

---

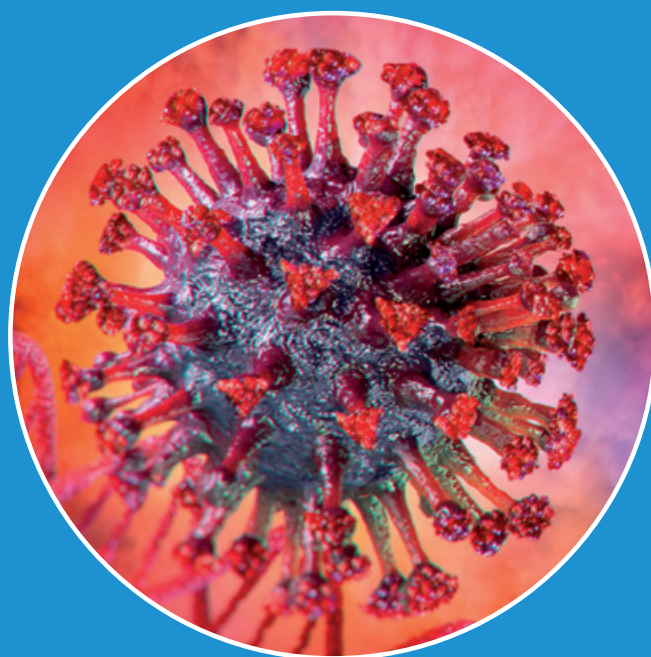
# BIULETYN

## INFORMACYJNY

---

OKRĘGOWA IZBA PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

---



**4** /2020  
WAŁBRZYCH  
[182] ISSN 1643-4951



OKRĘGOWA IZBA  
PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH  
W WAŁBRZYCHU

## SPIS TREŚCI

- 1 ◆ KOLEŻANKI I KOLEDZY
- 2 ◆ GDY ROZUM ŚPI, BUDZĄ SIĘ POTWORY – BEATA PIETRZAK – PSYCHOLOG
- 6 ◆ SPOSÓB USTALANIA NAJNIŻSZEGO WYNAGRODZENIA  
KORRESPONDENCJA PREZES NIPiP Z SEKRETARZ STANU MZ  
ZASADY PODWYŻSZENIA WYNAGRODZENIA OD 1 LIPCA 2020 R.
- 12 ◆ ROZPORZĄDZENIE MZ W SPRAWIE STANDARDÓW W ZAKRESIE OGRANICZEŃ PRZY UDZIELANIU ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ
- 14 ◆ ROZPORZĄDZENIE MZ ZMIENIAJĄCE ROZPORZĄDZENIE W SPRAWIE STANDARDÓW W ZAKRESIE OGRANICZEŃ PRZY UDZIELANIU ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ
- 15 ◆ KOMUNIKAT DYREKTORA DOLNOŚLĄSKIEGO ODDZIAŁU NFZ
- 16 ◆ POMOC DLA PLACÓWEK OPIEKI CAŁODOBOWEJ W RAMACH PROGRAMU WIEDZA, EDUKACJA ROZWÓJ
- 17 ◆ SPRZECIW W SPRAWIE WZORU DEKLARACJI WYBORU ŚWIADCZENIOBIORCY POZ
- 23 ◆ ZALECENIA W STANIE EPIDEMII DLA POŁOŻNYCH RODZINNYCH /POZ
- 31 ◆ PRAKTYKA ZAWODOWA POŁOŻNEJ W DOBIE ZAKAŻEŃ SARS-CoV-2 – CZĘŚĆ I
- 39 ◆ PRAKTYKA ZAWODOWA POŁOŻNEJ W DOBIE ZAKAŻEŃ SARS-CoV-2 – CZĘŚĆ II
- 48 ◆ KORRESPONDENCJA MINISTERSTWA ZDROWIA  
PISMO DYREKTOR DEPARTAMENTU PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH  
PISMO DYREKTORA BIURA  
ADMINISTRACYJNEGO W MINISTERSTWIE ZDROWIA
- 50 ◆ CIERPIENIE I BÓL NIE TYLKO W ONKOLOGII. GRANICE CIERPIENIA – DR N. MED. EWA KILAR
- 54 ◆ STANOWISKO ŚRODOWISKA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W SPRAWIE KSZTAŁCENIA PRZEDDYPLOMOWEGO
- 55 ◆ KORRESPONDENCJA W SPRAWIE KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH  
PISMO PREZES NIPiP  
ODPOWIEDŹ NA PISMO DYREKTOR DEPARTAMENTU PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH
- 59 ◆ TERMINY PAŃSTWOWYCH EGZAMINÓW SPECJALIZACYJNYCH DLA SESJI WIOSENNEJ 2020 R.
- 60 ◆ WYKAZ PRIORYTETOWYCH DZIEDZIN SPECJALIZACJI DOFINANSOWANYCH W 2020 R. – WOJEWÓDZTWO DOLNOŚLĄSKIE
- 61 ◆ ZASADY WARUNKUJĄCE BEZPIECZEŃSTWO PODCZAS PRZEPROWADZANIA PAŃSTWOWEGO EGZAMINU SPECJALIZACYJNEGO
- 64 ◆ OFERTA PRACY

## KONSULTACI WOJEWÓDZCY W DZIEDZINACH:

**PIELĘGNIARSTWA** – dr n. o zdr. JOLANTA KOLASIŃSKA  
UM Wydział Nauk o Zdrowiu, ul. Bartła 5, 51–618 Wrocław, tel. 71 784 18 45,  
email: jolanta.kolasinska@umed.wroc.pl

**PIELĘGNIARSTWA RATUNKOWEGO** – dr n. o zdr. WIESŁAW ZIELONKA  
Pogotowie Ratunkowe w Legnicy, ul. Dworcowa 7, 59–220 Legnica,  
tel. 502 676 039, email: w.zielonka@pogotowielegnica.pl

**PIELĘGNIARSTWA EPIDEMIOLOGICZNEGO** – mgr KATARZYNA SALIK  
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1, ul. M. Skłodowskiej Curie 58,  
50–368 Wrocław, tel.: 71 327 09 30, 71 784 21 75, 606 99 30 95,  
email: kasiatolik1@wp.pl

**PIELĘGNIARSTWA W GINEKOLOGII I POŁOŻNICTWIE**  
– mgr URSZULA ŻMIJEWSKA, Szpital Specjalistyczny im. A. Falkiewicza,  
ul. Warszawska 2, 52–114 Wrocław, tel.: 71 342 8631 wew. 344,  
604 939 455, 667 977 735

**PIELĘGNIARSTWA ONKOLOGICZNEGO**  
– dr n. med. ELŻBIETA GARWACKA-CZACHOR, Dolnośląskie Centrum  
Onkologii we Wrocławiu, pl. Hirsfelda 12, 53–413 Wrocław, tel.: 71 368 92 60,  
603 38 58 98, email: e.garwacka@gmail.com

**PIELĘGNIARSTWA ANESTEZJOLOGICZNEGO I INTENSYWNEJ OPIEKI**  
– mgr EWA PIELICHOWSKA, 4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SP ZOZ,  
ul. Rudolfa Weigla 5, 50–981 Wrocław, tel.: 26 166 02 07, 608 309 310,  
email: naczelnia.pielegniarka@4wsk.pl

**PIELĘGNIARSTWA CHIRURGICZNEGO I OPERACYJNEGO**  
– mgr BEATA ŁABOWICZ Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Legnicy  
ul. Jarosława Iwaszkiewicza 5, 59–220 Legnica, tel.: 76 721 14 01,  
661 999 104, email: beata.labowicz@szpital.legnica.pl

**PIELĘGNIARSTWA PRZEWLEKLE CHORYCH I NIEPEŁNOSPRAWNYCH**  
– mgr DOROTA RUDNICKA, Ośrodek Medycyny Paliatywnej i Hospicyjnej  
Będkowo Sp. z o.o. Sp. Komandytowa Będkowo 1, 55–100 Trzebnica,  
tel.: 71 722 29 48, 603 852 669, email: drudnicka@hospicjumbedkowo.pl

**PIELĘGNIARSTWA PEDIATRYCZNEGO** – mgr DOROTA MILECKA  
Uniwersytecki Szpital Kliniczny, ul. Borowska 213, 50–556 Wrocław,  
tel.: 71 733 11 90, 71 733 11 95, 662 232 595

**PIELĘGNIARSTWA DIABETOLOGICZNEGO**  
– mgr IWONA PILARCZYK-WRÓBLEWSKA,  
Uniwersytet Medyczny, Katedra Pediatrii i Zakład Neonatologii,  
ul. Bartła 5, 51–618 Wrocław, tel. 500 141 941,  
e-mail: iwona.pilarczykwroblewska@umed.wroc.pl

**PIELĘGNIARSTWA PSYCHIATRYCZNEGO** – mgr JERZY TWARDAK  
Zakład Chorób Układu Nerwowego Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytet  
Medyczny we Wrocławiu, ul. Bartła 5, 56-618 Wrocław  
tel. 668 193 147, e-mail: jerzy.twardak@umed.wroc.pl

**PIELĘGNIARSTWA GERIATRYCZNEGO** dr hab.n. o zdrowiu  
IZABELLA UCHMANOWICZ  
Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich – Wrocław, Zakład Pielęgniarstwa  
Internistycznego Katedra Pielęgniarstwa Klinicznego, ul. Bartła 5,  
51-618 Wrocław, tel. 71 784 18 23, e-mail: izabella.uchmanowicz@umed.wroc.pl

**PIELĘGNIARSTWA OPIEKI PALIATYWNEJ** – mgr ANNA SZACHOWSKA  
Bonifraterskie Centrum Zdrowia Sp. z o.o., ul. Poświęca 8 51-128 Wrocław  
tel. 793 386 502, e-mail. anna.szachowska@gmail.com

OKRĘGOWA IZBA  
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

58-300 Wałbrzych,  
ul. Chrobrego 1/10 (III piętro)  
fax: 74 84 23 325  
godziny pracy biura:  
7:30–15:30

**e-mail:**  
sekretariat@oipip.walbrzych.pl

**strona internetowa**  
www.oipip.walbrzych.pl

Santander Bank Polska S.A. o/Wałbrzych  
**46 1500 1764 1217 6003 8619 0000**

**Przewodnicząca ORPIP:**  
Maria Pałeczka  
przewodniczaca@oipip.walbrzych.pl

**Sekretarz:**  
Małgorzata Hrycak

## BIURO

**Sekretariat:**  
Anna Stanicka  
tel.: 74 84 25 605, 74 81 79 515  
fax: 74 84 23 325  
sekretariat@oipip.walbrzych.pl

**Rejestr praktyk zawodowych:**  
Anna Kota  
tel.: 74 81 79 519  
praktykazawodowa@oipip.walbrzych.pl

**Rejestr prawa wykonywania zawodu:**  
Marzena Gidzińska  
tel.: 74 81 79 517  
rejestrprawa@oipip.walbrzych.pl

**Księgowość:**  
Aleksandra Neter  
tel.: 74 81 79 516  
ksiegowosc@oipip.walbrzych.pl

**Obsługa administracyjno-prawna:**  
Adwokat  
Marek Żegnałek  
Radca Prawny  
mgr Michał Krajczar

## Dyżur prawny:

w siedzibie izby: pon. 14.30–15.30  
W innym terminie po wcześniejszym  
uzgodnieniu telefonicznym  
z biurem OIPIP w Wałbrzychu

**Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności  
Zawodowej:**  
Iwona Michańcio

**Dyżury w siedzibie OIPIP:**  
Pierwszy i trzeci poniedziałek każdego miesiąc  
Szczegóły na stronie internetowej  
w zakładce KONTAKT.

W innym terminie po wcześniejszym  
uzgodnieniu telefonicznym  
z biurem OIPIP w Wałbrzychu

Projekt, skład i druk:  
Tereny Weny Agencja Reklamowa  
Justyna Szafran-Dziewięcka  
justyna@terenyweny.pl

## Szanowne Koleżanki i Koledzy

Od marca nasz świat się zmienił. Są tacy co twierdzą, że świat zwariował.

Mówiono – BOHATEROWIE.

Były brawa – chociaż dla nich nie pracujecie. Jest hejt, stres i niepokój. Lęk o zdrowie własne i najbliższych – pracujecie przecież na pierwszej linii frontu.

Wykonujecie bardzo ważną, odpowiedzialną pracę, którą kochacie. I to jest najważniejsze.

Na zachowania innych, tak naprawdę, nie mamy wpływu. Stres, lęk i niepokój związany z epidemią, zmiana stylu życia, frustracja związana z brakiem kontaktu z bliskimi, przyjaciółmi dotyka nas wszystkich. Na złe emocje musimy reagować –

### ŻYCZLIWOŚĆ WYSTARCZY!

Zbliża się okres urlopów. W tym roku może będą inne, nie te planowane i wymarzone.

Gdziekolwiek będziecie – życzę, aby były rodzinne, bezpieczne i słoneczne, bez względu na pogodę.

