

2. Osoby udzielające świadczeń zdrowotnych w miejscu wezwania stosu-

ją, opracowaną przez siebie, szczegółową procedurę postępowania z odpadami medycznymi przez osoby udzielające świadczeń zdrowotnych w miejscu wezwania, która zawiera oznaczenie miejsca wstępnego magazynowania odpadów medycznych przez te osoby.

Zgodnie z § 2 ww. rozporządzenia odpady medyczne powstałe w wyniku udzielania świadczeń zdrowotnych w miejscu wezwania przez osoby udzielające świadczeń zdrowotnych, zbierane są do pojemników lub worków, o którym mowa w § 3 ww. rozporządzenia oraz przekazywane niezwłocznie do pomieszczenia lub urządzenia, o którym mowa w § 7 ww. rozporządzenia z zachowaniem odpowiednich środków ostrożności.

Pielęgniarki POZ realizując świadczenia zdrowotne na rzecz pacjentów z potwierdzonym zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 gromadzą odpady medyczne do pojemników lub worków, o których mowa powyżej, jednakże problem budzi kwestia zachowania odpowiednich środków ostrożności w trakcie ich transportu do miejsca magazynowania, w sytuacji gdy ww. pielęgniarki poruszają się komunikacją publiczną.

W związku z powyższym, zwracamy się do Pana Ministra z prośbą o wydanie szczegółowych wytycznych zachowania odpowiednich środków ostrożności przy wykonywaniu powyższego transportu.

Wiceprezes NRPiP  
Mariola Łodzińska



GŁÓWNY INSPEKTOR SANITARNY

**Szanowna Pani Prezes,**

nawiązując do wcześniejszej korespondencji w zw. z wystąpieniem znak: NIPiP-NRPiP-DM.025.41.2021.MK w sprawie zaleceń dotyczących realizacji przez pielęgniarki POZ świadczeń zdrowotnych u pacjenta z COVID-19, w zakresie przewożenia odpadów medycznych, uprzejmie informuję, że Główny Inspektorat Sanitarny uzyskał w przedmiotowej sprawie opinię Narodowego

Instytutu Zdrowia Publicznego PZH- Państwowego Instytutu Badawczego (w załączeniu), stanowiącą wsparcie merytoryczne przy opracowaniu ww. zaleceń.

Z poważaniem

Główny Inspektor Sanitarny  
wz. Krzysztof Sączka

Zastępca Głównego  
Inspektora Sanitarnego  
/dokument podpisany elektronicznie/

**Załącznik**

opinia NIZP PZH- Państwowego Instytutu Badawczego z dnia 29.09.2021 r., znak: B-BE-547-36/21



**Szanowny Panie Ministrze,**

W odpowiedzi na pismo nr HŚ.NS.541.217.2021 z dnia 11 sierpnia

2021 r. dotyczące transportu odpadów medycznych środkami transportu publicznego przez pielęgniarki udzielające

świadczeń zdrowotnych w domach pacjentów z COVID-19 Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH - Pań-

stwowy Instytut Badawczy informuje, że odpady medyczne zakwalifikowane do kodu 180103\* (odpady medyczne niebezpieczne) powinny być transportowane z zachowaniem przepisów obowiązujących przy transporcie towarów niebezpiecznych. Odpady medyczne niebezpieczne, co do których wiadomo, że istnieje małe prawdopodobieństwo, że zawierają materiał zakaźny wg przepisów dotyczących transportu towarów niebezpiecznych zaliczane są do kategorii B o kodzie UN 3291, zgodnie z wytycznymi ECDC (Infection prevention and control and preparedness for COVID-19 in healthcare settings). Transport tego typu odpadów może odbywać się pojazdami nieoznakowanymi, a od kierowców nie wymaga się posiadania kwalifikacji ADR, jeśli odpady są opakowane i transportowane zgodnie z wytycznymi przewidzianymi dla tej kategorii odpadów (np. instrukcja pakowania P621). Najważniejsze jest aby odpady zostały tak opakowane, aby podczas transportu nie doszło do uwolnienia ich zawartości na zewnątrz. Opakowanie zewnątrz powinno zostać oznakowane w widoczny sposób tak, aby było możliwe zidentyfikowanie zawartości opakowania.

Odpady medyczne powinny być zabezpieczone w transportowe pojemniki zamykane. Pojemnik transportowy po wyładowaniu odpadów powinien zostać umyte i w razie potrzeby zdezynfekowane. Kluczowym aspektem jest zapewnienie bezpiecznego transportu niebezpiecznych odpadów medycznych. Transport odpadów medycznych - zwłaszcza odpadów medycznych niebezpiecznych - środkami komunikacji publicznej nie powinien mieć miejsca z uwagi na ryzyko narażenia na skażenie biologiczne ludzi i środowiska.

Przykładowy opis procedury postępowania z odpadami medycznymi wytwarzanymi podczas wykonywania świadczeń zdrowotnych w środowisku domowym pacjenta, zaproponowany przez Polskie Stowarzyszenie Pielęgniarek Epidemiologicznych dotyczy wyłącznie odpadów medycznych nie-

bezpiecznych. Procedura kończy się na opakowaniu odpadów w dodatkowy worek foliowy. Biorąc pod uwagę wytyczne ADR, odpady medyczne niebezpieczne powinny być opakowane w opakowanie pierwotne, opakowanie pośrednie (drugie) i opakowanie zewnętrzne. Jeśli druga warstwa opakowania nie jest sztywna, to opakowanie zewnętrzne powinno być sztywne. Opakowania powinny być zbudowane i zamknięte w taki sposób aby zapobiec utracie ich zawartości w normalnych warunkach przewozu przez wibracje, zmiany temperatury, wilgotności lub ciśnienia. Opisane opakowanie nie wymaga zatwierdzenia typu konstrukcji. Na powierzchni każdego opakowania zewnętrznego należy umieścić znak przewozowy. Znak musi być widoczny i czytelny, mieć postać kwadratu w kształcie rombu o minimalnych wymiarach 50 mmx50 mm, szerokość linii co najmniej 2 mm, a litery i cyfry mają mieć co najmniej 6 mm wysokości. Prawidłowa nazwa przewozowa Materiał biologiczny - Kategoria B-UN 3291 - wysokość liter co najmniej 6 mm powinna być oznaczona na opakowaniu zewnętrznym. Znak przewozowy nie musi być nadrukowany na opakowaniu zewnętrznym. Może być narysowany odręcznie, o ile są przestrzegane wymiary. Do narysowania znaku należy użyć długopisu, mazaka o kontrastowym kolorze w stosunku do koloru opakowania zewnętrznego. W przypadku przewozu odpadów w postaci płynnej, opakowanie pierwotne powinno być szczelne, a pomiędzy opakowaniem pierwotnym a pośrednim należy umieścić materiał chłonny w ilości wystarczającej do zaabsorbowania uwolnionego płynu tak, aby ciecz nie wydostała się z opakowania pośredniego na zewnątrz.

Jeśli podczas przewozu odpadów, istnieje konieczność zastosowania czynników chłodzących, to umieszcza się je na zewnątrz opakowania pośredniego, w opakowaniu zewnętrznym lub w opakowaniu zbiorczym. W przypadku zastosowania lodu opakowanie zewnętrz-

ne lub opakowanie zbiorcze muszą być szczelne. Tak opakowane odpady medyczne niebezpieczne mogą być przewożone w środkach transportu indywidualnego.

#### **Bibliografia:**

1. Przewodnik pakowania i transportu próbek od pacjentów - UN 3373, Departament Transportu UK; 26 marca 2020 <https://www.gov.uk/government/publications/packaging-and-transport-requirements-for-patient-samples-un3373>

2. Guidance on regulations for the transport of infectious substances 2021-2022. WHO. Applicable from 1 January 2021. (Dostępne na: <https://www.who.int/publications/item/978924C019720>)

3. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 października 2017 r. w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi (Dz.U. z 2017r., poz. 1975) (Dostępne na: <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU2017O001975>)

4. ECDC - Infection prevention and control and preparedness for COVID-19 in healthcare settings Sixth update - 9 February 2021 (Dostępne na:

[https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/infection-prevention-and-control-in-healthcare-settings-COVID-19\\_6th\\_update\\_9\\_Feb\\_2021.pdf](https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/infection-prevention-and-control-in-healthcare-settings-COVID-19_6th_update_9_Feb_2021.pdf))

*Z poważaniem,  
dr hab. n. med. Rafał Gierczyński  
Zastępca Dyrektora ds. Bezpieczeństwa  
Epidemiologicznego i Środowiskowego  
NIZPPZH-PIB*

*/dokument podpisany kwalifikowanym  
podpisem elektronicznym/*

# SPRAWOZDANIE z działalności Państwowej Inspekcji Pracy w 2020 roku

Warszawa 2021

## 6. ZADANIA STAŁE I BIEŻĄCE PIP 6.1. BEZPIECZEŃSTWO I OCHRONA ZDROWIA W MIEJSCU PRACY

### 6.1.1. OPIEKA ZDROWOTNA - PRZESTRZEGANIE PRZEPISÓW PRAWA PRACY, W TYM BHP

#### Zakres kontroli

Przedmiotem kontroli było **przestrzeganie przepisów prawa pracy** dotyczących: stosunku pracy, czasu pracy, wynagrodzenia za pracę i innych świadczeń wynikających ze stosunku pracy, urlopów wypoczynkowych. Sprawdzeniu poddano również **przestrzeganie przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy** dotyczących: przygotowania do pracy, narażenia na działanie czynników szkodliwych i uciążliwych, środków ochrony indywidualnej, odzieży i obuwia roboczego, nadzoru i kontroli stanu bhp, wypadków przy pracy, a także **przestrzeganie przepisów bhp związanych z przygotowywaniem, podawaniem i przechowywaniem leków cytostatycznych**.

W 2020 r. inspektorzy pracy przeprowadzili **46 kontroli w 46 podmiotach** leczniczych. Spośród objętych kontrolą podmiotów 22 jednostki systemu ochrony zdrowia (48%) udzielały stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych, natomiast pozostałe podmioty realizowały ambulatoryjne świadczenia zdrowotne.

Poddane ocenie podmioty lecznicze zatrudniały 16,3 tys. osób, w tym 11,8 tys. pracowników oraz 4,5 tys. osób na podstawie umów cywilnoprawnych (umów zlecenia, umów o świadczenie usług oraz umów zawartych z jednoosobowymi podmiotami gospodarczymi prowadzącymi działalność m.in. w zakresie praktyki lekarskiej oraz praktyki pielęgniarskiej).

Z uwagi na kryterium formy własności 26 kontrolowanych podmiotów leczniczych należało do sektora publicznego (5 stanowiło własność państwową, 21

samorządową), a 20 należało do sektora prywatnego.