Tymczasem zapraszam na kolejne strony biuletynu.

Ważne informacje.

Od 1 lipca kolejny wzrost wynagrodzeń – to bezwzględny obowiązek, który spoczywa na pracodawcy.

Ciekawe artykuły.

Cierpienie i ból. Piękne słowa o życiu opisane przez Matkę Teresę z Kalkuty.

Jak radzić sobie ze stresem – można też o tym porozmawiać, zachęcam.

Przewodnicząca ORPiP

(-) Maria Pałeczka



# GDY ROZUM ŚPI, BUDZĄ SIĘ POTWORY

## CZYLI O RADZENIU SOBIE ZE STRESEM W CZASACH ZARAŻY

BEATA PIETRZAK – psycholog

*W kwestii higieny psychicznej za wysoce błędne i niebezpieczne uważam przekonanie, jakoby człowiek potrzebował przede wszystkim równowagi lub jak się to określa w biologii, homeostazy rozumianej jako stan pozbawiony wszelkich napięć. Tym, czego człowiek naprawdę potrzebuje, nie jest stan wewnętrznej równowagi, lecz raczej wewnętrzna walka, dążenie do osiągnięcia wartościowego dlań celu czy realizacji swobodnie wybranego zadania.*

V. E. Frankl

Dziwne to wszystko co się wokół nas dzieje. I to jakby bez nas, bez naszego na to przyzwolenia. Jeszcze w styczniu, tuż po Sylwestrze były już wykupione egzotyczne wczasy i mocne postanowienie systematycznej pracy na siłowni w celu utrzymania wiecznej młodości, a tu w marcu taki klops! Zamiast „ty wybierasz, ty decydujesz” pogoń za papierem toaletowym, ryżem i makaronem. Na wszelki wypadek lepiej mieć, bo nie wiadomo co będzie. Stoję przed marketem za żółtą linią w rękawiczkach i masce i obserwuję jak działa nowy system wejścia do sklepu, i obliczam prawdopodobny czas oczekiwania. A w głowie słyszę: „Chroń życie, zostań w domu!”. Szukam plusów: darmowe parkingi, nikt nie siedzi mi na karku przy wykładaniu zakupów na taśmę no i ta olśniewająca czystość w sklepie... To by było na tyle z plusów. Jesteśmy bombardowani wiadomościami o wirusie, pandemii, krzywe zakażonych i zmarłych wciąż rosną. Prezenterka w telewizji kolejny dzień na czarno. Apokaliptyczna muzyka i koronawirus w tle. Kiedy w pracy zwracam uwagę na to budowanie napięcia i lęku w ludziach, słyszę od jednej z koleżanek: „Bardzo dobrze, trzeba ludzi przerazić, bo inaczej się ich nie utrzyma w ryzach”. To nieprawda! Zgłaszam sprzeciw! Konkretnie wytyczne, konsekwentnie realizowany plan i karanie niepodporządkowanych – tak- ale nigdy nie zaakceptuję wywoływania hysterii. Nadmierne kierowanie uwagi na źródła zagrożenia odwraca uwagę od zadania stojącego przed człowiekiem. Skupiamy się wówczas na smartwieniach, które wiążą się z zagrożeniem, a nie na realizacji celu. Stany lękowe dają różnorodne objawy na płaszczyźnie somatycznej (np. ból w klatce piersiowej, zawroty głowy), jak i psychicznym (np. podenerwowanie, napięcie, nadpobudliwość, problemy z pamięcią, zaburzenia koncentracji, problemy z rozumieniem i planowaniem). Ludzie zaczynają się wówczas zachowywać irracjonalnie, a przykładów takich właśnie irracjonalnych, pozbawionych rozsądku, wręcz niewytłumaczalnych zachowań

mogę przytoczyć wiele a są one różnorodne. Jedni skrajnie izolują się w domach i przetrzymują zakupy w garażu na kilkugodzinnej kwarantannie w celu dezaktywacji wirusa, inni stają się agresorami. Samochód jednej z pielęgniarek zostaje zniszczony, ponieważ pracuje w szpitalu – „głównym ognisku zakażeń” jak słyszymy w mediach. Innym razem, solidarni w swej irracjonalności sąsiedzi żądają aby jedna z lokatorek ich bloku – pielęgniarka – znalazła sobie teraz inne lokum. Niekiedy uśpiony rozum przybiera już niewyobrażalnie karykaturalne oblicza. Bo oto koledzy z jednego szpitala nie wsiadają do tej samej windy z osobami z Tego Oddziału, gdzie mieli kwarantannę. Nie owijając w bawełnę mówi się o takich wdzięcznie „Zarazy”. Emocje prawdziwe, nakładają się na emocje „nakręcane” między innymi przez media i powstaje efekt rozpędzonej, narastającej śnieżnej kuli niszczącej to, co czyni nas ludźmi.

### ZERWANIE BEZPOŚREDNICH KONTAKTÓW MIĘDZYLUDZKICH

Człowiek stał się dla człowieka wrogiem, mogącym ściągnąć na siebie lub drugiego śmiertelne niebezpieczeństwo. Izolacja ma być jedynym znanym sposobem zapewnienia bezpieczeństwa sobie i bliskim. Antycypowane poczucie winy w razie zarażenia osoby bliskiej stanowi teraz swoistą motywację do pozostawania w rozłące, nawet w czasie świąt.

Burzy się budowana przez wieki filozofia medycyny zakładająca, że jedyny słuszny i dobry kontakt lekarza z pacjentem, to kontakt duchowy i fizyczny. Miejsce zdeaktualizowanej filozofii zajmują teraz teleporady. Podobnie jest ze szkołami, gdzie pożądanym kontaktem: mistrz – uczeń zastąpiony został pseudonauczaniem zdalnym. I mielibyście Państwo rację, że się czepiam, że przecież takie czasy i nie ma co marudzić gdyby nie fakt, że coraz częściej słyszymy o tym, że „ten system się sprawdza i warto pójść krok dalej”!

Tymczasem mój telefon dzwoni coraz częściej, psychiatry mają ręce pełne roboty a z aptek (jak dowiedziałam się od za-przyjaźnionej farmaceutki) znikają ogromne ilości leków przeciwlękowych, przeciwdepresyjnych, nasennych.

#### JAK SOBIE RADZIĆ W TYCH TRUDNYCH CZASACH?

To często zadawane mi aktualnie pytanie. Pytanie, które wpędza mnie niejednokrotnie w poczucie winy, ponieważ nie mam gotowej odpowiedzi, recepty na całe to zło. Coś, co mogłabym w punktach wymienić i przyniosłoby ulgę w psychicznym cierpieniu. Z drugiej strony wzbiera we mnie złość, bo wiele czynników, które przed wsparciem psychologicznym powinno być spełnionych aby zminimalizować stres zostało nie-tniętych. Mam tu konkretnie na myśli przedstawienie planu, wytyczne, instruktaż. Coś, czego ludzie podczas wypełniania swojej misji mogą się trzymać a jeśli plan okaże się wadliwy, wszyscy popełnią ten sam błąd. Odpowiedzialność się rozłoży, a poprzez wspólną komunikację i ewaluację planu, powstanie nowy, doskonalszy. To trochę tak jakby stosować techniki łagodzenia stresu maturzyście, którego wcześniej nie przygotowano do egzaminu. Pierwszy wniosek jaki nasunął mi się podczas rozwoju pandemii, to dotkliwy brak liderów...

Sytuacja, która nas zastała jest bardzo złożona, więc i odpowiedź na pytanie, co może nam pomóc radzić sobie z przewlekłym stresem, nie może być prosta (choć wielu producentów reklamowanych leków obniżających stres ma zupełnie odmienne ode mnie zdanie).

#### CZYM WŁAŚCIWIE JEST STRES?

Stres, to pojęcie wywodzące się z fizyki i odnoszące się do różnego typu napięć, sił, nacisków działających na system. Termin ten w 1926 roku po raz pierwszy wprowadził do nauk o zdrowiu H. Selye – fizjopatolog i endokrynolog. Zdefiniował on stres, jako „nieswoistą reakcję organizmu na wszelkie stawiane mu żądanie”, którą nazwał zespołem ogólnego przystosowania (GAS – General Adaptation Syndrome) bądź zespołem stresu biologicznego. Co istotne, w zespole tym wyróżnia się trzy stadia:

- stadium reakcji alarmowej, kiedy organizm mobilizuje się do zwalczania zagrożenia, czemu sprzyja wydzielanie kortyzolu oraz adrenaliny.
- stadium odporności, co może być porównywane do uzyskania względnej równowagi na wyższym poziomie, co wiąże się jednak z większym wydatkowaniem energii. (Zatem odzyskujemy możliwość funkcjonowania ale wiąże się to z większym wysiłkiem z naszej strony).
- stadium wyczerpania, polegające na załamaniu się tej równowagi. Obserwuje się tutaj takie objawy jak w fazie alarmowej, czasem nawet bardziej nasilone. Generalnie, organizm traci możliwość skutecznego funkcjonowania.

Kiedy organizm znajduje się w stanie przeciążenia przez długi czas i nie ma możliwości rozładowania stresu, istnieje ryzyko zapadnięcia na wiele poważnych chorób mogących prowadzić w skrajnych przypadkach nawet do śmierci. W odniesieniu do psychiki lęki i izolowanie się mogą wywołać m.in. zaburzenia lękowe, fobie społeczne czy depresje. Długotrwały stres wpływa także na życie rodzinne. Zaczynają występować konflikty, oziębłość, a nawet załamania nerwowe. Powszech-

nymi, nieodpowiednimi reakcjami na przewlekle utrzymujący się stres należą: nadużywanie alkoholu, nikotyny, zaburzenia żywieniowe prowadzące do otyłości lub niedożywienia. Pojawiające się myśli agresywne mogą być kierowane na zewnątrz, ku osobom z otoczenia lub do wewnątrz, czyli przerodzić się w zachowania autodestrukcyjne (od kierowania na siebie złych emocji, poprzez prowadzenie destrukcyjnego trybu życia aż do samookaleczania lub myśli samobójczych).

Ilustracją opisanej powyżej teorii jest przeprowadzona przeze mnie niedawno rozmowa telefoniczna z jedną z pań pielęgniarek pracującą na oddziale wysokiego ryzyka zarażenia koronawirusem. Wykonuje swą pracę dobrze i z dużym zaangażowaniem, racjonalnie podeszła do swojej roli i pracy w niepewnych warunkach. Od dawna nie mała wolnego, grafik dyżurowy zmienia się z dnia na dzień (braki personelu, kwarantanny), niepewność, brak wpływu i kontroli, zmęczenie, a tu końca nie widać. Efekt? Załamywanie się kondycji psychicznej w warunkach domowych, lęk przed pójściem do pracy, zwątpienie w swoje predyspozycje do pracy w zawodzie (!!!). Kobieta, z którą rozmawiałam, w ciągu parunastu tygodni pracy w przeciążeniu, jest w stanie przyjąć, że należy do osób niezrównoważonych psychicznie, gorszych od innych koleżanek, niekompetentną... I tu Drogie Czytelniczki pojawia się prawdziwy problem psychologa klinicznego. To, czego się nauczyłam przez te wszystkie lata odpowiada mi aby wysłać tę dziewczynę na zastępowy urlop, przypomnieć że jest świetna, i pożegnać okłaskami. Mam jednak świadomość, iż rady tego typu nie spotkają się z powszechnym uznaniem. Wyjawię jednak moje ciche, kołaczące mi się po głowie pytanie: czy i gdzie istnieje granica udowadniania, że „dajemy radę”?

Spośród współczesnych ujęć stresu psychologicznego warto przytoczyć definicję R.S. Lazarusa i S. Folkman, najczęściej chyba cytowaną w literaturze. Według tychże autorów stresem jest: „Określona relacja między osobą a otoczeniem, która oceniana jest przez osobę jako obciążająca lub przekraczająca jej zasoby i zagrażająca jej dobrostanowi”. Najistotniejsze w tej definicji stresu jest zwrócenie uwagi na fakt, iż stres nie zawiera się w samych okolicznościach ani w samej osobie. Nie jest także zjawiskiem obiektywnym. To sam człowiek w sposób subiektywny rozstrzyga czy relacja pomiędzy nim a otoczeniem jest dla niego obciążająca. Autorzy podkreślają, że skutecznym





sposobem utrzymania dobrostanu jest nagromadzenie jak największej liczby różnorodnych zasobów – narzędzi do radzenia sobie w trudnych sytuacjach. Reasumując: dla jednych z nas konkretna sytuacja będzie sytuacją neutralną lub nawet pozytywną, dla innych nadmiernym przeciążeniem, okolicznościami nie do zniesienia. I jeszcze małe wtrącenie, pytanie retoryczne, na które odpowiedzcie sobie Państwo sami: czy można uzbroić się w zasoby wiodąc bezproblemowe, przewidywalne życie ustane różami?

#### POTRZEBUJEMY CZUĆ SIĘ PEWNI

Aaron Antonovsky wprowadził bardzo użyteczny i przekonujący mnie konstrukt teoretyczny – poczucie koherencji (spójności). Oznacza on globalną, złożoną orientację człowieka, który sprawia, iż ma on poczucie przewidywalności świata zewnętrznego i wewnętrznego oraz dzięki któremu istnieje prawdopodobieństwo, iż zdarzenia będą przebiegały zgodnie z własnym oczekiwaniem. Krótko mówiąc, poczucie koherencji jest naszym względnie trwałym nastawieniem decydującym o zasadniczym sposobie spostrzegania, odczuwania i rozumienia świata. Składa się ono z trzech zasadniczych komponentów:

- **Zdolności do rozumienia.** Jest to właściwość, która powoduje, że człowiek potrafi zorientować się poznawczo (informacyjnie) w otoczeniu, w którym się znalazł. Optymalnie więc jest, gdy informacje są sensowne, uporządkowane, spójne i jasne. Przy czym nie chodzi tu wcale o to, aby sytuacja była prosta, banalna, ale aby dała się poznawać, opisywać, opracowywać i zrozumieć.

Jak tą wiedzę można wykorzystać w sytuacji naszej pandemii? Są to co prawda okoliczności nowe, jak też nowy jest sam wirus. Pan Aantonovsky podpowiedziałyby jednak: nie opieraj się na plotkach, teoriach spiskowych, irracjonalnych przekonaniach. Wyłącz telewizor jeśli po usłyszanych informacjach czujesz jedynie przerażenie, chaos. Szukaj autorytetów, czytaj naukowe publikacje. Obserwuj ze spokojem i słuchaj tych, którzy mają coś konkretnego do powiedzenia. Zapamiętaj te z twoich działań, które się sprawdzają. Jakiś czas temu jedna z koleżanek z pracy powiedziała: „mam koleżankę pielęgniarkę we Włoszech. Powiedziała mi, że tam napraw-

dę jest strasznie”. To jest piękny przykład na wpędzenie się w stres i lęk. Ta wypowiedź kompletnie niczego nie wnosi. Oprócz paniki oczywiście. Co to oznacza, to „strasznie”? No i czy to, co jest straszne dla ciebie, będzie też straszne dla mnie? Taką rozmowę można jednak wykorzystać dla budowania poczucia koherencji. Można było bowiem zapytać koleżankę z Włoch o to, w jaki sposób można sobie radzić w takich warunkach. Co wam się sprawdza, a czego nie warto próbować. Po takiej rozmowie wychodzimy „z czymś”.

- **Zaradność.** To poczucie kompetencji do radzenia sobie z otoczeniem, samoskuteczność. Przy czym nie muszą to być tylko właściwości wewnętrzne, często są to zasoby zewnętrzne. Pandemia wydaje się być zdarzeniem, na które wpływu nie mamy. Szczególnie jeśli patrzymy na nią globalnie, zdaje się nas przerastać, przytłaczać. Proponuję jednak nie dawać się ponieść emocjom i przyjrzeć się tej sytuacji, bardziej lokalnie, jednostkowo. Wówczas może się okazać, że znacząco wpływamy na najbliższe otoczenie: naszych pacjentów, rodziny, znajomych, w końcu siebie. Stajemy się zaradni korzystając z naszej wiedzy, o której nie możemy zapominać. Przecież wirus, chociaż nowy, nie jest całkiem nowym tworem. Korzystamy z naszego doświadczenia. Skupiamy się na tym, co mogę zrobić, a czym nie zwracać sobie głowy. Koncentrujemy się na konstruktywnych zachowaniach. Poczucie kompetencji, to również wpływanie na własne ciało. W sytuacji wymagającej od nas mobilizacji warto pamiętać o racjonalnym odżywianiu się, odpowiedniej ilości snu, różnych formach aktywności fizycznej właśnie po to, by nie wejść w fazę wyczerpania.

Stres powoduje wzrost napięcia mięśniowego, stąd warto poznać i stosować różne techniki redukcji napięcia. Godnym polecenia jest trening autogenny Schultza, gdzie stan odprężenia uzyskuje się dzięki umiejętnemu oddychaniu wykorzystywaniu wyobraźni i zjawisku autosugestii. Kolejną techniką jest relaksacja Jacobsona, dzięki której uczymy się kontroli napięcia mięśniowego i świadomości własnego stanu psychofizycznego. Ta metoda pozwala na przerwanie stresu nie tylko w zaciszu swojego domu ale także w samym centrum stresujących wydarzeń.

Poczucie zaradności uzyskujemy także dzięki budowaniu i utrzymywaniu sieci wsparcia społecznego. Nie wstydzmy się przeżywanych emocji, dzielimy się nimi z bliskimi ale też słuchajmy siebie nawzajem. Nie „podkreślamy” atmosfery, nie nadwyreżajmy czyjś go zaangażowania w nasze sprawy, nie obciążajmy nadmiernie.

Wielu z nas kompetencje odnajduje w wierze w Boga, sacrum, w autorytetach, coraz bardziej na wagę złota w dzisiejszym konsumpcyjnym, materialnym świecie.

- **Sensowność.** Jest moim ulubionym komponentem emocjonalno-motywacyjnym oznaczającym głębokie poczucie wartości życia, wolę życia oraz przekonanie, że warto się angażować i kreować swoje życie niezależnie od wszystkiego, co jest poza nami.

„(...) współczesny człowiek ma za co żyć, ale nie ma po co żyć – ma środki ale nie ma sensu”. To słowa za-

czerpięte z jednej z moich ulubionych lektur: „Człowiek w poszukiwaniu sensu” V. E. Frankla, do którego literatury serdecznie zachęcam. Zdaję sobie sprawę z tego, że zabrzmieć niemodnie, nieatrakcyjnie i niezachęcająco. Wyznaję jednak zasadę, że aby czuć się pewnie musimy mieć wyraźnie przed oczami nasze najważniejsze wartości, którymi się kierujemy, nawet jeśli inni twierdzą, iż „to się zupełnie nie opłaca”. Musimy posiadać jakiś stały punkt odniesienia, inaczej bardzo łatwo popaść w psychologiczny niebyt. Frankl pięknie nazywa to pustką egzystencjalną (coraz częściej trafiają do mnie młodzi, wykształceni, piękni ludzie z poczuciem pustki, bezsensu, depresją, mimo bogatego we wrażenia, przebudżowanego wręcz życia. W rozmowach z kolegami psychologami i psychiatrami stwierdzamy, że trafiają do nas ludzie z coraz poważniejszymi problemami, bo wiążącymi się z podstawowymi wartościami i zasadami życia w społecznym świecie. W takich sytuacjach czujemy się jak rodzice, uczący dziecko elementarnych umiejętności społecznych. Jednak czas na to najczęściej bezpowrotnie przeminął).

Pacjenci, którzy się ze mną spotykają często mówią o tym, że najbardziej brakuje im tego, by móc zobaczyć sens swojej pracy a to wywołuje w nich frustrację i stres. Biorą udział w poważnie brzmiących projektach, tworzą zerojedynkowe programy komputerowe ale nie widzą efektu swojej pracy. Nie mogą przekonać się na własne oczy, że efekt ich pracy jest komuś przydatny, że są pożyteczni, że to wszystko ma sens inny niż tylko bardzo dobre, a nawet wyśmienite wynagrodzenie finansowe. Jak sobie radzą z tym dyskomfortem? Obserwuję systematycznie, że tacy ludzie zakładają ogródki warzywne, zapisują się na wszelkiego rodzaju kursy (jeden z pacjentów zrealizował kurs stolarski i pochwalił mi się własnoręcznie wykonaną komodą). Czyli sens...

### ŻYCIE NA SKRÓTY – BEZREFLEKSYJNOŚĆ

Córka jednego z moich pacjentów onkologicznych zadziałała na zasadzie: rekomendacja – wykonanie rekomendacji. A dokładniej wyglądało to tak: wykonując polecenie „kocham – nie odwiedzam”, podrzuciła swojemu samotnie mieszkającemu ojcu śniadanie wielkanocne pod drzwi i oddaliła się. Jak opowiedział mi inny mój pacjent, który jest w stałym kontakcie z odbiorcą nieszczęsnego śniadania akcja ta miała opłakany finał. Samotny ojciec bardzo liczył na spędzenie świąt z córką (z całą świadomością zagrożenia zarażenia się koronawirusem). Od tamtego dnia jego stan psychiczny gwałtownie się złał: sięgał po alkohol, rozważał nie kontynuowanie terapii onkologicznej, pojawiły się myśli samobójcze. Tyle opowieści. Nie odważę się na komentarz. Pozostawiam refleksję Czytelnikom. Był to taki sobie wstęp do ostatniego z czynników, który w ogromnym stopniu przyczynia się do radzenia sobie ze stresem – refleksyjności.

Psychologia społeczna dysponuje dziś licznymi przykładami minimalnego przetwarzania danych. Ludzie potrafią wykonywać całkiem złożone zadania, nie angażując w to myślenia albo angażując myślenie bardzo oszczędnie. Często reagujemy w sposób rutynowy, bezrefleksyjny. Ma to oczywiście swoje

dobre strony, nie wydatkujemy zbyt dużo energii na działania dobrze znane. Lubimy gotowce, jak np. opracowanie lektury, bo nie trzeba się namęczyć myśleniem. Jednak bezrefleksyjność „utrzymuje świat w stanie niezmiennym i nie dopuszcza do świadomości, że rzeczy mogą wyglądać inaczej” twierdzi E.J. Langer zajmująca się badaniami nad refleksyjnością. Definiuje ona refleksyjność jako umiejętność tworzenia wielu perspektyw czy uświadamianie sobie kontekstu. Istnieje wiele danych wskazujących na negatywny wpływ bezrefleksyjności na efektywność działania i przystosowania, zwłaszcza w bardziej złożonych sytuacjach. Rzutuje to bez najmniejszej wątpliwości na stan napięcia emocjonalnego i może prowadzić do utrzymywania się stresu i jego konsekwencji. Bezrefleksyjność może prowadzić do braku kontroli nad sobą i / lub otoczeniem, a tym samym prowadzić może do śmierci w sensie psychologicznym. Pełniejsza refleksja, rozumienie sytuacji oraz zdarzeń a przede wszystkim rozumienie SWOJEGO w nich udziału pozwala na adekwatne ustosunkowanie się do obciążeń stresowych. Zastanowienie się nad znaczeniem czy sensem konkretnego zdarzenia są warunkiem dobrania najbardziej skutecznego mechanizmu radzenia sobie ze stresem dostępnego konkretnej osobie w konkretnym czasie i miejscu. Coraz trudniej nam nie powielać czyichś schematów, coraz trudniej nie korzystać z gotowców. Nie ma się co dziwić, skoro egzamin dojrzałości zdaje się dziś z wysoką notą pod warunkiem, że refleksyjność zastąpi się celnym trafieniem w stworzony przez kogoś (?) klucz...

### POŻYTECZNI PRAWDZIWIĄ WARTOŚCIĄ.

Moim zwyczajem lubię popatrzeć na problem pod kątem ewentualnych korzyści, także w rozumieniu wiedzy i doświadczenia. Zauważmy, że te czasy zarazy pokazały, co i kto się tak naprawdę na tej wojnie liczy. Odsiały ziarno od plewy. Niczym w baśni Andersena ponownie zabrzmiały słowa: „król jest nagi!”. Odważmy się teraz, póki TO się dzieje powiedzieć głośno i wyraźnie, że potrzebujemy mądrych, światłych ludzi, niezależnych ekspertów, odważnych bohaterów konsekwentnie niosących pomoc, wszystkich tych, którzy nie mogą się izolować, by nie zabrakło na przykład makaronu. Powiedzmy też póki TO się dzieje, że nie wszyscy jesteśmy świetni (aktualnie w miejsce „świetni” wkładane jest inne słowo). Że w pewnych sytuacjach powinniśmy uznać własną słabość i niewiedzę i zwrócić się o pomoc do autorytetu w tej dziedzinie.

Tak naprawdę wszyscy potrzebujemy być pożyteczni, potrzebujemy wiedzieć, że to co robimy ma sens. Praca z pacjentem, człowiekiem potrzebującym pomocy jest według mnie jednym z największych sensów tego świata. Życzę aby ten sens był niezawodną tarczą ochronną dla wszystkich pracowników Ochrony Zdrowia.

**Od 5 maja 2020 r.** każdy członek OIPiP w Wałbrzychu może skorzystać z bezpłatnej pomocy psychologicznej, jeżeli potrzebuje rozmowy i wsparcia psychologicznego:

**Beata Pietrzak – psycholog**

wtorek, środa, czwartek godz. 17.30–18.30

tel. 604 903 792

# SPOSÓB USTALANIA NAJNIŻSZEGO WYNAGRODZENIA



## DZIENNIK USTAW RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

---

Warszawa, dnia 20 sierpnia 2019 r.