Według struktury zatrudnienia 4 podmioty zatrudniały do 9 pracowników, 10 podmiotów - od 10 do 49 pracowników, 15 podmiotów - od 50 do 259 pracowników, natomiast 17 podmiotów - powyżej 250 pracowników.

#### Diagnoza

##### PRAWNA OCHRONA PRACY

W 74% objętych kontrolą podmiotów ujawniono nieprawidłowości w zakresie **regulaminu pracy (obwieszczenia)**. Uchybienia polegały przede wszystkim na niustaleniu systemów i rozkładów czasu pracy oraz przyjętych okresów rozliczeniowych, niustaleniu rozkładów czasu pracy dla poszczególnych grup zawodowych, braku aktualnego wykazu prac uciążliwych, niebezpiecznych lub szkodliwych dla zdrowia kobiet w ciąży i kobiet karmiących dziecko piersią czy też niustaleniu zasad dotyczących wprowadzania zmian do harmonogramów pracy w trakcie trwającego okresu rozliczeniowego.

Inspektorzy pracy stwierdzili występowanie w 52% objętych kontrolą podmiotów nieprawidłowości związanych z udzielaniem urlopów wypoczynkowych. Uchybienia związane były przede wszystkim z nieudzielaniem urlopu wypoczynkowego w roku kalendarzowym, w którym pracownik nabył do niego prawo oraz udzielaniem urlopu w częściach, z których żadna nie obejmowała co najmniej 14 dni kalendarzowych.

Nieprawidłowości w zakresie **pisemnej informacji o warunkach zatrudnienia** stwierdzono w 48% skontrolowanych podmiotów.

Bardzo duża skala uchybień dotyczyła wypłaty należnego pracownikom wynagrodzenia za pracę, w zakresie składników innych niż wynagrodzenie za godziny nadliczbowe, dyżur medyczny i urlop wypoczynkowy (48% podmiotów). W 2020 r. często naruszane były przepisy także dotyczące wypłaty wynagrodzenia za pracę w godzinach nad-

liczbowych (17% podmiotów), lecz skala tych nieprawidłowości była zauważalnie mniejsza niż w latach ubiegłych. W porównaniu do roku poprzedniego zwiększeniu uległa skala uchybień dotyczących treści regulaminu wynagradzania, wypłaty wynagrodzenia za urlop wypoczynkowy oraz dokonywania potrąceń z wynagrodzenia za pracę.

W 35% podmiotów objętych kontrolą inspektorzy stwierdzili uchybienia dotyczące **zawierania umów o pracę**, w tym ich treści.

W toku kontroli ujawniono przypadki niezachowania dobowej (13% podmiotów) i tygodniowej (11% podmiotów) normy czasu pracy. Pracowników zatrudniano w dni wolne od pracy wynikające z rozkładu czasu pracy w przeciętnie pięciodniowym tygodniu pracy bez stosownej rekompensaty, tj. bez udzielania dni wolnych od pracy do końca okresu rozliczeniowego. Stwierdzano także przypadki powierzania pracownikom pracy po raz drugi w tej samej dobie, w sytuacji, w której w podmiocie kontrolowanym nie zawarto porozumienia o stosowaniu rozkładów czasu pracy, o których mowa w art. 1401 Kodeksu pracy, a pracownicy nie występowali z pisemnymi wnioskami o stosowanie wobec nich takich rozkładów czasu pracy.

W 20% objętych kontrolą podmiotów inspektorzy pracy ujawnili przypadki niezapewnienia pracownikom wymaganego odpoczynku dobowego, a w 9% podmiotów odpoczynku tygodniowego.

Przypadki braku realizacji postanowień **ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych** stwierdzono w 33% skontrolowanych podmiotów. Uchybienia w tym zakresie wynikały przede wszystkim z naruszenia obowiązku ustalania sposobu podwyższania wynagrodzenia zasadniczego w drodze porozumienia, lub też w przypadku braku takiego porozumienia, w drodze zarządzenia wydanego przez kierownika pod-

miotu leczniczego. Stwierdzono także przypadki niepodwyższenia wysokości wynagrodzenia zasadniczego, jak również nieokreślenia zasad podwyższania wynagrodzenia osób niewykonujących zawodu medycznego.

Ujawnione w toku kontroli nieprawidłowości **w zakresie prawnej ochrony**

Wyszczególnienie	Odsetek podmiotów, w których stwierdzono nieprawidłowości		
	2018	2019	2020
Nieprawidłowości w zakresie regulaminu pracy (obwieszczenia)	53	62	74
Nieprawidłowości przy udzielaniu urlopów wypoczynkowych	44	53	52
Nieprawidłowości w zakresie pisemnej informacji o warunkach zatrudnienia	49	52	48
Nieprawidłowości przy wypłacie wynagrodzenia za pracę (z wyłączeniem potrąceń, wynagrodzenia za godziny nadliczbowe i za dyżury medyczne)	31	28	48
Nieprawidłowości przy sporządzaniu umów o pracę	38	44	35
Naruszenie przepisów ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych	40	35	33
Nieprawidłowości w zakresie regulaminu wynagradzania (zakładowego układu zbiorowego pracy)	5	14	22
Niezapewnienie wymaganego odpoczynku dobowego	14	29	20
Nieprawidłowości przy wynagradzaniu za pracę w godzinach nadliczbowych	33	37	17
Niezachowanie obowiązującej dobowej normy czasu pracy	15	31	13
Niezachowanie obowiązującej tygodniowej normy czasu pracy	8	7	11

*Nieprawidłowości w obszarze prawnej ochrony pracy stwierdzone w trakcie kontroli podmiotów leczniczych w latach 2018-2020*

pracy spowodowane były przede wszystkim niewystarczającą znajomością przepisów prawa pracy, niewystarczającą ilością personelu udzielającego świadczeń zdrowotnych (powszechny problem braku wykwalifikowanej kadry na rynku pracy, zwłaszcza lekarzy oraz pielęgniarek) oraz niedostatecznym finansowaniem działalności leczniczej.

## Bezpieczeństwo i higiena pracy

Podobnie jak w latach ubiegłych kontrole wykazały dużą liczbę nieprawidłowości dotyczących przygotowania pracowników do pracy. Przede wszystkim pracodawcy mieli problemy z oceną ryzyka zawodowego. W 46% objętych kontrolą podmiotów leczniczych nie dokonano poprawnej, udokumentowanej oceny ryzyka, a w 33% podmiotów nieprawidłowo zidentyfikowano zagrożenia związane z wykonywaną pracą. Uchybienia dotyczyły braku opisu ocenianego stanowiska pracy z wyszczególnieniem stosowanych narzędzi i materiałów, jak również braku rozpoznania wszystkich zagrożeń, w tym spowodowanych wystę-

pującymi w środowisku pracy szkodliwymi czynnikami biologicznymi m.in. koronawirusem zespołu ostrej niewydolności oddechowej (SARS-CoV-2) oraz stosowanymi w procesach pracy czynnikami chemicznymi. Nie zawsze też ocenę ryzyka zawodowego aktualizowano w związku z zaistniałymi wypadkami przy pracy. Ponadto w 9% podmiotów stwierdzono nie-

prawidłowości w **informowaniu pracowników o ryzyku zawodowym**.

Niewłaściwe **wyposażenie pracowników w odzież i obuwie robocze oraz w środki ochrony indywidualnej** odnotowano odpowiednio w 41% i 11% objętych kontrolą podmiotów. Sytuacja epidemiczna spowodowana rozprzestrzenieniem się wirusa SARS-CoV-2 wpłynęła na zwiększone zainteresowanie pracodawców ciężącymi na nich obowiązkami w zakresie zapewnienia wymaganych środków ochrony indywidualnej.

**Zdarzały się przypadki używania przez pracowników własnej odzieży i obuwia przy pracach wykonywanych w narażeniu na szkodliwe czynniki biologiczne. W świetle obowiązujących przepisów oraz ze względu na sanitarną praktykę taka jest niedopuszczalna i stanowi potencjalne zagrożenie chorobowe dla pracowników i ich rodzin, gdyż najczęściej pracownicy własną odzież wykorzystują jako roboczą piórą sami.**

Niewłaściwa identyfikacja zagrożeń skutkowałą błędami w typowaniu czynników szkodliwych dla zdrowia do ba-

dań i pomiarów. Miała również wpływ na realizację przez pracodawców obowiązków dotyczących przeprowadzania wymaganych badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku pracy (30% podmiotów).

Nieprawidłowości odnotowano w zakresie **szkoleń wstępnych w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy**, co wykazały kontrole w 24% podmiotów leczniczych. Rzadziej naruszane były przepisy odnośnie **wstępnych badań lekarskich**. Niemal w co dziesiątym podmiocie leczniczym inspektorzy pracy mieli zastrzeżenia do treści **skierowań na badania lekarskie**. Pracodawcy z reguły nie zamieszczali w nich ważnych dla poprawnego ustalenia zakresu badań informacji o podstawowych czynnościach wykonywanych przez pracownika oraz sposobie i czasie ich trwania, a także danych o występowaniu na stanowisku pracy czynników niebezpiecznych, szkodliwych dla zdrowia lub warunków uciążliwych oraz innych wynikających ze sposobu wykonywania pracy.

Kolejna grupa uchybień związana była ze **stosowaniem substancji i mieszanin chemicznych** stwarzających zagrożenie w procesach dezynfekcji i sterylizacji. I tak, w niemal co czwartym objętym kontrolą podmiocie inspektorzy pracy stwierdzili błędy dotyczące spisów substancji i mieszanin chemicznych. W 26% skontrolowanych podmiotów pracodawcy nie udostępniili pracownikom **instrukcji bezpiecznej pracy** z substancjami i mieszaninami chemicznymi stosowanymi w procesach dezynfekcji i sterylizacji. Zdarzało się, że w niewłaściwy sposób były oznakowane pojemniki i opakowania z tymi preparatami.

Część pracodawców nadal nie ustala okoliczności i przyczyn wypadków przy pracy związanych ze zranieniem ostrymi narzędziami medycznymi.

**Jak stwierdzono w 28% podmiotów nie ustalono okoliczności i przyczyn wszystkich zranień w trybie przewidzianym dla wypadków przy pracy, a uchybienia te dotyczyły 318 zdarzeń. Pracodawcy poprzestawali na odnotowaniu zranień ostrymi narzędziami medycznymi w rejestrach ekspozycji zawodowej na krew lub inny potencjalnie infekcyjny materiał albo w wykazach zranień ostrzy-**

## mi narzędziami przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych.

Inspektorzy pracy stwierdzili także uchybienia w zakresie nadzoru i kontroli stanu bezpieczeństwa i higieny pracy, przy czym w 11% podmiotów dotyczyły one tworzenia i działania służby bezpieczeństwa i higieny pracy.