Poz. 1565

### USTAWA

z dnia 19 lipca 2019 r.

#### **o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych**

**Art. 1.** W ustawie z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1471) art. 7 otrzymuje brzmienie:

„Art. 7. 1. Do dnia 30 czerwca 2019 r. najniższe wynagrodzenie zasadnicze ustala się jako iloczyn współczynnika pracy określonego w załączniku do ustawy i kwoty 3900 zł brutto.

2. Od dnia 1 lipca 2019 r. do dnia 30 czerwca 2020 r. najniższe wynagrodzenie zasadnicze ustala się jako iloczyn współczynnika pracy określonego w załączniku do ustawy i kwoty 4200 zł brutto.”.

**Art. 2. 1.** W terminie miesiąca od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy zawiera się porozumienie, o którym mowa w art. 3 ust. 1 ustawy zmienianej w art. 1, z uwzględnieniem art. 7 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą.

2. Jeżeli porozumienie nie zostanie zawarte w terminie określonym w ust. 1, sposób podwyższania wynagrodzenia zasadniczego ustala się w terminie 14 dni od dnia upływu terminu, o którym mowa w ust. 1, w drodze zarządzenia, o którym mowa w art. 3 ust. 1 pkt 4 ustawy zmienianej w art. 1, z uwzględnieniem art. 7 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą.

3. Porozumienie, o którym mowa w ust. 1, i zarządzenie, o którym mowa w ust. 2, dotyczą sposobu podwyższania wynagrodzeń zasadniczych na dzień 1 lipca 2019 r.

**Art. 3.** Ustawa wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej: *A. Duda*





## NACZELNA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

NIPiP-NRPiP-OIE.060.196.2020

Warszawa, 20 maja 2020 r.

**Pani**  
**Józefa Szczurek - Żelazko**  
**Sekretarz Stanu**  
**w Ministerstwie Zdrowia**

*Szanowna Pani Ministrze*

W związku ze zgłaszanymi wątpliwościami pielęgniarek i położnych zwracamy się z uprzejmą prośbą o udzielenie odpowiedzi jaka kwota w roku 2020 r. będzie stanowiła podstawę do wyliczenia wzrostów wynagrodzeń zasadniczych, o których mowa w ustawie z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych (t.j. Dz. U. z 2020r. poz. 830).

Zofia Małas

Prezes NRPiP



Minister Zdrowia

Warszawa, 22 maja 2020 r.

DSZ.0212.108.2020.BJ

Pani  
Zofia Małas  
Prezes  
Naczelnej Rady Pielęgniarek  
i Położnych

*Szanowna Pani Prezes,*

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

Zgodnie z art. 7 ust. 2 Ustawy najniższe wynagrodzenie zasadnicze ustala się jako iloczyn współczynnika pracy określonego w załączniku do ustawy i kwoty 4200 zł brutto jedynie w okresie od dnia 1 lipca 2019 r. do dnia 30 czerwca 2020 r. Po dniu 30 czerwca 2020 r. do wyliczania kwot docelowych dla danego roku najniższych wynagrodzeń dla poszczególnych grup pracowników stosować się będzie zgodnie z art. 3 ust 1 Ustawy kwoty przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia brutto w gospodarce narodowej w roku poprzedzającym ustalenie, ogłoszonego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”.

Zgodnie z art. 3 ust 1 pkt 5 lit d Ustawy wynagrodzenie zasadnicze pracownika wykonującego zawód medyczny oraz pracownika działalności podstawowej, innego niż pracownik wykonujący zawód medyczny, podwyższa się na dzień 1 lipca 2020 r. co najmniej o 20% kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy najniższym wynagrodzeniem zasadniczym a wynagrodzeniem zasadniczym tego pracownika. W związku z powyższym przy dokonywaniu podwyżki na dzień 1 lipca 2020 r. należy brać pod uwagę przepisy regulujące sposób obliczania najniższego wynagrodzenia zasadniczego określone dla tej daty.

Skoro zatem dzień 1 lipca 2020 r., czyli dzień na który dokonuje się podwyższenia wynagrodzenia jest bez wątpienia dniem przypadającym po okresie wskazanym w art. 7 ust 2 ustawy (jedynie w tym okresie kwota stanowiąca podstawę do wyliczenia wysokości docelowego dla danego roku najniższego wynagrodzenia wynosi 4200 zł), to przy na obliczaniu na dzień 1 lipca 2020 r. docelowych najniższych wynagrodzeń oraz obliczaniu kwot podwyżek zgodnie z art. 3 ust 1 pkt 5 lit d zastosowanie musi znaleźć kwota 4918 zł 17 gr. Zgodnie bowiem z komunikatem Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 11 lutego 2020 r. w sprawie przeciętnego wynagrodzenia w gospodarce narodowej w 2019 r. przeciętne wynagrodzenie w gospodarce narodowej w 2019 r. wyniosło 4918,17 zł.

*Z poważaniem,*

Józefa Szczurek-Żelazko

Sekretarz Stanu

/dokument podpisany elektronicznie/

# SPOSÓB USTALANIA NAJNIŻSZEGO WYNAGRODZENIA ZASADNICZEGO OD 1 LIPCA 2020 R.

Od 25 października 2018 roku obowiązuje nowy podział kwalifikacji zawodowych pielęgniarek i położnych.

Ustawa z dnia 13 września 2018 r. o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych oraz ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw.

**Dz.U. 2020.830 – wersja obowiązująca od 11 maja 2020 r.**

**art. 3. Zasady podwyższenia wynagrodzenia pracowników wykonujących zawód medyczny oraz pracowników działalności podstawowej**

1. Do dnia 31 grudnia 2021 r. podmiot leczniczy dokonuje podwyższenia wynagrodzenia zasadniczego pracownika wykonującego zawód medyczny oraz pracownika działalności podstawowej, innego niż pracownik wykonujący zawód medyczny, którego wynagrodzenie zasadnicze jest niższe od najniższego wynagrodzenia zasadniczego, ustalonego jako iloczyn współczynnika pracy określonego w załączniku do ustawy i kwoty przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia brutto w gospodarce narodowej w roku poprzedzającym ustalenie, ogłoszonego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”, do wysokości nie niższej niż najniższe wynagrodzenie zasadnicze, z uwzględnieniem następujących warunków:

1) sposób podwyższania wynagrodzenia zasadniczego ustalają, w drodze porozumienia, strony uprawnione

w danym podmiocie leczniczym do zawarcia zakładowego układu zbiorowego pracy, zwanego dalej „porozumieniem”;

2) podmiot leczniczy, u którego nie działa zakładowa organizacja związkowa, zawiera porozumienie z pracownikiem wybranym przez pracowników podmiotu leczniczego do reprezentowania ich interesów;

3) porozumienie zawiera się corocznie do dnia 31 maja;

4) jeżeli porozumienie nie zostanie zawarte w terminie określonym w pkt 3, sposób podwyższania wynagrodzenia zasadniczego ustala corocznie do dnia 15 czerwca, w drodze zarządzenia w sprawie podwyższenia wynagrodzenia, zwanego dalej „zarządzeniem”:

- a) kierownik podmiotu leczniczego,
- b) podmiot tworzący, o którym mowa w art. 4 pkt 1 – w przypadku podmiotów leczniczych działających w formie jednostek budżetowych i jednostek wojskowych, o których mowa w art. 4 ust. 1 pkt 3 i 7 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;
- 5) ustalony w drodze porozumienia albo zarządzenia sposób podwyższenia wynagrodzenia zasadniczego zapewnia proporcjonalny dla każdej z grup zawodowych średni wzrost tego wynagrodzenia, przy czym:
  - a) **na dzień 1 lipca 2017 r.** wynagrodzenie zasadnicze pracownika wykonującego zawód medyczny podwyższa się co najmniej o 10% kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy najniższym wynagrodzeniem zasadniczym a wynagrodzeniem zasadniczym tego pracownika,
  - b) **na dzień 1 lipca 2018 r.** wynagrodzenie zasadnicze pracownika wykonującego zawód medyczny oraz pracownika działalności podstawowej, innego niż pracownik wykonujący zawód medyczny, podwyższa się co najmniej o 20% kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy najniższym wynagrodzeniem zasadniczym a wynagrodzeniem zasadniczym tego pracownika,
  - c) **na dzień 1 lipca 2019 r.** wynagrodzenie zasadnicze pracownika wykonującego zawód medyczny oraz pracownika działalności podstawowej, innego niż pracownik wykonujący zawód medyczny, podwyższa się co najmniej o 20% kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy najniższym wynagrodzeniem zasadniczym a wynagrodzeniem zasadniczym tego pracownika,
  - d) **na dzień 1 lipca 2020 r.** wynagrodzenie zasadnicze pracownika wykonującego zawód medyczny oraz pracow-

nika działalności podstawowej, innego niż pracownik wykonujący zawód medyczny, podwyższa się co najmniej o 20% kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy najniższym wynagrodzeniem zasadniczym a wynagrodzeniem zasadniczym tego pracownika,

e) **na dzień 1 lipca 2021 r.** wynagrodzenie zasadnicze pracownika wykonującego zawód medyczny oraz pracownika działalności podstawowej, innego niż pracownik wykonujący zawód medyczny, podwyższa się co najmniej o 20% kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy najniższym wynagrodzeniem zasadniczym a wynagrodzeniem zasadniczym tego pracownika.

2. Pracownikowi wykonującemu zawód medyczny oraz pracownikowi działalności podstawowej, innemu niż pracownik wykonujący zawód medyczny, zatrudnionym w niepełnym wymiarze czasu pracy najniższe wynagrodzenie zasadnicze oblicza się proporcjonalnie do wymiaru czasu pracy określonego w ramach stosunku pracy.

3. Ustalony w drodze porozumienia albo zarządzenia sposób podwyższania wynagrodzenia zasadniczego osoby

zajmującej stanowisko pielęgniarki lub położnej uwzględnia wzrost miesięcznego wynagrodzenia danej pielęgniarki albo położnej dokonany na podstawie przepisów wydanych na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1373, z późn. zm.).

4. **Od dnia 1 stycznia 2022 r.** wynagrodzenie zasadnicze pracownika wykonującego zawód medyczny oraz pracownika działalności podstawowej, innego niż pracownik wykonujący zawód medyczny, nie może być niższe niż najniższe wynagrodzenie zasadnicze ustalone w sposób określony w ust. 1 **na dzień 31 grudnia 2021 r.**

**art. 4. Kontrola wykonania podwyższenia wynagrodzenia zasadniczego Kontrolę wykonywania przepisów art. 3 przeprowadza:** 1) podmiot tworzący w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 6 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej na zasadach określonych w tej ustawie; 2) Państwowa Inspekcja Pracy na zasadach określonych w ustawie z dnia 13 kwietnia 2007 r. o Państwowej Inspekcji Pracy (Dz.U. z 2019 r. poz. 1251).

## ZAŁĄCZNIK – WSPÓŁCZYNNIKI PRACY

KWOTA BAZOWA 4200 – OD 1 LIPCA 2019 r. do 30 CZERWCA 2020 r.

LP.	GRUPY ZAWODOWE WEDŁUG KWALIFIKACJI WYMAGANYCH NA ZAJMOWANYM STANOWISKU	WSPÓŁCZYNNIK PRACY
7	Pielęgniarka z tytułem zawodowym magister pielęgniarstwa albo położna z tytułem zawodowym magister położnictwa, która uzyskała tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia	1,05–4410
8	Pielęgniarka albo położna, która uzyskała tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia, albo pielęgniarka z tytułem zawodowym magister pielęgniarstwa albo położna z tytułem zawodowym magister położnictwa	0,73–3066
9	Pielęgniarka albo położna inna niż określona w lp. 7 i 8, która nie posiada tytułu specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia	0,64–2688

KWOTA BAZOWA 4918,17 – OD 1 LIPCA 2020 r. do 30 CZERWCA 2021 r.

LP.	GRUPY ZAWODOWE WEDŁUG KWALIFIKACJI WYMAGANYCH NA ZAJMOWANYM STANOWISKU	WSPÓŁCZYNNIK PRACY
7	Pielęgniarka z tytułem zawodowym magister pielęgniarstwa albo położna z tytułem zawodowym magister położnictwa, która uzyskała tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia	1,05–5164
8	Pielęgniarka albo położna, która uzyskała tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia, albo pielęgniarka z tytułem zawodowym magister pielęgniarstwa albo położna z tytułem zawodowym magister położnictwa	0,73–3590
9	Pielęgniarka albo położna inna niż określona w lp. 7 i 8, która nie posiada tytułu specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia	0,64–3148

Różnica pomiędzy najniższym wynagrodzeniem zasadniczym – **kwota obok współczynnika** a wynagrodzeniem zasadniczym **na dzień 30.06.2020 r.** podwyższona zostaje **o co najmniej o 20%**.



# DZIENNIK USTAW RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Warszawa, dnia 29 kwietnia 2020 r.

Poz. 775

## ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA<sup>1)</sup>

z dnia 28 kwietnia 2020 r.

### **w sprawie standardów w zakresie ograniczeń przy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej pacjentom innym niż z podejrzeniem lub zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 przez osoby wykonujące zawód medyczny mające bezpośredni kontakt z pacjentami z podejrzeniem lub zakażeniem tym wirusem**

Na podstawie art. 7d ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz. U. poz. 374, 567, 568 i 695) zarządza się, co następuje:

§ 1. 1. Kierownik podmiotu leczniczego umieszczonego w wykazie, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych, wykonującego działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne:

- 1) wyłącznie w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 lub
- 2) w którego wyodrębnionej komórce organizacyjnej są udzielane świadczenia opieki zdrowotnej wyłącznie w związku z przeciwdziałaniem COVID-19

– opracowuje wykaz stanowisk pracy, na których osoby wykonujące zawód medyczny w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2020 r. poz. 295 i 567) mają bezpośredni kontakt z pacjentami z podejrzeniem lub zakażeniem wirusem SARS-CoV-2, w tym uczestniczą w ich transporcie, zwany dalej „wykazem stanowisk”.

2. W przypadku podmiotu, o którym mowa w ust. 1 pkt 1, w wykazie stanowisk umieszcza się wszystkie stanowiska pracy, na których osoby wykonujące zawód medyczny uczestniczą w udzielaniu świadczeń zdrowotnych i mają bezpośredni kontakt z pacjentami z podejrzeniem lub zakażeniem wirusem SARS-CoV-2, a w przypadku podmiotu, o którym mowa w ust. 1 pkt 2, wyłącznie stanowiska pracy, na których osoby wykonujące zawód medyczny uczestniczą w udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej w wyodrębnionej komórce organizacyjnej i mają bezpośredni kontakt z pacjentami z podejrzeniem lub zakażeniem wirusem SARS-CoV-2, o której mowa w ust. 1 pkt 2.

3. Osoby uczestniczące w udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej na stanowiskach określonych w wykazie stanowisk nie mogą uczestniczyć w udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej pacjentom innym niż z podejrzeniem lub zakażeniem wirusem SARS-CoV-2. Ograniczenie to nie dotyczy udzielania świadczeń opieki zdrowotnej niewymagających bezpośredniego kontaktu z tymi pacjentami, w szczególności udzielania tych świadczeń za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności.

4. Kierownik podmiotu leczniczego, o którym mowa w ust. 1, informuje na piśmie osoby, o których mowa w ust. 3, o objęciu ich ograniczeniem, o którym mowa w ust. 3. W informacji określa się dzień początkowy oraz końcowy objęcia ograniczeniem. W przypadku gdy nie ma możliwości określenia dnia końcowego objęcia ograniczeniem, ograniczenie

<sup>1)</sup> Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 listopada 2019 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 2269).

obowiązuje do dnia jego odwołania przez kierownika podmiotu leczniczego, nie dłużej jednak niż do dnia zakończenia obowiązywania stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii w związku z zakażeniami wirusem SARS-CoV-2 lub ustania zatrudnienia osoby objętej ograniczeniem w podmiocie leczniczym, o którym mowa w § 1 ust. 1. Dzień końcowy objęcia ograniczeniem nie może przypadać wcześniej niż po upływie 14 dni od dnia zaprzestania udzielania świadczeń opieki zdrowotnej na stanowisku określonym wykazem stanowisk. Informacja zawiera pouczenie o treści § 3.

5. Przekazanie informacji o objęciu ograniczeniem osoba, o której mowa w ust. 3, potwierdza pisemnie wraz ze wskazaniem daty doręczenia. W przypadku braku możliwości uzyskania podpisu dokonuje się adnotacji o przekazaniu informacji o objęciu ograniczeniem przez kierownika podmiotu leczniczego, o którym mowa w ust. 1, lub osobę przez niego upoważnioną wraz z podaniem informacji o przyczynie niemożności uzyskania podpisu oraz wskazaniem daty doręczenia.

6. W przypadku gdy informację o objęciu ograniczeniem dostarczono w terminie późniejszym niż określony w tej informacji jako dzień początkowy, ograniczenie, o którym mowa w ust. 3, obowiązuje od dnia powiadomienia osoby objętej ograniczeniem. Osoba objęta ograniczeniem dokonuje adnotacji o terminie otrzymania informacji w obecności osoby przekazującej.

**§ 2. 1.** Wykaz stanowisk, wraz z listą zatrudnionych na nich osób obejmującą imię i nazwisko każdej osoby objętej ograniczeniem, o którym mowa w § 1 ust. 3, jej numer PESEL i numer prawa wykonywania zawodu, kierownik podmiotu leczniczego, o którym mowa w § 1 ust. 1, przekazuje raz w miesiącu w terminie do 10. dnia każdego miesiąca w postaci elektronicznej, w sposób zapewniający właściwą ochronę danych osobowych, do właściwego miejscowo wojewody oraz dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.

2. Wojewoda i dyrektor oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia przetwarzają dane, o których mowa w ust. 1, w celu zapewnienia dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej oraz zapobiegania i zwalczania COVID-19.

3. W przypadkach uzasadnionych koniecznością zapewnienia dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej dyrektor oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia może, na wniosek kierownika podmiotu leczniczego, o którym mowa w § 1 ust. 1, wyrazić zgodę na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez osobę wykonującą zawód medyczny mimo objęcia jej ograniczeniem, o którym mowa w § 1 ust. 3. Informacja o wyrażeniu zgody jest przekazywana niezwłocznie na piśmie wnioskodawcy, osobie, której dotyczy wniosek, kierownikowi podmiotu leczniczego, o którym mowa w § 1 ust. 1, oraz wojewodzie.

4. Wniosek, o którym mowa w ust. 3, wnosi się do dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia właściwego ze względu na miejsce działania podmiotu leczniczego, o którym mowa w § 1 ust. 1, w którym udziela świadczeń zdrowotnych osoba wykonująca zawód medyczny objęta ograniczeniem.

**§ 3. 1.** Pracodawca inny niż podmiot leczniczy, o którym mowa w § 1 ust. 1, zatrudniający pracownika będącego osobą, o której mowa w § 1 ust. 3, udziela temu pracownikowi, na jego wniosek, urlopu bezpłatnego na okres ustalony zgodnie z § 1 ust. 4 i 6.

2. Przekazanie osobie wykonującej zawód medyczny informacji, o której mowa w § 1 ust. 4, stanowi podstawę do zaprzestania w okresie ustalonym zgodnie z § 1 ust. 4 i 6:

- 1) świadczenia pracy na podstawie innej niż stosunek pracy,
- 2) wykonywania zawodu medycznego w formie praktyki zawodowej, o której mowa w art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej

– wykonywanych poza podmiotem leczniczym, o którym mowa w § 1 ust. 1.

3. Przepisów ust. 1 i 2 nie stosuje się:

- 1) w przypadku, o którym mowa w § 2 ust. 3;
- 2) do osób, o których mowa w § 1 ust. 3, w przypadku gdy udzielając świadczeń w innych podmiotach niż określone w § 1 ust. 1, nie mają bezpośredniego kontaktu z pacjentami innymi niż z podejrzeniem lub zakażeniem wirusem SARS-CoV-2.

**§ 4.** Kierownik podmiotu leczniczego, o którym mowa w § 1 ust. 1, przekazuje po raz pierwszy dokumenty, o których mowa w § 2 ust. 1, w terminie 5 dni od dnia wejścia w życie rozporządzenia.

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

Minister Zdrowia: wz. *J. Szczurek-Żelazko*



# DZIENNIK USTAW RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Warszawa, dnia 22 maja 2020 r.

Poz. 918

## ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA<sup>1)</sup>

z dnia 22 maja 2020 r.

### **zmieniające rozporządzenie w sprawie standardów w zakresie ograniczeń przy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej pacjentom innym niż z podejrzeniem lub zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 przez osoby wykonujące zawód medyczny mające bezpośredni kontakt z pacjentami z podejrzeniem lub zakażeniem tym wirusem**

Na podstawie art. 7d ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz. U. poz. 374, 567, 568, 695 i 875) zarządza się, co następuje:

**§ 1.** W rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 28 kwietnia 2020 r. w sprawie standardów w zakresie ograniczeń przy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej pacjentom innym niż z podejrzeniem lub zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 przez osoby wykonujące zawód medyczny mające bezpośredni kontakt z pacjentami z podejrzeniem lub zakażeniem tym wirusem (Dz. U. poz. 775) w § 1 ust. 4 otrzymuje brzmienie:

„4. Kierownik podmiotu leczniczego, o którym mowa w ust. 1, informuje na piśmie osoby, o których mowa w ust. 3, o objęciu ich ograniczeniem, o którym mowa w ust. 3. W informacji określa się dzień początkowy oraz końcowy objęcia ograniczeniem. W przypadku gdy nie ma możliwości określenia dnia końcowego objęcia ograniczeniem, ograniczenie obowiązuje do dnia jego odwołania przez kierownika podmiotu leczniczego, nie dłużej jednak niż do dnia zakończenia obowiązywania stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii w związku z zakażeniami wirusem SARS-CoV-2 lub ustania zatrudnienia osoby objętej ograniczeniem w podmiocie leczniczym, o którym mowa w ust. 1. Dzień końcowy objęcia ograniczeniem nie może przypadać wcześniej niż po upływie 14 dni od dnia zaprzestania udzielania świadczeń opieki zdrowotnej na stanowisku określonym wykazem stanowiącym załącznik do rozporządzenia, chyba że przed upływem 14 dni od dnia zaprzestania udzielania świadczeń opieki zdrowotnej na stanowisku określonym wykazem osoba, o której mowa w ust. 3, uzyska ujemny wynik badania w kierunku zakażenia wirusem SARS-CoV-2. W takim przypadku osoba ta może przystąpić do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej pacjentom innym niż z podejrzeniem lub zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 bezpośrednio po uzyskaniu ujemnego wyniku badania w kierunku zakażenia wirusem SARS-CoV-2. Informacja zawiera pouczenie o treści § 3.”

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

Minister Zdrowia: wz. *J. Szczurek-Żelazko*

<sup>1)</sup> Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 listopada 2019 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 2269).



# KOMUNIKAT

## W SPRAWIE DODATKOWYCH ŚRODKÓW DLA OSÓB UDZIELAJĄCYCH ŚWIADCZEŃ W PODMIOTACH W ZWIĄZKU Z EPIDEMIĄ COVID-19

30 kwietnia 2020 r.

W związku z wejściem w życie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 kwietnia 2020 r. w sprawie standardów w zakresie ograniczeń przy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej pacjentom innym niż z podejrzeniem lub zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 przez osoby wykonujące zawód medyczny, które mają bezpośredni kontakt z pacjentami z podejrzeniem lub zakażeniem tym wirusem, minister zdrowia polecił Narodowemu Funduszowi Zdrowia przekazanie podmiotom, o których mowa w § 1 rozporządzenia środków finansowych z przeznaczeniem na przyznanie osobom uczestniczącym w udzielaniu świadczeń zdrowotnych, objętym ograniczeniem, o którym mowa w § 1 ust. 3 rozporządzenia, z wyłączeniem osób, skierowanych do pracy w tych podmiotach na podstawie art. 47 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz.U. z 2019 r. poz. 1239, z późn. zm.), dodatkowego świadczenia pieniężnego, wypłacanego miesięcznie, przez okres objęcia ograniczeniem.

Środki finansowe na realizację powyższych przepisów pochodzą z budżetu państwa z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia.

Wysokość środków finansowych dla danego podmiotu z przeznaczeniem na wypłaty dodatkowych świadczeń będzie ustalana w oparciu o informacje przekazywane przez kierujących podmiotami, w których świadczeń udzielają osoby objęte ograniczeniem zatrudnienia.

Kwota świadczenia dodatkowego ustalana będzie jako 80% wartości wynagrodzenia uzyskiwanego poza miejscem, w którym po wprowadzeniu ograniczenia dana osoba będzie udzielała świadczeń, albo 50% wartości wynagrodzenia uzyskiwanego w miejscu, w którym po wprowadzeniu ograniczenia dana osoba będzie udzielała świadczeń. Powyższa kwota nie może być wyższa niż 10 000 zł.

W przypadku objęcia ograniczeniem, o którym mowa w § 1 ust. 3 rozporządzenia, przez niepełny miesiąc, świadczenie dodatkowe za ten miesiąc podlegać będzie proporcjonalnemu obniżeniu.

Powyższa kwota uwzględniać będzie pozostające po stronie pracodawcy koszty na składki na ubezpieczenie społeczne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych i Fundusz Emerytur Pomostowych.

Szczegóły dotyczące zakresu informacji przekazywanych do oddziałów wojewódzkich NFZ oraz zasad rozliczania powyższych środków określone będą w umowach zawieranych przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ z kierującymi podmiotami, w których świadczeń udzielają osoby objęte ograniczeniem zatrudnienia

Zbigniew Terek  
Dyrektor DOW NFZ



# 250 MLN ZŁ Z PO WER NA POMOC DLA PLACÓWEK OPIEKI CAŁODOBOWEJ

10 czerwca 2020 r.