W podmiotach leczniczych częstą przyczyną nieprawidłowości w obszarze bezpieczeństwa i higieny pracy jest brak wiedzy pracodawców i osób kierujących pracownikami. Powoduje to uchybienia w zakresie oceny ryzyka zawodowego, w tym identyfikacji zagrożeń występujących w środowisku pracy.

## Odnotowano wzrost świadomości pracodawców w przedmiocie obo-

Wyszczególnienie	2018	2019	2020
Brak udokumentowanej oceny ryzyka zawodowego na wszystkich stanowiskach pracy	42	37	46
Nieprawidłowości związane z wyposażeniem w odzież i obuwie robocze	35	42	41
Niewłaściwie zidentyfikowane zagrożenia związane z wykonywaną pracą	41	45	33
Nieprawidłowości w przeprowadzaniu badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia	14	17	30
Nieustalenie okoliczności i przyczyn zranień ostrymi narzędziami medycznymi w trybie przewidzianym dla wypadków przy pracy	22	30	28
Nieudostępnienie pracownikom właściwych instrukcji bezpiecznej pracy z substancjami i mieszaninami chemicznymi używanymi do dezynfekcji i sterylizacji	13	21	26
Nieprawidłowości dotyczące szkoleń wstępnych	39	25	24
Nieprawidłowości w zakresie sporządzania spisów substancji i mieszanin chemicznych stwarzających zagrożenie	24	21	24
Nieprawidłowości dotyczące kart charakterystyki	16	14	17
Wytypowanie czynników szkodliwych dla zdrowia, dla których wykonuje się badania i pomiary	8	7	15
Nieprawidłowości dotyczące badań wstępnych	20	18	11

Nieprawidłowości z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy, stwierdzone w trakcie kontroli podmiotów leczniczych w latach 2018-2020 – odsetek podmiotów, w których stwierdzono nieprawidłowości

wiązku zapewnienia właściwych warunków pracy osobom udzielającym świadczeń zdrowotnych na innej podstawie niż stosunek pracy. Pracodawcy dostrzegają konieczność uzyskiwania od zleceniobiorców i osób udzielających świadczeń zdrowotnych w ramach indywidualnych praktyk (jednoosobowych działalności gospodarczych) orzeczeń lekarskich o braku przeciwwskazań do pracy, poddawania tych osób wstępnemu szkoleniu w dziedzinie bhp oraz potwierdzenia faktu zapoznania z oceną ryzyka zawodowego.

## OGRANICZANIE WPŁYWU ZAGROŻEŃ ŚRODOWISKA PRACY ZWIĄZANYCH Z PRZYGOTOWYWANIEM, PODAWANIEM I PRZECHOWYWANIEM LEKÓW CYTOSTATYCZNYCH NA PRACUJĄCYCH W ZAKŁADACH OPIEKI ZDROWOTNEJ

Kontrole stanowiły działania pilotażowe, prowadzone w związku z przyjętym unijnym kierunkiem ograniczania narażenia personelu podmiotów medycznych na substancje czynne leków cytostatycznych. Przeprowadzono **7 kontroli** w podmiotach należących do sektora publicznego o zatrudnieniu powyżej 250 osób, w których pacjentom podawano cytostatyki.

Sprawdzano spełnienie przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy w narażeniu na szkodliwe czynniki środowiska pracy, będące jednocześnie lekami pacjentom ratującymi zdrowie i życie. Kontrolami objęto zagadnienia odnoszące się do **7 substancji aktywnych leków cytostatycznych**, dla których wprowadzono normatywy higieniczne środowiska pracy - najwyższe dopuszczalne stężenia (NDS).

Nieprawidłowości stwierdzono w 5 podmiotach. Do najczęstszych z nich należy zaliczyć brak **badania i pomiarów stężeń substancji czynnych leków cytostatycznych** na stanowiskach pracy (4 kontrole). Uchybienia dotyczące rozpoznania zagrożeń związanych ze stosowaniem leków cytostatycznych oraz wytypowania czynników szkodliwych dla zdrowia w celu przeprowadzenia badań i pomiarów ich stężeń stwierdzono w 3 kontrolowanych podmiotach. Wpływ na to miało przeświadczenie

o braku konieczności wykonywania pomiarów w przypadku składników leków. Takie podejście skutkowało brakiem identyfikacji zagrożeń związanych z pracą w kontakcie z cytostatykami w ocenie ryzyka zawodowego (2 kontrole) oraz w instrukcji postępowania przy przygotowywaniu i podawaniu leków cytostatycznych (2 kontrole). Brak właściwego określenia zagrożeń związanych z ekspozycją zawodową był również przyczyną nieprawidłowości w zakresie wyposażenia pracowników w wymagane środki ochrony indywidualnej.

Pracodawcy nie przywiązywali uwagi do kwestii formalnych, takich jak zapewnienie instrukcji dotyczących postępowania z lekami cytostatycznymi, uznając jako wystarczające informacje producenta o leku. Niespełnienie wymagań bhp w zakresie dokumentacji wewnątrzzakładowej skutkowało uchybieniami dotyczącymi stanowisk i procesów pracy. Nie rozpoznawano źródeł narażenia, traktując m. in. procesy przygotowywania leków z wykorzystaniem łoża laminarnych jako wyłączające z obowiązków dotyczących badań i pomiarów środowiskowych.

Stwierdzane nieprawidłowości dotyczyły także **magazynowania i przechowywania cytostatyków** (2 kontrole). Zdarzały się przypadki niewłaściwego

Substancja czynna leku cytostatycznego	Liczba zakładów, w których substancja czynna wystąpiła w środowisku pracy	Liczba osób pracujących w kontakcie	Liczba kobiet pracujących w kontakcie
Cyklofosfamid	6	314	293
Metotreksat	6	314	293
N-Hydroksymocznik	2	158	155
Etopozyd	5	308	288
Cisplatyna	5	308	288
Fluorouracyl	3	122	104
Doksorubicyna i jej chlorowodorek	5	308	288

Liczba osób pracujących w kontakcie z substancjami czynnymi leków cytostatycznych w kontrolowanych podmiotach w 2020 roku



przechowywania odpadów skażonych lekami cytostatycznymi.

Wyniki pilotażowych kontroli pozwalają na wstępną ocenę realizowania przez pracodawców obowiązku ograniczania wpływu na pracujących zagrożeń związanych z przygotowaniem, podawaniem i przechowywaniem leków cytostatycznych. Przy braku odpowiednich zabezpieczeń oraz właściwej organizacji pracy **leki cytostatyczne stwarzają zagrożenie dla zdrowia lub życia różnych grup zawodowych w podmiotach leczniczych.**

Kontrole wykazały, że pracodawcy mają trudności z właściwą interpretacją przepisów w zakresie leków cytostatycznych. Problemy dotyczą uregulowań w różnych przepisach, tj. odnoszących się do leków (leki cytostatyczne) oraz dotyczących substancji oraz mieszanin chemicznych (substancje czynne leków cytostatycznych). Brak obowiązku sporządzania i dostarczania kart charakterystyki dla leków cytostatycznych, będących produktami leczniczymi (z wyjątkiem substancji czynnych posiadających klasyfikację zharmonizowaną) przyczynia się do braku rozpoznania zagrożeń związanych z tymi czynnikami

oraz wytypowania ich do badań i pomiarów w aspekcie bezpieczeństwa i higieny pracy.

### Wnioski

Znaczna skala nieprawidłowości ujawnionych w wyniku kontroli, związanych z przestrzeganiem przepisów prawa pracy, w tym bezpieczeństwa i higieny pracy, jak również zauważalna poprawa stanu przestrzegania tych przepisów w podmiotach uprzednio kontrolowanych, wskazują na **potrzebę kontynuowania kompleksowych kontroli w podmiotach systemu ochrony zdrowia.**

**W dalszym ciągu za niezbędne należy też uznać podejmowanie działań edukacyjnych, służących upowszechnianiu wiedzy o obowiązujących regulacjach prawnych i ich zmianach m.in. związanych z sytuacją epidemiczną spowodowaną przez wirus SARS-CoV-2.**

Wyniki kontroli wskazują na potrzebę wprowadzenia ustawowego mechanizmu gwarantującego wzrost wynagrodzenia zasadniczego pracowników niewykonyjących zawodu medycznego, niebędących pracownikami działalności podstawowej, w rozumieniu ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych.

Aktualność zachowuje postulat:

- uregulowania praktyki stosowania w podmiotach leczniczych wykonywanych działalność leczniczą, w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, rozwiązań skutkujących wykonywaniem przez lekarzy, pielęgniarki oraz ratowników medycznych - na podstawie dwóch stosunków prawnych - pracy tego samego rodzaju i w tym samym miejscu pracy, bez zachowania wymaganego odpoczynku,
- poszerzenia katalogu systemów czasu pracy możliwych do zastosowania w pomiotach leczniczych na podstawie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej o odpowiedniki systemu zadaniowego oraz systemu przerywanego czasu pracy, umożliwiających elastyczne zarządzanie czasem pracy pracowników, zwłaszcza w podmiotach udzielających świadczeń ambulatoryjnych, zatrudniają-

cych pielęgniarki i położne środowiskowe.

Ze względu na obserwowany w kolejnych latach znaczny wzrost liczby osób wykonujących zawód medyczny w oparciu o umowy prawa cywilnego, kosztem zatrudnienia pracowniczego, wskazane jest rozważenie **zmian legislacyjnych** w przepisach rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 2 września 1997r. w sprawie służby bezpieczeństwa i higieny pracy polegających na **uzależnieniu organizacji i liczebności służby bezpieczeństwa i higieny pracy nie od liczby pracowników, lecz od liczby osób pracujących w zakładzie ogółem, z uwzględnieniem wszystkich form zatrudnienia.**

Szkodliwe skutki zdrowotne narażenia na substancje czynne leków cytostatycznych, brak wystarczającego rozpoznania w środowisku pracy tych substancji, niewystarczająca świadomość zagrożeń oraz ich negatywnego oddziaływania na pracujących, uzasadniają prowadzenie działań nadzorczo-kontrolnych również w tym obszarze.

**Wprowadzenie nowych wartości najwyższych dopuszczalnych stężeń (NDS) dla tych substancji przyczyni się do zwiększenia bezpieczeństwa osób pracujących w narażeniu.**

Kontrole wskazują na potrzebę podjęcia międzyinstytucjonalnych prac z udziałem środowiska medycznego w zakresie nowelizacji rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 19 czerwca 1996 r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy przy przygotowywaniu, podawaniu i przechowywaniu leków cytostatycznych w zakładach opieki zdrowotnej, m.in. w zakresie ochrony zdrowia pracowników nie związanych bezpośrednio ze wskazanymi czynnościami, organizacji pracy, jak również zasad doboru środków ochrony indywidualnej z uwzględnieniem spójności z przepisami dotyczącymi substancji i mieszanin chemicznych, wyrobów medycznych oraz wymogami prawa farmaceutycznego.