**Wiedza Edukacja Rozwój**

Dofinansowanie wynagrodzeń przez 4 miesiące i zakup środków ochrony osobistej od 1 maja do końca tego roku – takie wydatki zakładów opiekuńczo-leczniczych, zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych, hospicjów i DPS-ów zostaną sfinansowane z programu Wiedza, Edukacja Rozwój (PO WER).

Zgodę na przeznaczenie funduszy unijnych na ten cel i na realizację projektu przez Narodowy Fundusz Zdrowia wydała w piątek minister funduszy i polityki regionalnej Małgorzata Jarosińska-Jedynak. To kolejny element Funduszowego Pakietu Antywirusowego.

Pieniądże trafią na dodatkowe wynagrodzenia dla pielęgniarek i innych członków personelu medycznego, którzy ze względów bezpieczeństwa i ograniczania ryzyka za-

każania, musieli zrezygnować z innych miejsc zatrudnienia. W placówkach zostanie wprowadzony bezpieczny system pracy, a kiedy to konieczne, kadra otrzyma również możliwość noclegu poza miejscem zamieszkania, aby chronić najbliższych przez zarażeniem. Placówki będą mogły również zakupić środki ochrony osobistej oraz środki dezynfekcyjne.

Fundusze Europejskie dofinansują pomoc udzielaną od 1 maja do końca tego roku. Na dodatki do wynagrodzeń w placówkach całodobowych udzielających świadczeń w trybie stacjonarnym przeznaczone jest prawie 230 mln zł. Zakup środków ochrony dla personelu i pacjentów oraz mieszkańców domów pomocy społecznej (DPS) planowane jest ponad 20 mln zł.



# SPRZECIW W SPRAWIE WZORU DEKLARACJI WYBORU ŚWIADCZENIOBIORCY POZ



NACZELNA RADA  
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH



ZPPP

KPiPR w Polsce



dobrze  
drodzeni  
niezależna inicjatywa  
rodziców i położnych

Szanowny Pan

**Prof. dr hab. Łukasz Szumowski**

Minister Zdrowia

## SPRZECIW

wobec propozycji rozwiązań przedłożonych w projekcie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29.04.2020 r. w sprawie wzorów deklaracji wyboru świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej - polegających na wprowadzeniu tzw. „wspólnej deklaracji” wyboru świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu POZ przez lekarza POZ, pielęgniarkę POZ oraz położną POZ.

Niniejszym, działając w imieniu Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Położnych Rodzinnych, Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych, Związku Pracodawców Pielęgniarek i Położnych, Kolegium

Pielęgniarek i Położnych Rodziny, Stowarzyszenia Dobrze Urodzeni, Polskiego Towarzystwa Położnych, Krajowego Związku Podmiotów Lecznictwa uważamy, iż proponowane rozwiązania w projekcie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29.04.2020 r. w sprawie wzorów deklaracji wyboru świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, dalej zwany projektem rozporządzenia - stanowią obiektywne i realne zagrożenie dla zasady poszanowania wolności wyboru i wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej oraz wyboru miejsca pracy, prawa pielęgniarek i położnych do równego traktowania przez władze publiczne w życiu gospodarczym (art. 22 i art. 65 ust. 1 Konstytucji RP) w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych oraz stanowią zagrożenie dla realizacji praw świadczeniobiorców do świadomego i swobodnego wyboru pielęgniarki POZ oraz położnej POZ.

Jak czytamy m.in. w uzasadnieniu do projektu rozporządzenia: *„Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wzoru deklaracji wyboru świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 10 ust. 8 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. z 2020 r. poz. 172). (...) Projekt rozporządzenia wejdzie w życie z dniem 1 lipca 2020 r. z wyjątkiem § 1 pkt 4, który wejdzie w życie z dniem 1 stycznia 2025 r. Warto w tym miejscu podkreślić, iż późniejszy termin wejścia w życie procedowanego rozporządzenia w zakresie tzw. „wspólnej deklaracji” wyboru świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu POZ oraz lekarza POZ, pielęgniarki POZ oraz położnej POZ jest niezbędny z uwagi na konieczność dostosowania aktualnie funkcjonującego modelu POZ do modelu docelowego tj. funkcjonującego w oparciu o zespoły POZ.”*

### **Pragniemy zwrócić uwagę na następujące kwestie:**

Jak słusznie wskazano w uzasadnieniu do projektu rozporządzenia, docelowy model podstawowej opieki zdrowotnej ma funkcjonować w oparciu o „zespoły POZ” (art. 11 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej t.j. Dz. U. z 2020, poz. 172, dalej zwana: u.p.o.z.), przy czym zgodnie z założeniami racjonalnego ustawodawcy „zespół POZ” ma być tworzony nie przez lekarza POZ, który „dobiera: sobie pielęgniarkę POZ i położną POZ do wspólnej realizacji zadań, ale „zespół POZ” *de facto* ma być tworzony przez świadczeniobiorcę zwanego dalej też pacjentem, tj. poprzez realizację jego ustawowego prawa wyboru świadczeniodawcy (art. 9 ust. 1 u.p.o.z.), ponieważ to pacjent sam dokona

wyboru lekarza POZ, pielęgniarki POZ lub położnej POZ (art. 9 ust. 2 u.p.o.z.). Ustawodawca wyraźnie wskazuje, że świadczeniobiorca, może wybrać (art. 9 ust. 3 u.p.o.z.):

- 1) lekarza POZ, pielęgniarkę POZ lub położną POZ u tego samego świadczeniodawcy albo
- 2) lekarza POZ, pielęgniarkę POZ lub położną POZ u różnych świadczeniodawców, albo
- 3) lekarza POZ, pielęgniarkę POZ lub położną POZ będących świadczeniodawcami  
- tworzących zespół POZ.

Tym samym logiczne jest, że na podstawie art. 10 ust. 8 u.p.o.z. działania legislacyjne w formie aktu wykonawczego mają zapewnić świadczeniobiorcom rzeczywistą, świadomą i swobodną realizację prawa wyboru poszczególnych członków zespołu POZ. Wprawdzie w załącznikach do projektu rozporządzenia legislatorzy powołują się na ww. przepisy ustawy, jednak sposób przygotowania wzorów deklaracji, a w szczególności pomysł wprowadzenia *wspólnej deklaracji*, wydaje się stać w sprzeczności z realiami funkcjonowania podstawowej opieki zdrowotnej i mogący świadczeniobiorców wprowadzać w błąd.

Świadczeniobiorca - dokonujący wyboru świadczeniodawcy, winien mieć pełną wiedzę co do wszelkich konsekwencji wynikających ze złożenia podpisu na deklaracji. *Wspólna deklaracja* w znaczny sposób przyczynia się do uproszczenia procedury poprzez nieświadome, a nawet częstokroć mimowolne przydzielenie wszystkich świadczeń POZ pacjenta do jednego świadczeniodawcy. Pacjent bowiem przy wyborze jednego świadczeniodawcy w sposób automatyczny, bez swojej wiedzy, zostanie przydzielony nie tylko do lekarza POZ, ale również do pielęgniarki POZ i położnej POZ u danego świadczeniodawcy. Wprowadzenie *wspólnej deklaracji* stanowi sankcjonowanie działań pacjenta wynikającego z niezajomości struktury współpracy i finansowania POZ. Nie ulega najmniejszej wątpliwości, iż poza prawnymi aspektami sprawy, mamy do czynienia także z kwestiami związanymi z renomą danego świadczeniodawcy. Nie można też pominąć okoliczności, kiedy to pacjenci sami sobie polecają konkretnego lekarza POZ, pielęgniarkę POZ lub położną POZ mając na uwadze ich kwalifikacje zawodowe czy też doświadczenie. Wskazać należy również, iż w pkt 13 ppkt 3 postanowienia ogólnego rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (Dz. U. z 2018 r., poz. 1756), zagwarantowano kobietom możliwość wyboru osoby sprawującej opiekę spośród osób uprawnionych do jej sprawowania, z uwzględnieniem możliwości organizacyjnych podmiotu wykonującego działalność leczniczą. Ponadto, osoba sprawująca opiekę nad kobietą ciężarną kieruje ją w okresie pomiędzy ukończonym 21 a 26 tygodniem ciąży do położnej rodzinnej

w celu objęcia edukacją przedporodową oraz opieką sprawowaną nad nią i dzieckiem w miejscu, w którym będą przebywali po porodzie.

Biorąc pod uwagę powyższe uwagi, w naszej opinii możliwość złożenia *deklaracji wyboru* świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej za pośrednictwem Internetowego Konta Pacjenta – wymaga prostych i jasnych w swojej budowie deklaracji, niewprowadzających pacjenta w błąd - czyli powinny być one zbudowane czytelnie i w sposób niebudzący wątpliwości co do dokonanego wyboru. Skoro świadczeniobiorca ma prawo wyboru, to powinien móc je zrealizować, bez pomocy innych osób. I choć legislatorzy wskazali, że celem proponowanych zmian jest uproszczenie deklaracji oraz zmniejszenie ilości danych osobowych wymaganych przy wypełnianiu deklaracji, to jednak obecny projekt wzorów tego nie spełnia.

Jeszcze raz pragniemy stanowczo podkreślić, iż w obecnej formie, przedłożone propozycje nie gwarantują pacjentom świadomego wyboru pielęgniarki POZ i położnej POZ, a poprzez sposób proponowanych zapisów – są realnym zagrożeniem dla dotychczasowej działalności gospodarczej pielęgniarek POZ i położnych POZ. Nie można się wręcz oprzeć wrażeniu, iż proponowane rozwiązania mogą docelowo sprzyjać partykularnym interesom tylko jednej grupy zawodowej – lekarzom POZ. Mamy nadzieję, iż jest to jednak działanie nie zamierzone przez autorów projektu rozporządzenia. Natomiast wprowadzenie proponowanych przepisów o *wspólnej deklaracji* skutkować będzie utratą większości pacjentów przez indywidualne, grupowe praktyki pielęgniarek i położnych, podmioty lecznicze prowadzone przez pielęgniarki i położne POZ.

Jednostkowe koszty sporządzenia, przyjęcia oraz archiwizacji deklaracji, nie stanowią wystarczającej przesłanki uzasadniającej wprowadzenie *wspólnej deklaracji*. Idea zmniejszenia ilości dokumentacji, o ile sama w sobie jest zasadna i godna pochwały, nie może być stawiana na szali i pociągać za sobą tak doniosłych zmian w strukturze podstawowej opieki zdrowotnej, i stać się przyczyną „przyporządkowywania i współzależności” pielęgniarek POZ i położnych POZ do lekarzy POZ. Ustawodawca mówi o współpracy pomiędzy lekarzem POZ a pielęgniarką POZ i położną POZ, i dlatego trzeba budować rozwiązania, także legislacyjne, które będą tę zasadę urzeczywistniać i sprzyjać rozwojowi tej współpracy.

Nie sposób również zgodzić się ze stwierdzeniem, iż planowane zmiany nie będą miały wpływu na mikro, małych i średnich przedsiębiorców. Powyższe argumenty świadczą o rzeczywistym zagrożeniu dla funkcjonowania dużej liczby obecnie działających praktyk pielęgniarek POZ i położnych POZ, stanowiących w głównej mierze mikroprzedsiębiorstwa. Ponadto, w naszej ocenie, proponowane regulacje stanowiąc będą usankcjonowanie praktyk, które należy ocenić jako naruszające zasady konkurencyjności w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej. Natomiast, Narodowy Fundusz Zdrowia jest obowiązany zapewnić równe traktowanie wszystkich świadczeniodawców (art. 134 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* Dz. U. z 2019 r., poz. 1373 z późn. zm.)

**Pragniemy także nadmienić, iż:**

Środowisko pielęgniarek oraz położnych wielokrotnie sygnalizowało szereg wątpliwości oraz zagrożeń związanych z wprowadzeniem *wspólnej deklaracji*. Dotychczasowa konstrukcja legislacyjna, umożliwiająca pacjentowi wybór świadczeniodawcy usług medycznych POZ, zostanie *de facto* zachowana poprzez dopuszczoną przepisami prawa praktykę „przejmowania” pacjentów przez lekarzy POZ. Intencja ustawodawcy, jaką była wolność wyboru przez pacjenta stanie się w praktyce tylko jedynie ustawowym zapisem, który w praktyce pozostanie martwy. Sytuacje w których warunkiem przyjęcia pacjenta do lekarza POZ było podpisanie deklaracji pielęgniarki POZ oraz położnej POZ współpracującej z danym lekarzem POZ, zdarzały się niejednokrotnie, a wręcz powszechnie. O czym wielokrotnie już informowaliśmy wiele podmiotów, w tym Ministra Zdrowia. Wprowadzenie *wspólnych deklaracji* przyczyni się tylko do utwierdzenia starych reguł organizacyjnych podstawowej opieki zdrowotnej oraz na pewno nie przyczyni się do przemodelowania formy współpracy lekarza POZ z pielęgniarkami POZ oraz położnymi POZ.