Wyszczególnienie	Liczba kontroli, w których stwierdzono nieprawidłowości
Pomiary stężeń substancji czynnych leków cytostatycznych w środowisku pracy	4
Wytypowanie czynników szkodliwych dla zdrowia, dla których wykonuje się badania i pomiary	3
Ocena ryzyka zawodowego	3
Identyfikacja zagrożeń związanych z wykonywaną pracą w narażeniu na cytostatyki	2
Instrukcje dotyczące zasad postępowania przy przygotowywaniu i podawaniu leków cytostatycznych	2
Stanowiska i procesy pracy	2
Magazynowanie i przechowywanie	2
Środki ochrony indywidualnej	2
Szkolenia wstępne bhp	2

*Nieprawidłowości w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy stwierdzone podczas kontroli zagrożeń środowiska pracy związanych z przygotowaniem, podawaniem i przechowywaniem leków cytostatycznych w 2020 roku*

## Komunikat nr 14 Ministra Zdrowia w sprawie szczepień przeciw COVID-19 dawką przypominającą oraz dawką dodatkową uzupełniającą schemat podstawowy

28.10.2021

### I. Szczepienie przypominające

Minister Zdrowia informuje, że mając na uwadze zalecenia Rady Medycznej oraz Zespołu ds. Szczepień Ochronnych, **od 2 listopada 2021 r.** rozpoczną się szczepienia dawką **przypominającą** dla wszystkich **osób, które ukończyły 18 rok życia i otrzymały pełny schemat szczepienia (dwie dawki) preparatami Comirnaty (Pfizer-BioNTech), Spikevax (Moderna) lub Vaxzevria (AstraZeneca) lub jedną dawkę szczepionki COVID-19 Vaccin Janssen.**

Przypominającą dawkę stosuje się we wskazanych grupach z zachowaniem **odstępu co najmniej 6 miesięcy** po ukończeniu pełnego schematu szczepienia przeciw COVID-19.

U osób szczepionych dawką przypominającą można stosować szczepionki:

- **Comirnaty w pełnej dawce 0,3 ml;**
- **Spikevax połowa dawki: 50 ug - 0,25 ml,**

z uwzględnieniem w pierwszej kolejności podania szczepionki determinowanej szczepieniem podstawowym wy-

konanym szczepionkami Comirnaty lub Spikevax.

### Przypominamy

- Aby prawidłowo wypełnić e-kartę szczepienia dla **dawki przypominającej** należy w aplikacji gabinet.gov.pl, w polu „numer podawanej dawki” wybrać **„Przypominająca”**.
- W przypadku podania połowy dawki szczepionki **Spikevax** należy w polu „ilość podanej szczepionki” wpisać **0.25**.

Źródło: [www.mz.gov.pl](http://www.mz.gov.pl)

## Ministerstwo Zdrowia informuje

05.11.2021

Ministerstwo Zdrowia umożliwiło wystawianie zleceń na test w kierunku koronawirusa za pośrednictwem systemu gabinet.gov.pl. Możliwość ta dotyczy również lekarzy gabinetów, które nie mają kontraktu z NFZ. Chodzi o skierowania na testy RT-PCR (wykrywające materiał genetyczny wirusa SARS-CoV-2) oraz o możliwość wpisywania wyników testów antygenowych. Dotychczas taka funkcjonalność była dostępna dla: placówek podstawowej opieki zdrowotnej, sanatoriów, stacji dializ, centrów krwiodawstwa, nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, hospicjów oraz zakładów opiekuńczo-leczniczych.

Zlecając test przez gabinet.gov.pl, lekarze mają możliwość wyboru trzech źródeł jego finansowania: „Środki NFZ”, „Inne środki publiczne” i „Finansowanie komercyjne”.

Rozstrzygającym dla wyboru źródła finansowania są wymogi wynikające z:

Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 6 maja 2021 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, na-

kazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2021 r. poz. 861, z późn. zm.)

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 października 2020 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej nad pacjentem podejrzanym o zakażenie lub zakażonym wirusem SARS-CoV-2

Jeśli lekarz zleci wykonanie testu, na podstawie wskazań wynikających z powyższych rozporządzeń, to badanie będzie mogło być finansowane ze środków NFZ.

Dokładne zasady zlecenia testów diagnostycznych w kierunku SARS-CoV-2 znajdują się w instrukcji aplikacji gabinet.gov.pl dostępnej pod adresem: [www.gabinet.gov.pl/pdf/instrukcja](http://www.gabinet.gov.pl/pdf/instrukcja) w podrozdziale: Zlecenie badań na koronawirusa (str. 167-172).

Resort zdrowia przypomina, że w przypadku osób niezaszczepionych przeciwko COVID-19, warunkiem rozpoczęcia m.in.: leczenia uzdrowiskowego albo rehabilitacji uzdrowiskowej czy

przyjęcia m.in. do zakładu opiekuńczo-leczniczego czy hospicjum stacjonarnego jest uzyskanie negatywnego wyniku testu w kierunku SARS-CoV-2.

W przypadku braku podejrzenia zakażenia, lekarz może wystawić zlecenie na test finansowany ze środków publicznych, za pośrednictwem systemu gabinet.gov.pl, na podstawie:

1. Skierowania na leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitację uzdrowiskową (o którym mowa w art. 33 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, potwierdzonego przez oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia na zasadach określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 33 ust. 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych)

2. Skierowania do objęcia świadczeniami pielęgnacyjnymi lub opiekuńczymi w ramach opieki długoterminowej (o którym mowa w art. 33a ustawy z dnia

27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, oraz skierowania do przyjęcia do psychiatrycznego zakładu opiekuńczo-leczniczego i pielęgnacyjno-opiekuńczego dokonane na podstawie art. 22 i art. 29 ustawy z dnia 19

sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego)

3. Skierowanie do hospicjum stacjonarnego lub oddziału medycyny paliatywnej.

W przypadku pytań lub problemów technicznych z dostępem lub obsługą

aplikacji [gabinet.gov.pl](http://gabinet.gov.pl), należy kontaktować się z Centrum e-Zdrowia za pośrednictwem adresu email [gabinet-pomoc@cez.gov.pl](mailto:gabinet-pomoc@cez.gov.pl) lub poprzez infolinię 19239.

Źródło: [www.mz.gov.pl](http://www.mz.gov.pl)



## Zalecenia organizacyjne dotyczące szczotkowania zębów u dzieci w przedszkolach w okresie epidemii koronawirusa SARS-CoV-2

Data wydania: 22 października 2021 r. .

### Opracowanie i konsultacja:

Dr hab. n. med. Iwona Paradowska- Stankiewicz – konsultant krajowy w dziedzinie epidemiologii  
Dr n. med. Krystyna Piskorz-Ogórek – konsultant krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego  
Prof. dr hab. med. Dorota Olczak- Kowalczyk – konsultant krajowy w dziedzinie stomatologii dziecięcej

- A. Szczotkowanie zębów po posiłkach przez dzieci w przedszkolach może być realizowane w okresie epidemii koronawirusa SARS-CoV-2, pod warunkiem stałego nadzoru wychowawcy/opiekuna grupy oraz przygotowania organizacyjnego placówki, zmniejszającego ryzyko transmisji zakażenia:
1. Szczotkowanie zębów powinno odbywać się w łazience przeznaczony dla danej grupy przedszkolnej.
  2. Przed rozpoczęciem szczotkowania zębów dzieci oraz wychowawca/opiekun grupy powinni umyć ręce wodą z mydłem, a następnie osuszyć je papierowym ręcznikiem.
  3. W czasie szczotkowania zębów może przebywać w łazience taka liczba dzieci, aby każde z nich miało dostęp do odrębnej umywalki.
  4. Dzieci powinny używać do szczotkowania zębów:
    - osobistych, oznakowanych zestawów wielorazowych, czyli szczoteczek i kubeczków (które po użyciu powinny być pojedynczo wypłukane i odstawić do wysuszenia w taki sposób, aby nie stykały się ze sobą) oraz osobistej pasty do zębów z fluorem dostosowanej do wieku dzieci, lub
    - szczoteczek i kubków jednorazowych, które po użyciu należy niezwłocznie wyrzucić do pojemnika na odpady komunalne, znajdującego się w łazience.
- W tym wariantcie można stosować wspólną pastę do zębów z fluorem dostosowaną do wieku dzieci.

5. W czasie szczotkowania zębów przez dzieci, wychowawca/opiekun grupy powinien zaaplikować każdemu dziecku na szczoteczkę niewielką ilość pasty z fluorem dostosowanej do wieku, poinstruować o prawidłowych zasadach szczotkowania zębów oraz nadzorować cały proces. Wychowawca/opiekun grupy powinien zastosować maskę chirurgiczną, a po zakończeniu szczotkowania umyć/zdezynfekować ręce.
6. Osoba sprzątająca, zabezpieczona w środki ochrony osobistej: fartuch flizelinowy, rękawice, maskę chirurgiczną, po każdej zakończonej sesji szczotkowania zębów, pomiędzy poszczególnymi grupami dzieci, powinna przeprowadzić sprzątkanie i dezynfekcję łazienki:
  - dezynfekcję umywalek roztworem wirusobójczym,
  - wywietrzenie łazienki,
  - umycie podłogi.
- B. Dodatkowo, w sytuacji braku możliwości zastosowania w/w zaleceń dotyczących szczotkowania zębów przez dzieci w przedszkolach w okresie epidemii, rekomenduje się, aby w ramach programu wychowania przedszkolnego dzieci, zwielokrotnić zajęcia dotyczące zasad higieny jamy ustnej, szczotkowania zębów itp. zarówno wśród dzieci jak i podczas zebrań z rodzicami.
- C. Rekomenduje się podawanie dzieciom do posiłków i pomiędzy posiłkami wody mineralnej zamiast słodkich soków, napojów czy herbatek.





**Pani/Pan Przewodnicząca/Przewodniczący**

Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych

**Szanowni Państwo**

W załączeniu przesyłam Stanowisko Pani Prof. dr hab. med. Teresy Jackowskiej - Konsultanta Krajowego w dziedzinie pediatrii z dnia 3 listopada 2021 r. dotyczące podawania iniekcji dożylnych/domięśniowych u dzieci 0-18 lat w domu

pacjenta/ w opiece ambulatoryjnej (w gabinecie zabiegowym)/ w domu dziecka.

W związku z powyższym, zwracam się z uprzejmą prośbą o zamieszczenie przedmiotowego stanowiska na stronie internetowej okręgowej izby pielęgniarek i położnych oraz rozpowszechnienie

informacji wśród członków samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych.