Proponowane rozwiązania po raz kolejny budzą ogromny niepokój w środowisku pielęgniarek POZ i położnych POZ i podważają nasze zaufanie do władzy publicznej, od której spodziewany się przemyślanej, dobrej i stabilnej legislacji. Niniejszy sprzeciw jest wyrazem wspólnego stanowiska całego środowiska pielęgniarek i położnych rodzinnych w kraju.

W związku z powyższym, wnosimy o przygotowanie nowych jednoznacznie brzmiących wzorów *deklaracji wyboru* – umożliwiających świadczeniobiorcy realizację jego ustawowego prawa do świadomego i swobodnego wyboru lekarza POZ, pielęgniarki POZ oraz położnej POZ (art. 9 u.p.o.z.). Proponowane w projekcie rozporządzenia wdrożenie *wspólnej deklaracji* jest zaplanowane na dzień 1 stycznia 2025 r., nie mniej jednak stanowczo żądamy podjęcia niezwłocznie pracy w tym zakresie, przy czynnym udziale przedstawicieli środowisk pielęgniarek POZ i położnych POZ. Ze swojej strony deklarujemy pomoc i współpracę.

Prezes NRPiP  
*Zofia Małas*  
Zofia Małas

OGÓLNOPOLSKIE STOWARZYSZENIE  
POŁOŻNYCH RODZIMYCH  
*mgr Agnieszka Brzeźcimska*  
WICEPREZES

Przewodnicząca  
Ogólnopolskiego Związku Zawodowego  
Pielęgniarek i Położnych  
*Krysztyna Płok*  
Krysztyna Płok

PREZES  
ZARZĄDU GŁÓWNEGO  
Polskiego Towarzystwa Położnych  
Prof. UM dr hab. Beata Pięta

ZWIĄZEK PRACODAWCÓW  
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH  
WARMII I MAZUR  
10-166 Olsztyn, ul. Artyleryjska 3K  
PREZES  
*Barbara Chojnowska*  
Barbara Chojnowska

KPiPR w POLSCE  
dr *Laura Harkowska*  
PREZES

Krajowy Związek Podmiotów Leczniczych  
35-103 Rzeszów, ul. Handlowa 3/15  
tel. 17 717 65 43, kom. 533 524 693  
NIP: 6342724744 REGON: 241163250

*Katarzyna Osadnik*  
Prezes Zarządu  
NIEZALEŻNEJ INICJATYWY RODZICÓW I POŁOŻNYCH  
"DOBRE URODZENIE"

PREZES  
*mgr Grażyna Aksamit*  
mgr Grażyna Aksamit

Do wiadomości:

1. Andrzej Duda - Prezydent RP;
2. Mateusz Morawiecki - Prezes Rady Ministrów;
3. Adam Niedzielski - Prezes NFZ;
4. Adam Bodnar - Rzecznik Praw Obywatelskich;
5. Bartłomiej Chmielowiec - Rzecznik Praw Pacjenta;
6. Greta Kanownik - Dyrektor Departamentu Pielęgniarek i Położnych;
7. Adam Abramowicz - Rzecznik Małych i Średnich Przedsiębiorców;
8. Tomasz Chróstny - Prezes Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumenta.



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

*Aktualizacja z dnia 3.06.2020 r.*

## **Rekomendacje:**

**Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologicznego i położniczego**  
*dr hab. n. o zdr. Grażyna Iwanowicz-Palus*

**Ogólnopolskie Stowarzyszenie Położnych Rodzinnych**

**Polskie Towarzystwo Położnych**

Świadczenia realizowane w podstawowej opiece zdrowotnej są obszarem wymagającym zapewnienia najwyższych standardów epidemiologicznych w okresie rozprzestrzenienia się wirusa SARS-CoV-2 wywołującego chorobę COVID-19.

W związku z wciąż utrzymującym się ryzykiem zarażenia wirusem SARS-CoV-2, w celu zminimalizowania ryzyka transmisji infekcji COVID-19, poprzez ograniczanie kontaktów z pacjentkami przebywającymi w domach należy utrzymać możliwość wykonywania i rozliczania wizyt/porad położnej, realizowanych w ramach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna, z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności, o ile czasowe zaniechanie świadczeń wykonywanych osobiście w domu pacjentki nie zagraża pogorszeniem stanu zdrowia podopiecznych.

Należy podkreślić, że porady i wizyty z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności, obejmujące opiekę nad kobietą, noworodkiem i niemowlęciem do ukończenia 2. (drugiego) miesiąca życia, realizowane w taki sposób w nieograniczonej liczbie zgodnie z zapotrzebowaniem w tym zakresie, mogą w istotny sposób ograniczyć ryzyko rozprzestrzenienia się wirusa SARS-CoV-2, ułatwiać izolację osób, mogących zarażać wirusem innych oraz rozwiewać obawy podopiecznych dotyczące ich sytuacji zdrowotnej.

W sytuacji udzielania osobistej porady/konsultacji/badania pacjentki w środowisku domowym lub gabinecie położnej POZ, należy je odbywać z zachowaniem optymalnych i zalecanych warunków bezpieczeństwa epidemiologicznego.

Należy bezwzględnie pamiętać o indywidualnym podejściu do każdej pacjentki, z uwzględnieniem zmieniającej się sytuacji epidemiologicznej w poszczególnych regionach kraju.

Uwzględniając aktualne, dostępne wytyczne zapobiegania zakażeń wirusem SARS-CoV-2, w celu zminimalizowania ryzyka transmisji infekcji COVID-19 oraz specyfikę udzielania świadczeń zdrowotnych przez położną podstawowej opieki zdrowotnej rekomenduje się działania zaprezentowane poniżej.

## I. PLANOWANIE WIZYTY PATRONAŻOWEJ

1. Wizyty patronażowe powinny odbywać się w miejscu pobytu matki i dziecka, a pierwsza wizyta patronażowa nie później niż w ciągu 48 godzin od otrzymania przez położną zgłoszenia urodzenia dziecka od podmiotu leczniczego. Wizyta patronażowa powinna być realizowana zgodnie z założeniami standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej. Natomiast w sytuacji, gdy nie jest możliwa realizacja określonych czynności, fakt ten powinien być bezwzględnie odnotowany w dokumentacji medycznej.
2. Położna POZ przed udaniem się na wizytę patronażową powinna dokonać rejestracji pacjentki w systemie informatycznym wraz ze sprawdzeniem w systemie e-WUŚ jej prawa do świadczeń medycznych oraz informacji, czy pacjentka nie jest obecnie w okresie kwarantanny.
3. W sytuacji, gdy położnica nie wyraża zgody na wizytę patronażową w miejscu pobytu matki i dziecka, fakt ten powinien być odnotowany w dokumentacji medycznej (*należy uzyskać pisemne autoryzowane potwierdzenie takiej decyzji, która może zostać przesłana do położnej drogą elektroniczną - scan, zdjęcie*), a położna jest zobowiązana do udzielenia porady z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności.
4. Każda wizyta domowa musi być zawsze poprzedzona rozmową telefoniczną, podczas której położna POZ przeprowadza w pierwszej kolejności wywiad epidemiologiczny dotyczący wirusa SARS-CoV-2, w celu oceny ryzyka COVID-19 i podjęcia decyzji o uwarunkowaniach odbycia wizyty w środowisku domowym (zarówno pierwszej, jak i kolejnej):
  - 1) Czy w okresie ostatnich 14 dni Pacjentka miała kontakt z osobą, u której zostało potwierdzone zakażenie koronawirusem?
  - 2) Czy w okresie ostatnich 14 dni Pacjentka miała kontakt z osobą, która została poddana kwarantannie lub zalecono izolację w domu?
  - 3) Czy występują u Pacjentki (*lub u innych osób wspólnie zamieszkujących*) objawy: gorączka powyżej 38°C, kaszel, uczucie duszności, bóle mięśniowe?
5. W przypadku osób izolowanych w warunkach domowych bądź poddanych kwarantannie w związku z kontaktem z osobą zakażoną wirusem SARS -CoV-2 (dotyczy to pacjentki lub któregośkolwiek z domowników), można odroczyć udzielanie świadczenia

obejmującego opiekę nad kobietą, noworodkiem i niemowlęciem do ukończenia 2. (*drugiego*) miesiąca życia, realizowanego w ramach wizyt patronażowych bezpośrednio w środowisku domowym (kolejną wizytę patronażową). W tej sytuacji to świadczenie powinno być zrealizowane jako wizyta/porada z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności (*o ile czasowe zaniechanie świadczeń wykonywanych osobiście nie zagraża pogorszeniem stanu zdrowia podopiecznych*).

6. Jeśli po zdalnym wywiadzie zachodzi konieczność bezpośredniej opieki nad matką i dzieckiem w środowisku domowym, to tak wizyta patronażowa musi być bezwzględnie zrealizowana, przestrzegając zaleceń zawartych w prezentowanej procedurze.
7. Jeśli na wszystkie pytania z wywiadu epidemiologicznego pacjentka odpowie przecząco, należy następnie przeprowadzić szczegółowy wywiad dotyczący położnicy i jej dziecka, aby zminimalizować czas pobytu w środowisku domowym podopiecznych, ograniczając go do badania przedmiotowego matki i dziecka i ewentualnego zdjęcia szwów z rany krocza lub szwów z rany po cięciu cesarskim.
8. Przed wizytą można zwrócić się do pacjentki z prośbą o przesłanie drogą elektroniczną zdjęcia/scanu karty informacyjnej pobytu w szpitalu położnicy i noworodka.
9. Należy uprzedzić pacjentkę, że wizyta będzie krótka i omówienie kolejnych problemów zdiagnozowanych podczas wizyty patronażowej nastąpi ponownie przez telefon, a zalecenia będą przesłane po skończonej wizycie w formie wiadomości tekstowej.
10. Podczas rozmowy telefonicznej, poprzedzającej wizytę należy poinformować, aby ułatwić wejście położnej do mieszkania, nie blokować wjazdu na posesję, zamknąć zwierzęta domowe, ograniczyć kontakt z domownikami, dobrze wywietrzyć pomieszczenia i jeśli to jest możliwe, przetrzeć klamki i powierzchnie dotykowe preparatem dezynfekcyjnym lub wodą z detergentem.

## II. PRZEBIEG WIZYTY PATRONAŻOWEJ

1. Wizyta patronażowa powinna być wcześniej uzgodniona na konkretną godzinę, a czas wizyty powinien być ograniczony do niezbędnego minimum, szczególnie w sytuacji, gdy pacjentka jeszcze w okresie ciąży była objęta edukacją przedporodową prowadzoną przez daną położną POZ.
2. Do domu pacjentki należy przynieść tylko niezbędny sprzęt (*waga, aparat do pomiaru ciśnienia tętniczego, termometr*), narzędzia, środki i materiały opatrunkowe, przeznaczone tylko dla jednej pacjentki/novorodka w jednej torbie (*np. Inianej, z możliwością wyprania w temp. 90°C*). Wskazane jest, aby pacjentka przygotowała swój termometr oraz aparat do pomiaru ciśnienia, o ile posiada, w celu zminimalizowania ewentualnej transmisji wirusa. Wówczas pacjentka powinna wykonać pomiar ciśnienia tętniczego krwi własnym aparatem przed wizytą patronażową lub w jej trakcie. Pacjentka powinna również dokonać pomiaru ciepłoty ciała i podać jej wartość jeszcze podczas wywiadu epidemiologicznego przeprowadzanego telefonicznie.