*Z wyrazami szacunku  
Wiceprezes NRPiP  
Mariola Łodzińska*

## Stanowisko Konsultanta Krajowego w dziedzinie pediatrii z dnia 03.11.2021 dotyczące podawania iniekcji dożylnych/domięśniowych u dzieci 0-18 lat w domu pacjenta / w opiece ambulatoryjnej (w gabinecie zabiegowym) / w domu dziecka

Wykonywanie iniekcji dożylnych i domięśniowych w domu pacjenta / w opiece ambulatoryjnej (w gabinecie zabiegowym) / w domu dziecka uważam za nieuzasadnione i niedopuszczalne.

Iniekcje dożylnie mogą być wykonywane w warunkach szpitalnych oraz przez personel Pogotowia Ratunkowego w sytuacjach ratowania życia.

Stosowanie leków dożylnie / domięśniowo w tym antybiotyków wskazuje na poważny stan dziecka i nie ma możliwości podawania leków doustnie. W takich przypadkach konieczna jest pilna hospitalizacja dziecka. O tym fakcie należy poinformować rodziców i skierować dziecko do szpitala.

Zlecenie leków/antybiotyków domięśniowo u dzieci jest niebezpieczne i okrutne, a wykonanie kilkakrotnie w ciągu doby iniekcji domięśniowych jest dodatkowo narażeniem dziecka na ogromny stres, ból, cierpienie i możliwość powikłań miejscowych i ogólnych. Takie postępowanie nie tylko jest nieetyczne, to

co najważniejsze niezgodne z rekomendacjami.

Zlecenie leków/antybiotyków domięśniowo u dzieci zarówno w opiece ambulatoryjnej jak i w szpitalu nie powinno mieć miejsca. Wyjątek stanowi:

- jednorazowe podanie leku ratującego życie w przypadku trudności z uzyskaniem dościsła dożylnego,
- chemioprophylaktyka choroby meningokokowej, która polega na profilaktycznym podaniu antybiotyku osobom z bliskiego otoczenia chorego (oraz w pewnych przypadkach, samemu choremu) i ma za zadanie likwidację potencjalnego nosicielstwa nosogardłowego *N. meningitidis* w celu zmniejszenia ryzyka wystąpienia wtórnych przypadków zakażeń. Chemioprophylaktyka jest zalecana wszystkim osobom, które w ciągu 7 dni poprzedzających zachorowanie miały bliski kontakt z chorym. W takich przypadkach stosuje się 1 dawkę ceftriaksonu domięśniowo (u dzieci poniżej 15 roku życia 125 mg). Dla dzieci

dostępny jest też lek doustny rifampicyna, która może być stosowana u osób we wszystkich grupach wiekowych (1).

- W uzasadnionych przypadkach na zlecenie lekarzy specjalistów z innych dziedzin pediatrii

Jeżeli stan dziecka jest dobry, a dziecko ma wskazanie do podawania antybiotyku wówczas należy zlecić antybiotyki doustnie zgodnie z rekomendacjami (2). U dzieci zdecydowanie częściej przyczyną zapalenia oskrzeli (a to rozpoznanie jest najczęstszą przyczyną zlecenia antybiotyku drogą domięśniową) są zakażenia wirusowe, w których podanie antybiotyku jest nieuzasadnione zarówno drogą doustną, a tym bardziej domięśniową. „Nie zaleca się rutynowego stosowania antybiotyku w ostrym zapaleniu oskrzeli lub oskrzelików. Przy kaszlu przedłużającym się powyżej 14 dni może być wskazane podawanie makrolidu, szczególnie w przypadku podejrzenia krztuśca [Bill]. U małych

dzieci z kaszlem produktywnym utrzymującym się powyżej 4 tyg. bez tendencji malejących rozpoznajemy przewlekające się bakteryjne zapalenia oskrzeli i wtedy uzasadnione może być podanie antybiotyku (amoksycylina z kwasem klawulonowym lub makrolid - leki podawana drogą doustną) przez 10-14 dni [Bil]. Nie zaleca się stosowania glikokortykosteroidów dożylnie, doustnie lub wziewnie u dzieci chorych na ostre zapalenie oskrzelików”.

Jeżeli stan dziecka jest średni / ciężki, dziecko ma wskazanie do podawania antybiotyku drogą parenteralną wówczas należy skierować dziecko w trybie pilnym do szpitala, gdzie otrzyma antybiotyk dożylnie zgodnie z rekomendacjami.

Pielęgniarki/pielęgniarze otrzymując zlecenie na podanie antybiotyku drogą dożylną / domięśniową powinni w takich wypadkach odmawiać wykonania

zlecenia lekarskiego, bowiem mają prawo odmawiać zleceń, które mogą być niebezpieczne dla dziecka. Pielęgniarki/pielęgniarze powinni poinformować rodziców o swojej decyzji i skierować dziecko do szpitala. Ponadto powyższe błędy w zleceniach lekarskich powinny być zgłaszane do konsultanta wojewódzkiego i/lub krajowego w dziedzinie pediatrii.

Nieprzestrzeganie przez lekarza zaleceń Konsultanta Krajowego w dziedzinie pediatrii naraża lekarza na konsekwencje - odpowiedzialność za nieumyślne narażenie dziecka na uszczerbek zdrowia lub zagrożenie życia i takie sytuacje powinny być zgłaszane do Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej przy Okręgowej/Naczelnej Radzie Lekarskiej.

Lekarz zawsze ma prawo do eksperymentu medycznego, ale na to wymagana jest zgoda komisji bioetycznej.

Stanowisko wydano na mocy art. 10, pkt. 6 Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz.U. 2009 Nr 52 poz. 419, z p.zm.)

*Prof. dr hab. med. Teresa Jackowska  
Konsultant krajowy w dziedzinie pediatrii*

1. Rekomendacje postępowania w zakażeniach bakteryjnych ośrodkowego układu nerwowego, pod redakcją prof. dr hab. n. med. Waleni Hryniewicz i wsp., 2011

2. Rekomendacje postępowania w pozaszpitalnych zakażeniach układu oddechowego, pod redakcją prof. dr hab. n. med. Waleni Hryniewicz, dr hab. n. med. Piotra Albrechta, prof. dr hab. n. med. Andrzeja Radzikowskiego, 2016

DR BEATA BARAŃSKA

Konsultant wojewódzki w dz. pielęgniarstwa  
woj. podkarpackie

Brzozów 2021.11.22

### **Pani Renata Michalska**

Przewodnicząca Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Krośnie

#### **Szanowna Pani,**

W odpowiedzi na pismo z dnia 15.11.2021 r. w sprawie wystawienia zlecenia na wykonanie iniekcji w warunkach domowych dla pielęgniarki środowiskowej przedstawiam stanowisko w przedmiotowej sprawie.

Zgodnie z art. 4 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej z dnia 15 lipca 2011 roku (tj. Dz. U. z 2021 r. poz. 479), wykonywanie zawodu pielęgniarki polega na wykonywaniu świadczeń zdrowotnych, w szczególności na (...) realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji.

Pielęgniarka realizuje świadczenie zdrowotne na podstawie pisemnego zlecenia lekarskiego, którego treść powinna zawierać dane świadczeniobiorcy, nazwę zleconego leku, dawkę, drogę podania,

czas podania i częstotliwość wykonania. W przypadku zlecenia podania leku w warunkach domowych zlecenie powinno zawierać informacje, czy lek może być podany w obecności lekarza lub bez obecności lekarza.

Z przesłanej kopii zlecenia lekarskiego wynika, że wszystkie wymienione wyżej dane zostały w nim zamieszczone. Zwraça uwagę, że w punkcie Rodzaj zabiegu, symbol „+” łączący nazwę, dawkę leku i drogę podania może „sugerować” połączenie wszystkich wymienionych w zleceniu leków razem. Dlatego też w mojej opinii łączenie w/w leków razem jest niedopuszczalne. Duże wątpliwości również wzbudza ogólne zlecenie łączenia kilku leków jednocześnie w leczeniu infekcji wirusowej do podania jednoczasowego dotkankowego, które nie jest rekomendowane i oparte na wytycznych EBM.

Obowiązkiem pielęgniarki przed podaniem leku jest zapoznanie się z charakterystyką produktu leczniczego, w tym szczególnie z informacjami dotyczącymi możliwych działań niepożądanych oraz przeprowadzenie wywiadu z pacjentem w zakresie ew. przeciwwskazań do jego podania.

Jeżeli zlecenie lekarskie jest sprzeczne z zasadami lub informacjami zawartymi w charakterystyce produktu leczniczego należy bezzwłocznie poinformować lekarza wydającego zlecenie. Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. 2014 poz. 1435) określa również zasady i prawo do odmowy wykonania zlecenia czy realizacji świadczenia (Art. 12). Odmowę realizacji zlecenia pielęgniarka dokumentuje w formie pisemnej, podając przyczynę odmowy. Ponadto podczas re-

alizacji świadczeń pielęgniarka musi być wyposażona w sprzęt, aparaturę medyczną i produkty lecznicze, w tym w neseser pielęgniarski zawierający m.in.: zestaw p/wstrząsowy zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dn. 24 września 2013r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U.2016 r. poz.86). Ponieważ każdy lek może wywołać niepożądane reakcje, podczas podawania leku

należy wnikliwie obserwować pacjenta, a w przypadku wystąpienia nietolerancji, czy nadwrażliwości należy natychmiast zaprzestać podawania i poinformować o tym lekarza oraz w razie konieczności podjąć działania w zakresie resuscytacji krążeniowo-oddechowej. Pielęgniarka ma obowiązek również udokumentować realizowane świadczenia. Zasady prowadzenia dokumentacji medycznej określa Rozporządzenie Ministra Zdro-

wia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. 2015 r. poz.2065).

W załączeniu przesyłam również opinię farmaceutów odnośnie podawania leków zleconych przez ww lekarza.

*Z poważaniem  
Konsultant wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa  
dr n. o zdr. Beata Barańska*

## Informacja dotycząca łącznego stosowania antybiotyków $\beta$ -laktamowych z antybiotykami aminoglikozydowymi i ryzyka wystąpienia interakcji w wyniku zastosowania takiego połączenia

Brzozów, 16.11.2021

### **Analizowane połączenie:**

Gentamycyna 40mg + Zinacef (cefuroksym) 750mg + 2% Lignocain 0,7cm + Dexaven 5mg

### **Interakcje w fazie farmakokinetycznej i farmakodynamicznej**

Gentamycyna jest uważana za jeden z najbardziej nefrotoksycznych antybiotyków aminoglikozydowych stosowanych w zakażeniach układowych.

Nie należy jednocześnie stosować gentamycyny i innych leków oto-, neuro- i nefrotoksycznych, zwłaszcza amikacyny, tobramycyny, wankomycyny, cefalosporyn, wiomycyny, polimyksyny B, netromycyny, neomycyny i streptomycyny, amfoterycyny B, kwasu etakrynowego, mannitolu, cisplatyny.

Jednoczesne stosowanie aminoglikozydów i cefalosporyn może zwiększać ryzyko wystąpienia nefrotoksyczności. Zgłaszano zwiększoną częstość występowania nefrotoksyczności podczas jednoczesnego stosowania aminoglikozydów i niektórych, głównie starszych cefalosporyn (np. cefalorydyna, cefamandol, cefazolina, cefotaksym, cefoksytyna, ceftazydim, cefuroksym, cefalotylna, ceftriaksone). Ryzyko może być największe u osób w podeszłym wieku lub u pacjentów z istniejącymi wcześniej zaburzeniami czynności ne-

rek, podczas stosowania dużych dawek oraz w trakcie długotrwałego leczenia.

**POSTĘPOWANIE:** Należy stosować najmniejsze skuteczne dawki aminoglikozydów i cefalosporyn, gdy są one przepisywane w skojarzeniu. Należy ściśle monitorować czynność nerek.

### **Interakcje w fazie farmaceutycznej:**

Antybiotyki  $\beta$ -laktamowe (penicyliny, cefalosporyny) mogą inaktywować gentamycynę, z tego powodu nie należy mieszać tych antybiotyków w jednym roztworze do podawania dożylnego. Do inaktywacji gentamycyny przez te antybiotyki może też dojść u pacjentów z ciężką niewydolnością nerek.

W odniesieniu do lidokainy, produkt ten wykazuje niezgodność i nie powinien być mieszany w jednej strzykawce z roztworami zawierającymi wodorowęglan sodu oraz innymi roztworami o odczynie zasadowym.

**POSTĘPOWANIE:** Produkty lecznicze należy podawać tylko i wyłącznie w płynach zgodnych z danym lekiem – na podstawie informacji zawartej w karcie charakterystyki produktu leczniczego. Co do zasady należy unikać połączeń dwóch i większej ilości leków w jednym pojemniku infuzyjnym lub strzykawce, za wyjątkiem połączeń,

które są wymienione w karcie charakterystyki danych produktów leczniczych.

### **Inne:**

Rekomendacje dotyczące stosowania gentamycyny:

1. Podczas leczenia należy monitorować stężenie gentamycyny we krwi, oznaczać stężenie kreatyniny i jonów magnezowych we krwi oraz kontrolować audiogram.

2. W przypadku konieczności jednoczesnego zastosowania gentamycyny i antybiotyku  $\beta$ -laktamowego nie należy ich mieszać w jednym pojemniku z roztworem do podawania dożylnego, należy je podawać przez osobny zestaw do infuzji, w różne miejsca.

3. Antybiotyki aminoglikozydowe należy podawać w jednorazowej dawce podawanej co 24 godziny. Zmniejsza to toksyczność aminoglikozydów, zwiększając jednocześnie ich skuteczność.

4. Zalecane dawkowanie gentamycyny: 3-7 mg/kg/dobę i.m./i.v. co 24 godz. Stosowanie dawek subterapeutycznych może powodować selekcję szczepów opornych (aminoglikozydy wykazują działanie przeciwbakteryjne zależne od stężenia).

### **Piśmiennictwo:**

1. Podlewski J.K., Chwalibogowska-Podlewska A.: Leki współczesnej terapii. Wydawnictwo Split Trading, Warszawa 1998

2. Charakterystyka Produktu Leczniczego Gentamycin Krka, 40 mg/ml, roztwór do wstrzykiwań i infuzji;

3. Charakterystyka Produktu Leczniczego Amikacin B. Braun, 2,5 mg/ml, roztwór do infuzji;

4. Charakterystyka Produktu Leczniczego Lignocainum hydrochloricum WZF 2%

5. Szpitalna lista antybiotyków – 2020, NPOA na lata 2016-2020

6. [https://www.drugs.com/drug\\_interactions.html](https://www.drugs.com/drug_interactions.html)

Opracowanie:

*mgr farm. Aneta Żukowska*

*mgr farm. Marcin Bochniarz*

*Szpital Specjalistyczny w Brzozowie,*

*Podkarpacki Ośrodek Onkologiczny*

*im. Ks. B. Markiewicza*

## Opinia Konsultanta Wojewódzkiego w sprawie możliwości zdejmowania szwów z rany przez pielęgniarkę na pisemne zlecenie lekarza

Ustawa z dnia 15 lipca 2011r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2011r. Nr 174, poz. 1039 z późn. zm.) określa zasady wykonywania obowiązków zawodowych przez pielęgniarkę.

Art. 6 zawiera delegację ustawową dla Ministra właściwego do spraw zdrowia, do określenia, w drodze rozporządzenia, rodzaju i zakresu świadczeń, o których mowa w art.4 ust.1 pkt 4, udzielanych przez pielęgniarkę samodzielnie bez zlecenia lekarskiego, uwzględniając w szczególności; rodzaj świadczeń, do udzielania, których wymagane są dodatkowe kwalifikacje uzyskane w toku kształcenia podyplomowego, wraz z określeniem tych kwalifikacji, rodzaje materiałów pobieranych do celów diagnostycznych, wykaz badań diagnostycznych do przeprowadzania oraz wykaz leków, do podawania których samodzielnie bez zlecenia lekarskiego jest uprawniona pielęgniarka.

Aktualnie obowiązuje rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę samodzielnie bez zlecenia lekarskiego zostało wydane w dniu 28 lutego 2017r. (Dz. U. z 2017r., poz. 497).

Przedmiotowe rozporządzenie w § 2 wskazuje, że pielęgniarka jest uprawniona do wykonywania samodzielnie, bez zlecenia lekarskiego świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych, zgodnie z posiadaną wiedzą i umiejętnościami nabytymi po ukończeniu szkoły pielęgniarskiej, z uwzględnieniem § 3.

W standardach kształcenia na kierunku pielęgniarstwo na poziomie studiów pierwszego stopnia zawarte są i kształtowane podczas ćwiczeń w salach umiejętności pielęgniarskich, umiejętności zawodowe, pośród których nie znajduje się umiejętność usuwania szwów z rany. Wobec tego nie jest nabywana w toku kształcenia umiejętność usuwania szwów z rany.

Kurs specjalistyczny, będący formą kształcenia podyplomowego, ma na celu uzyskanie przez pielęgniarkę wiedzy i umiejętności do wykonywania określonych czynności zawodowych przy udzielaniu świadczeń. W wyniku realizacji programu kształcenia kursu specjalistycznego „Leczenie ran” w wykazie świadczeń zdrowotnych, do których jest uprawniona pielęgniarka po ukończeniu tego kursu w pkt 6 znajduje się „zdejmowanie szwów z rany”. Podobnie, ukończenie

specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego w wykazie świadczeń zdrowotnych, do których jest uprawniona pielęgniarka po ukończeniu tej specjalizacji w pkt 42 znajduje się „zdejmowanie szwów z rany”.

Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2011 r. Nr 174, poz. 1039 z późn. zm.), w art. 12 ust.2 zawiera zapis „pielęgniarka może odmówić wykonania zlecenia lekarskiego oraz innego świadczenia zdrowotnego, niezgodnego z jej sumieniem lub z zakresem posiadanych kwalifikacji, podając niezwłocznie przyczynę odmowy na piśmie przełożonemu lub osobie zlecającej”. Pielęgniarka, która nie nabyła umiejętności usuwania szwów może skorzystać z wyżej wymienionego zapisu. Wobec powyższego, pielęgniarka, która zamierza zdejmować szwy z rany powinna mieć ukończony kurs specjalistyczny z zakresu leczenia ran lub specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego.

*Konsultant wojewódzki  
w dziedzinie pielęgniarstwa*

*Województwo śląskie*

*mgr piel. Danuta Sternal*

## Asertywność w pracy pielęgniarki i położnej

Czy w ogóle można być asertywnym, gdy celem naszej pracy jest pomaganie pacjentom? Często takie lub podobne pytanie słyszę od personelu medycznego.

Myszę, że kłopot polega na tym, że wokół pojęcia asertywności jest wiele nieporozumień. Spróbuję wyjaśnić, o co

chodzi w wypadku tej techniki komunikacji.

Gdy pytam uczestników moich szkoleń, z czym im się kojarzy słowo asertyw-



ność, to pierwsza, odruchowa odpowiedź zazwyczaj brzmi tak: to umiejętność powiedzenia „nie”. Jest to oczywiście jeden z aspektów bycia asertywnym, ale jest to również zawężone spojrzenie na tę technikę. Na dodatek słusznie może budzić nieufność. Szczególnie, gdy zastanawiamy się, czy takie zachowanie jest przydatne w pracy pielęgniarki i położnej. Spotkałam nawet taki komentarz o asertywności w zawodach medycznych (pod artykułem na ten temat): Jest sprzeczna z życzliwością, poczuciem odpowiedzialności oraz Kodeksem Hipokratesa. Na szczęście nie jest to prawdziwa definicja asertywności, a przynajmniej nie jest to pełen jej opis.

### **Czym jest, a czym nie**

Z powodu nieporozumień ze wskazaniem, czym jest, a czym nie jest asertywność, ja sama wolę używać określenia pewność siebie, czy - jak doprecyzowała to uczestniczka (położna) w ramach warsztatów dotyczących komunikacji z pacjentem: pozytywna pewność siebie. Myślę, że takie określenie bardziej zachęca, by zobaczyć rolę komunikacji asertywnej w pracy pielęgniarki i położnej.

To naprawdę ważna umiejętność, bo jest przydatna nie tylko w rozmowach z pacjentami. Wykorzystajmy ją również w komunikacji z innymi pracownikami (lekarzami, pracownikami rejestracji itd.), czy też w kontaktach z przełożonymi, a także w życiu domowym. Asertywność w pracy wraz z empatią (tą poznawczą, ułatwiającą zrozumienie zachowania pacjenta) chroni też przed wypaleniem zawodowym.

Asertywność zabezpiecza przed dwoma typami zachowań, które - szczególnie na dłuższą metę, są niepożądane: uległością i elementami agresji - takiej słownej: podniesiony głos, czy komunikaty oceniające rozmówcę. Niejednokrotnie pielęgniarki tak opisują swoje doświadczenia w związku z tym tematem: Pacjent naciska na coś, próbuje wymusić jakieś działanie. Gdy mam dobry dzień, słucham, dostosowuję się, często ulegam, jednak, gdy jest to któraś już z kolei sytuacja, zdarza się, że zaczynam mówić podniesionym głosem, czy staje się niemiła - jak to ocenia pacjent. Czy taki model zachowania znasz z własnego doświadczenia? Zauważyłaś go w swo-

jej pracy lub swoich koleżanek/kolegów? Ja sama czasami „łapię się” na takich zachowaniach. W moim przypadku dotyczy to relacji z bliskimi. Dla mnie każda taka sytuacja jest przypomnieniem, że warto doskonalić swoje umiejętności związane z asertywną komunikacją.

### **Jak ją wykorzystać w praktyce**

Definiując asertywność, bo od tego warto zacząć, psychologowie często odnoszą się do trzech aspektów:

- Zachowania.
- Naszej postawy.
- Naszych praw (nie takich spisanych w kodeksach, a takich dotyczących relacji z innymi).

Zachowania asertywne w takim układzie są często przeciwstawiane reakcjom agresywnym i uległym. Najczęściej obrażuje się to na takim kontinuum:

### **AGRESJA – ASERTYWNOŚĆ – ULEGŁOŚĆ**

Uległość to podporządkowanie się innym, bez uwzględnienia swoich potrzeb, myśli czy też emocji. Na przykład pacjent atakuje nas personalnie, a my „dla świętego spokoju” nie reagujemy, czy też ulegamy żądaniom pacjenta, mimo że mielibyśmy prawo mu odmówić. Od razu napiszę, że jeśli jest to świadoma postawa - robię tak, bo wiem, że to skuteczne, to jak najbardziej można z tego rozwiązania skorzystać. W wypadku uległości gdy sytuacja zakończy się - mamy do siebie pretensje, że postąpiliśmy wbrew sobie. Chciałam inaczej, np. wyjaśnić sytuację w sposób spokojny i uprzejmy, a jednak tego nie zrobiłam. To właśnie pokazuje, że, - choć nasze określone zachowanie było widoczne dla otoczenia, to jednak kluczowa będzie tu nasza postawa. To ona będzie decydowała, czy naszą reakcję uznamy za uległą, czy nie. To, co myślimy o danej sytuacji, gdy już zakończy się konkretna rozmowa, jest kluczowe. W zawodach pomocowych uległość jest niestety często widoczna.

Z kolei w zachowaniach agresywnych to my nie liczymy się z potrzebami czy emocjami drugiej strony. Nasz rozmówca może odebrać to jako naruszenie godności i intymności. Agresja to dla mnie bardzo mocne słowo, które również może powodować nieporozumienia w jego dookreśleniu.

### **ZACHOWANIA ULEGŁE I AGRESYWNE**

Komunikując się w sposób otwarty, pamiętaj o tym, by:

- Mówić spokojnym tonem głosu - ani zbyt cicho (uległość), ani podniesionym tonem (agresja).

- Nawiazywać w sposób naturalny kontakt wzrokowy z rozmówcą.

- Używać tzw. komunikatów JA. Np. moim zdaniem, ja uważam, że..., zamiast zwrotów oceniających, rozkazów, czy wręcz odwrotnie - nadmiernego przeproszenia, czy usprawiedliwienia się.

Konkretne zachowania w Twojej pracy, które wyrażają asertywność to:

- Zwracanie się personalnie do pacjenta (nie bezosobowo).

- Informowanie o tym, co robisz (np. przy szczepieniu czy innym zabiegu).

- Uprzejma odmowa, np. w sytuacji, gdy pacjent chce wymusić nienależne mu świadczenie.

- Stawianie granic - w sytuacji, gdy pacjent je narusza, np. krzycząc, czy też obrażając.

Oczywiście mogą to być takie zachowania, jak krzyk, obrażanie słowne (przekleństwa), ale z mojego doświadczenia wynika, że bardziej widać je w zachowaniach pacjenta niż personelu medycznego. Natomiast pamiętaj, że także takie „łżejsze” zachowania mogą być uznane za agresywne:

- Bezosobowe zwracanie się do pacjenta, np. „Niech podeszcie do gabinetu nr 5”, „Rozbierze się!”.

- Rozmowa o innych pacjentach (gdy w gabinecie zabiegowym jest kolejny pacjent).

- Podniesiony ton głosu.

- Często wypowiedziany do zdenerwowanego pacjenta (mimo że w dobrej wierze) zwrot: „Niech się Pan uspokoi!” (to forma rozkazu).

### **Od czego zależy**

Jak już pisałam, w wypadku uległości to, co widać i słycać, to nasze zachowania. Jednak bazą jest nasza postawa - od niej w praktyce zależy, jak zareagujemy i jakie sobie damy prawa w danej sytuacji. To, że dane zachowanie było jednak agresywne, a nie - tak jak chciałam - asertywne, znowu najlepiej poznać po

tym, jak się czujesz, gdy dana sytuacja się już skończy. Gdy masz poczucie, że znowu „powiedziałas o dwa zdania za dużo” albo sama uświadamiasz sobie, że niepotrzebnie podniosłaś głos, to znaczy, że przez Twojego rozmówcę mogło to być odczytane jako reakcja agresywna.

Piszę o postawie, czyli o tym, jakie myśli/emocje nam towarzyszą, bo nasze zachowanie jest ich efektem. Ważne jest, jak się czujemy, gdy trudna rozmowa dobiegnie końca. To pozwala nam nie tylko rozróżnić, jakie było nasze zachowanie. Pozwala również uświadomić sobie, że istnieją różne formy zachowania asertywnego. Możemy zareagować bardziej lub mniej łagodnie w zależności, jaki styl rozmowy jest nam bliższy. To też pokazuje, że asertywność jest zróżnicowana kulturowo i stąd czasami nieporozumienia wokół tego pojęcia, o których pisałam na początku artykułu. Jeśli czytamy podręczniki na temat tej umiejętności, które powstały np. w USA, to możemy mieć wątpliwości, czy konkretne sformułowania sprawdzą się w naszej rzeczywistości. Świadome używanie asertywności to właśnie dostrzeżenie tego

i wybór takiej formy komunikowania się z innymi, który będzie dla nas najkorzystniejszy. Takimi czynnikami, które mają na to wpływ, są:

- Relacje, jakie łączą nas z daną osobą i obawa, czy ich nie stracimy. To bardziej dotyczy życia osobistego niż zawodowego. Jednak często spotykam się z taką sytuacją opisywaną przez pielęgniarki i położne: bliższa lub dalsza znajoma (czy wręcz ktoś z rodziny) próbuje „załatwić” coś, wykorzystując to, że pracujecie w ochronie zdrowia. Jeśli do tej pory ulegaliście i staraliście się pomóc w miarę możliwości, pomimo tego, że po takiej sytuacji pojawiały się myśli: znowu nie umiałam odmówić..., to faktycznie zmienić takie wzajemne relacje będzie trudno. Wasze stanowcze, acz spokojne „nie” w takiej sytuacji może być nie tylko nie zrozumiałe dla rozmówcy (przecież przez tyle czasu nie było kłopotu), ale właśnie odebrane jako agresywne. Dlatego, jeśli coś chcemy zmienić w takich kontaktach, warto robić to w sposób łagodny, bo będzie to bardziej skuteczne.

Podobna sytuacja może też dotyczyć relacji zawodowych: z innymi pielęgniarkami/położnymi, lekarzami czy przełożonymi.

Konsekwencje naszego zachowania. Skoro jest dużo nieporozumień wokół asertywności, oznacza to, że nasze zachowania mogą być nieadekwatnie odebrane przez pacjenta, np. jako agresywne. Dlatego też, myśląc o tym, że chcemy, by komunikacja z pacjentem przebiegała sprawnie, warto pamiętać, czemu sprzyja „łagodna” asertywność.

Mam nadzieję, że takie spojrzenie na pozytywną pewność siebie zachęci Was do doskonalenia się w asertywnym komunikowaniu. Optymistycznym jest właśnie to, że tego sposobu rozmawiania można się nauczyć. A warto, bo nagrodą jest większe zadowolenie z siebie, z relacji zawodowych, a w efekcie lepsza odporność psychiczna.

DOROTA ULIASZ  
psycholog, autorka bloga: *zadowolony pacjent.pl*, doradca i szkoli w zakresie skutecznej komunikacji z pacjentem

Przedruk: 1-2/2021 • MAGAZYN  
PIELĘGNIARKI I POŁOŻNEJ

## Wspomnienie o siostrze zakonnej Bronisławie Konik (ur. 21.09.1907 – zm. 23.03.1993)

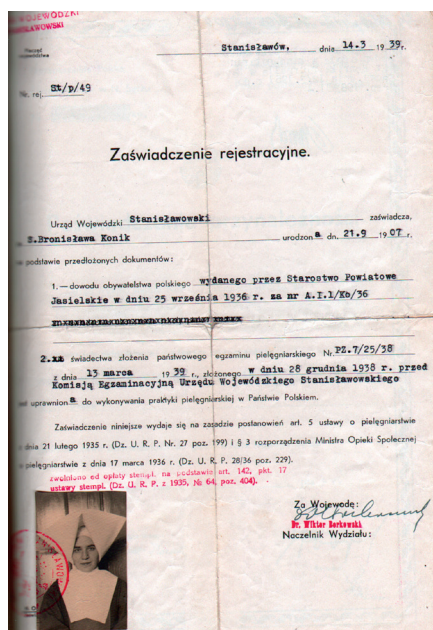
Była skromną zakonnicą, niosącą pomoc i ukojenie ludziom chorym. W tym roku mija 90 lat jak rozpoczęła służbę w Zgromadzeniu bezgranicznie oddając się Bogu jako Siostra Miłosierdzia św. Wincentego a Paulo.

Siostra Bronisława Konik była kobietą pokorną, silną, bogatą w miłosierdzie wobec wszystkich, a szczególnie wobec potrzebujących i chorych. Będąc z zawodu pielęgniarką niosła ludziom ulgę w cierpieniu pracując w różnych szpitalach w Polsce na jej południowo-wschodnich rubieżach. Można było w niej widzieć żywy kompas, który był skierowany na Boga i na bliźniego. Była Szarytką wielkiej pokory oraz całkowicie poświęcała się na rzecz potrzebujących. Zgromadzenie Sióstr Miłosierdzia ma w niej przykład, aby iść z odwagą i kreatywnością naprzeciw nowym formom ubóstwa, obecnym dzisiaj w na-

szej, niby dostatniej, Europie, w rozbitych rodzinach, w rosnącej imigracji, w braku wiary w sens życia, w bezpłodnym pesymizmie, w odchodzeniu od Boga, który zabiera młodym entuzjazm co do przyszłości.

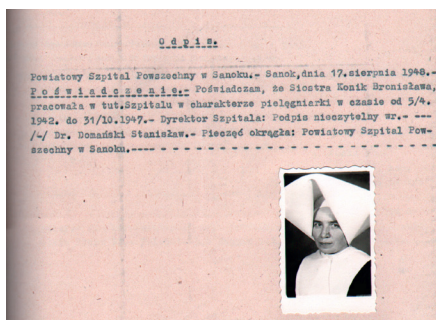
Zgromadzenie Sióstr Miłosierdzia założyli św. Wincenty a Paulo i św. Ludwika de Marillac w 1633 r. w Paryżu. W Polsce jest znane pod popularną nazwą Szarytki, co pochodzi od francuskiego słowa „charite” - miłosierdzie. Do Polski pierwsze Szarytki przybyły w 1652 r. Charyzmatem sióstr jest służba Chrystusowi w Ubogich. Swoje powołanie realizują przez pracę w szpitalach, hospicjach, domach opieki, zakładach opiekuńczych, stacjach Caritas, domach dziecka, przedszkolach, świetlicach, prowadzą kuchnie dla ubogich, bezdomnych. Uczą religii w szkole i pracują charytatywnie na rzecz parafii.

Bronisława Konik urodziła się 21.09.1907 r. w Bolechowie (obecnie Ukraina) w rodzinie głęboko wierzącej. W 1915 r. kiedy uczyła się do III klasy szkoły powszechnej zmarła jej ukochana matka. Chcąc zarobić na życie uczyła się haftu i wykonywała prace z zakresu tego rzemiosła. Mając 18 lat w czerwcu 1925 r. wstąpiła do Zgromadzenia Sióstr Miłosierdzia we Lwowie. W swoim życiorysie przedłożonym władzom zakonnym pisała cyt. „Gdy jestem zajęta pracą rozmyślam o swoim życiu dalszym, nie podoba mi się żadne inne zajęcie, tylko życie zakonne, gdzie można Panu Bogu wiernie służyć. Wiem dobrze, że to moje życie jest nic nie warte na tym świecie, nie wiemy dnia, ani godziny, kiedy przyjdzie się rozstać z tym światem, ale to będzie smutne i za późno, gdy sobie nic nie zasłużymy. Podoba mi się tylko życie zakonne, gdzie przebywają dziewi-



ce i zachowują swą czystość i poświęcają się Panu Jezusowi raz na zawsze. Ach jak mnie się to strasznie podoba i pragnę wstąpić do zakonu ze szczerego serca poświęcając swoje życie Panu Jezusowi i zachować swą czystość raz na zawsze. Tak mi dopomóż Panie Jezu". Ten życiorys przyszłej siostry zakonnej jest ujmującym manifestem jej wiary w Boga, jakże głębokiej i żarliwej.

Władze Zgromadzenia uznając jej zdolności i chęć do nauki wysłały ją do szkoły pielęgniarskiej. 28 grudnia 1938 r. złożyła egzamin pielęgniarski przed Komisją Egzaminacyjną Urzędu Województwa Stanisławowskiego w Stanisławowie i uzyskała uprawnienia do wykonywania praktyki pielęgniarskiej w Państwie Polskim. Następnie jako siostra miłosierdzia pracowała w szpitalach we Lwowie. Po zajęciu miasta przez władze radzieckie pracowała od 05.04.1942 r. do 31.10.1947 r. w szpitalu w Sanku, potem w Szpitalu w Nowym Sączu. W czasach stalinowskich władze państwowe wyrugowały personel zakony



z państwowych szpitali, a szpitale zakonne upaństwowiono. W tym stanie rzeczy kwalifikacje s. Bronisławy Konik zostały wykorzystane na potrzeby wspólnoty zakonnej.

Ubody chorzy od początku znajdowali się w centrum troskliwej uwagi św. Wincentego a Paulo. Używana dawniej dopełniająca nazwa zgromadzenia sióstr miłosierdzia brzmi „Sługi Ubogich Chorych”. W okresie międzywojennym w polskich szpitalach pracowała armia sióstr zakonnych. Pielęgniarstwo szpitalne tego okresu stało pod znakiem zgromadzeń zakonnych. W 1938 r. różne zgromadzenia obsługiwały 265 szpitali, w których łącznie było 35 617 łóżek. Siostry Szarytki pracowały w 118 placówkach tego typu.

Rodzina s. Bronisławy po wojnie musiała opuścić Bolechów i osiedliła się we wsi Rogi. W 1963 r. jej siostra Jadwiga sprzedała swój majątek rodzinny i zakupiła willę „Jasna” w Rymanowie Zdroju. Tam też siostra Bronisława wspólnie z innymi siostrami ze Zgromadzenia Szarytek założyły dom zakony, świadcząc usługi katechetyczne i pełniąc funkcje zakrystianki na rzecz miejscowej Parafii. Siostra Bronisława i jej siostra Jadwiga przekazały willę po swojej śmierci w darowiźnie na rzecz Zgromadzenia.

Siostra Bronisława walczyła o każde ludzkie życie. Asystowała przy operacjach w szpitalu we Lwowie, gdzie nie było energii elektrycznej i zespoły le-

karskie operowały przy lampach naftowych. Chciała by każdy chory i cierpiący, choć przez te kilka chwil, jakie mu pozostały do przeżycia, poczuł ciepło miłości i aby zamknął oczy w ramionach kogoś, kto go kocha. Każda istota ludzka cierpi, kiedy nie jest kochana, a człowiek cierpiący fizycznie i chory, rozumie swą bezsilność i cierpi bardziej niż jakiegokolwiek inne stworzenie. Odmówić mu Bożej miłości to tak, jakby go zabić. Trudno dociec skąd w tej pokornej i skromnej siostrze było tyle wytrwałości, dobroci, silnej woli, śmiałości, zdecydowania i chęci służenia swoim braciom i siostrąm jak nakazał nam nasz Jezus Chrystus.

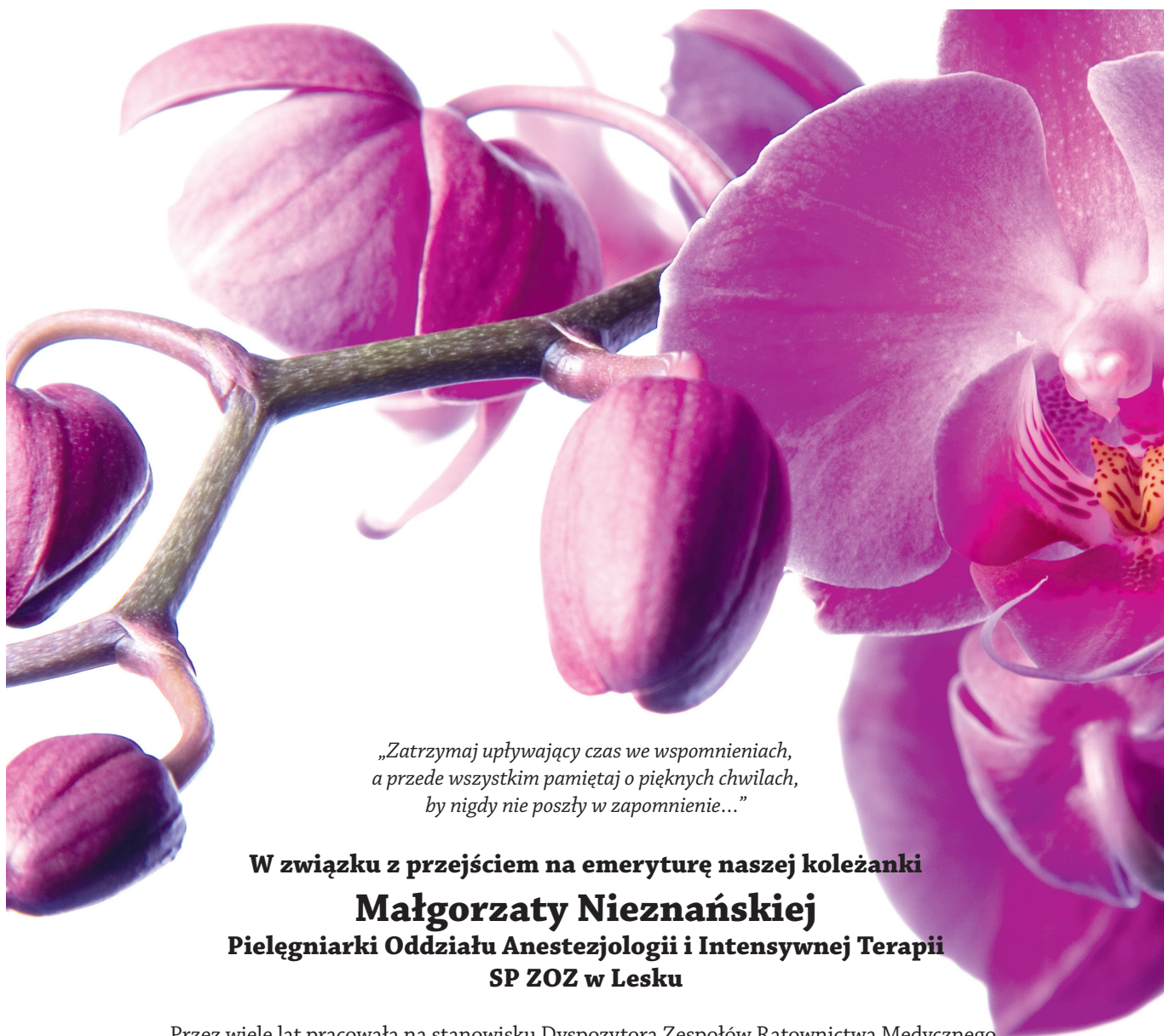
Sprawił to Bóg, którego ona zawsze czuła u swego boku. Ta zgodność własnych zamiarów z planami Boga była jej siłą. Wprawdzie nie została wybrana przez Boga na mistyczkę jak święta siostra Faustyna, czy obdarzona takim darem organizatorskim jak święta siostra Teresa z Kalkuty, czy taką wiedzą jak Doktor Kościoła święta Teresa z Avila, ale miała te cechy i umiejętności, którymi Bóg ją obdarował, aby tylko w Jemu wiadomy sposób mogła służyć ludziom i na Chwałę Bożą.



Siostra Bronisława zmarła 23.03.1993 r. w Domu Prowincjalnym Zgromadzenia przy ul. Warszawskiej 8 w Krakowie. Jej doczesne szczątki spoczęły we wspólnym grobie rodzinnym na cmentarzu w Rogach.

Adam Nycz  
nyad@wp.pl

PS. Tą drogą pragnę podziękować przełożonym Zgromadzenia Sióstr Miłosierdzia św. Wincentego a Paulo w Krakowie za udostępnienie materiałów archiwalnych o śp. s. B. Konik.



*„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  
**Małgorzaty Nieznańskiej**  
Pielęgniarki Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii  
SP ZOZ w Lesku**

Przez wiele lat pracowała na stanowisku Dyspozytora Zespołów Ratownictwa Medycznego,  
a następnie na stanowisku Pielęgniarki w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii 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.

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

WYDAWCA: Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Krośnie  
ul. Bieszczadzka 5, 38-400 Krosno, , tel. 13 43 694 60  
ZESPÓŁ REDAKCYJNY: Renata Michalska, Ewa Czupska,  
PRZYGOTOWANIE DO DRUKU: Studio Pro  
DRUK: Chroma. Korekta redakcji.  
Nakład egz. 500, numer oddano do druku 15 XII 2021 roku.