3. Przygotowanie położnej POZ: dłonie bez biżuterii - pierścionków, obrączek, bransoletek i zegarków („*nic poniżej łokcia*”), krótko obcięte paznokcie, upięte włosy.
4. W związku z tym, że podczas wizyty patronażowej (*badanie przedmiotowe położnicy/novorodka*) nie ma możliwości zachowania bezpiecznego dystansu, położna powinna być ubrana w maskę, okulary ochronne lub przyłbicę oraz rękawice ochronne 2 pary (wewnętrzne i zewnętrzne).
5. Przed wejściem do pomieszczenia pobytu pacjentki należy pozostawić po przekroczeniu drzwi wejściowych do mieszkania czyste oznakowane dwa czerwone worki na ewentualne odpady medyczne zakaźne, założyć ochraniacze na obuwiu, następnie dokonać dezynfekcji rąk przy użyciu roztworu na bazie alkoholu zgodnie z instrukcjami producenta, po założeniu rękawic ochronnych, założyć maskę, ewentualnie okulary ochronne lub przyłbicę, a następnie przy pacjentce – kolejną parę rękawic (*zewnętrzne*).
6. Przed wejściem położnej do mieszkania, pacjentka powinna dokładnie umyć ręce wodą z mydłem zgodnie z zaleceniami oraz założyć maseczkę – jeśli ją posiada.
7. W czasie wizyty patronażowej położnej, w pokoju powinna być tylko matka z dzieckiem, a pozostali domownicy powinni przebywać w innych pomieszczeniach. W sytuacji, gdy podczas wizyty patronażowej ma być obecny także inny domownik, w stosunku do takiej osoby należy również przeprowadzić wywiad epidemiologiczny i zobowiązać ją do założenia maseczki ochronnej.
8. W domach jednorodzinnych wizyta patronażowa powinna odbywać się w pokoju na niższej kondygnacji budynku (*jak najbliżej drzwi wejściowych i łazienki*).
9. Drzwi do pokoju / pokoiów, w którym przebywają matka z dzieckiem oraz do łazienki muszą być otwarte w celu ograniczenia kontaktu z dotykanyymi powierzchniami.
10. W czasie wizyty położna powinna zachować szczególną ostrożność, wszystkie czynności przy matce i dziecku wykonywać w rękawiczkach, które po użyciu należy wrzucić do czerwonego worka.
11. Rozmowa z pacjentką musi odbywać się z zachowaniem możliwie największej bezpiecznej odległości, zalecane nie mniej niż 1,5 metra, z zachowaniem zasad higieny oddychania (zasłaniać usta i nos podczas kaszlu, kichania, nie mówić twarzą w twarz).
12. Badanie położnicy, jak również noworodka należy możliwie maksymalnie skrócić.
13. Podczas wizyty należy krótko poinformować o zaleceniach, rozwiewając wątpliwości i przesuwając dalszą konwersację na rozmowę telefoniczną.
14. Po badaniu każdego pacjenta (*położnica, noworodek*) położna jest zobowiązana umyć ręce i zdezynfekować środkiem na bazie alkoholu, a sprzęt medyczny zdezynfekować przed i po jego użyciu.
15. Należy zdezynfekować miejsce umieszczenia dokumentacji medycznej, np. na stole – zachowywać zasady ograniczenia kontaktu fizycznego przy każdym podpisywaniu dokumentów, przestrzegać używania przez pacjentkę własnego długopisu oraz ograniczyć

dotykania kartek poprzez możliwość uzupełnienia dokumentacji w gabinecie po zakończonej wizycie patronażowej.

16. Podczas wizyty położna wpisuje w książeczce zdrowia dziecka tylko niezbędne informacje dotyczące stanu zdrowia dziecka z autoryzacją (*można wpisać nazwisko i imię położnej wraz z numerem prawa wykonywania zawodu, bez konieczności stawiania pieczętki*).
17. Należy zdezynfekować drobny sprzęt medyczny stetoskop, ciśnieniomierz, wagę itp. oraz telefon komórkowy (*w torebce strunowej*), pieczętkę, długopis i inne dotykane elementy.
18. Po zakończonej wizycie, poza miejscem bezpośredniego pobytu matki i dziecka, w bezpiecznym miejscu, należy zdjąć środki ochrony osobistej przestrzegając obowiązujących procedur w tym zakresie, następnie wrzucić do podwójnego czerwonego worka pozostawionego przy drzwiach wejściowych (*ostre przedmioty w pojemniku twardościennym*), który należy zabrać do utylizacji. Jeśli były używane okulary ochronne / przyłbica, należy je zabezpieczyć w osobnym worku (*obowiązkowo zdezynfekować przed kolejnym użyciem!*).
19. Ręce i nadgarstki należy bezwzględnie zdezynfekować płynem na bazie alkoholu, zgodnie z instrukcją producenta.
20. Wszystkie pomieszczenia, zarówno przed, jak i po wizycie patronażowej powinny być dobrze wywietrzone.
21. Jeżeli jest taka potrzeba ze strony położnej lub pacjentki - wizytę należy kontynuować z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności.
22. Podczas wizyty patronażowej pacjentka może złożyć oświadczenie o przysługującym jej prawie do świadczeń opieki zdrowotnej za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności. Zgoda na realizację kolejnych wizyt patronażowych z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności może zostać przesłana w formie elektronicznej.
23. Porady i wizyty z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności mogą być udzielane wyłącznie w sytuacji, gdy zakres niezbędnych czynności do zrealizowania na rzecz pacjentki i jej dziecka, nie wymaga osobistej obecności położnej.
24. Jeśli po zdalnym wywiadzie zachodzi konieczność bezpośredniej opieki nad matką i dzieckiem w środowisku domowym, to taka wizyta patronażowa musi być bezwzględnie zrealizowana, przestrzegając zaleceń zawartych w prezentowanej procedurze.
25. W każdym przypadku odroczenia terminu udzielenia świadczenia obejmującego opiekę nad kobietą, noworodkiem i niemowlęciem do ukończenia 2. (drugiego) miesiąca życia, realizowaną w ramach wizyt patronażowych, a szczególnie w razie podjęcia decyzji o czasowym zawieszeniu osobistych wizyt patronażowych i realizowaniu wizyt z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności (*co powinno być bezwzględnie udokumentowane*), należy ocenić i wziąć pod uwagę uwarunkowania i ryzyko dotyczące stanu zdrowia pacjentów (*położnicy i jej dziecka*) oraz prawdopodobieństwo jego pogorszenia.

26. W sytuacji, gdy wizyta patronażowa jest niezbędna w miejscu pobytu matki i dziecka (*uzasadniona ich sytuacją zdrowotną i zgłaszanymi problemami*), a położna, będzie miała bezpośredni kontakt z pacjentką z infekcją dróg oddechowych, poddaną kwarantannie lub znajdującą się pod czynnym nadzorem służb sanitarnych – jest zobowiązana do stosowania zalecanych środków ochrony indywidualnej: maska twarzowa z filtrem, gogle/przyłbice, jednorazowy fartuch wodoodporny z długimi rękawami, dwie pary rękawic jednorazowych (*wewnętrzne i zewnętrzne*), czapka, foliowe ochraniacze na obuwie.

### III. WIZYTY U PACJENTKI GINEKOLOGICZNO–ONKOLOGICZNEJ

U pacjentek po zabiegu chirurgicznym/ginekologicznym, położna POZ wykonuje wizytę na podstawie skierowania od lekarza przekazującego pacjentkę położnej POZ, zgodnie z przedstawionym powyżej schematem, uwzględniając specyfikę wizyty oraz ewentualny kontakt z wydzielinami pacjentki (*rana po operacji brzusznej lub rana krocza*).

### IV. EDUKACJA PRZEDPORODOWA

1. W celu zminimalizowania ryzyka transmisji infekcji COVID-19 w odniesieniu do kobiet ciężarnych, edukację przedporodową skierowaną do kobiet w ciąży (*w tym w ciąży wysokiego ryzyka*), począwszy od 21. (*dwudziestego pierwszego*) tygodnia ciąży do terminu rozwiązania, można realizować w formie porady z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności, do czasu zakończenia okresu epidemii na terenie kraju.
2. W przypadku realizacji edukacji przedporodowej w bezpośrednim kontakcie należy bezwzględnie przestrzegać zaleceń i wytycznych odnoszących się do ograniczenia rozprzestrzeniania się wirusa SARS-CoV-2 i zapewnienia bezpieczeństwa uczestnikom, w tym m.in.: zapewnienie 1,5 metra odległości między stanowiskami dydaktycznymi, zapewnienie dostępności do płynu do dezynfekcji rąk na bazie alkoholu przed salą dydaktyczną, sale powinny być regularnie wietrzone, a miejsca siedzące i powierzchnie dotykowe dezynfekowane przed i po każdym zajęciach.
3. Edukacja przedporodowa realizowana w bezpośrednim kontakcie musi być poprzedzona zebraniem wywiadu epidemiologicznego i pomiarem ciepłoty ciała osób uczestniczących w zajęciach.

### V. WIZYTY W GABINECIE POŁOŻNEJ POZ

1. Położna zapewnia dostępność do świadczeń udzielanych w gabinecie w wymiarze czasowym zgodnie z harmonogramem przekazanym do NFZ.
2. W związku z ryzykiem epidemiologicznym, wizyty w gabinecie powinny być ograniczone do koniecznych i realizowane zgodnie z zaleceniami i wytycznymi odnoszących się do minimalizowania ryzyka transmisji infekcji COVID-19.
3. Wszystkie wizyty pacjentek są poprzedzane zebraniem wywiadu epidemiologicznego i ustalane za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności oraz bezpośrednim pomiarem ciepłoty ciała.

## V. WIZYTY W GABINECIE POŁOŻNEJ POZ

1. Położna zapewnia dostępność do świadczeń udzielanych w gabinecie w wymiarze czasowym zgodnie z harmonogramem przekazanym do NFZ.
2. W związku z ryzykiem epidemiologicznym, wizyty w gabinecie powinny być ograniczone do koniecznych i realizowane zgodnie z zaleceniami i wytycznymi odnoszącymi się do minimalizowania ryzyka transmisji infekcji COVID-19.
3. Wszystkie wizyty pacjentek są poprzedzane zebraniem wywiadu epidemiologicznego i ustalane za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności oraz bezpośrednim pomiarem ciepłoty ciała.
4. Jeśli sytuacja tego wymaga (*po wykorzystaniu systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności*) i zaistnieje konieczność przeprowadzenia wizyty w gabinecie położnej, należy ją zrealizować po wcześniejszym umówieniu się z pacjentką, po przeprowadzeniu wywiadu epidemiologicznego i ustaleniu dokładnej daty i godziny wizyty.
5. Zabiegi związane z pielęgnacją rany i inne zabiegi - należy wykonywać z zachowaniem szczególnych zasad ostrożności i bezwzględnie z zachowaniem aseptyki i antyseptyki.
6. Każda położna musi dokonać analizy ciągu komunikacyjnego do gabinetu położnej POZ i ocenić prawdopodobieństwo kontaktu z osobami chorymi - nie powinno być żadnego pacjenta w poradni w trakcie wizyty pacjentki (*potencjalnie zdrowa pacjentka*).
7. Po zakończeniu wizyty gabinet położnej POZ i ciąg komunikacyjny, który przebyła pacjentka jest dezynfekowany i wywietrzony, przestrzega się rozdzielności czasowej pomiędzy wizytami w gabinecie położnej POZ. Przeprowadzając dezynfekcję pomieszczeń, należy ściśle przestrzegać zaleceń producenta. Ważne jest ściśle przestrzeganie czasu niezbędnego do wywietrzenia dezynfekowanych pomieszczeń.
8. Przed gabinetem położnej POZ musi być zapewniona dostępność dla pacjentów do płynu do dezynfekcji rąk na bazie alkoholu.

## VI. ŚRODKI OCHRONY OSOBISTEJ

1. **Położna jest zobowiązana do wykorzystywania środków ochrony osobistej** zgodnie z istniejącym ryzykiem przy kontakcie z pacjentem i wykonywaniu poszczególnych procedur. Poszczególne rodzaje środków ochrony indywidualnej należy stosować zgodnie z zaleceniami w kontekście choroby COVID-19, z uwzględnieniem warunków, personelu i zakresu podejmowanych czynności.
2. **Zalecany minimalny zestaw środków ochrony indywidualnej do opieki nad podejrzanymi lub potwierdzonymi przypadkami COVID-19** obejmuje: maski FFP2 lub FFP3, okulary, wodoodporny fartuch z długimi rękawami (*jeśli fartuchy wodoodporne nie są dostępne, w zamian użyty może być jednorazowy plastikowy fartuch*) i rękawice.  
<https://nipip.pl/wp-content/uploads/2020/03/za%C5%82.4.PPE-dla-medyka.pdf>

- Większość elementów środków ochrony indywidualnej występuje w różnych rozmiarach i należy podkreślić, że nie są zgodne z zasadą „jeden rozmiar dla wszystkich”. Właściwe dopasowanie środków ochrony indywidualnej jest niezbędne dla uzyskania ochrony - nieodpowiedni rozmiar nie ochroni użytkownika.

## VII. POSTĘPOWANIE Z ODPADAMI MEDYCZNYMI

- Stosuje się zasady postępowania jak z odpadami medycznymi zakaźnymi:
  - opakowanie wewnętrzne:**  
2 worki foliowe koloru czerwonego lub sztywny pojemnik koloru czerwonego (w przypadku odpadów medycznych o ostrych końcach i krawędziach),
  - opakowanie zewnętrzne:**  
worek foliowy koloru czerwonego.
- Zewnętrzny worek powinien posiadać metryczkę, znak ostrzegający przed skażeniem biologicznym oraz napis „Materiał zakaźny dla ludzi”.
- W gabinecie położnej POZ obowiązują kosze na odpady medyczne z dwoma workami foliowymi koloru czerwonego.

## VIII. INNE ZALECENIA

**Aktualne i wiarygodne informacje na temat wirusa SARS-Cov-2 wywołującego chorobę COVID-19 oraz informacje, jak zachować środki ostrożności, i jak postępować w przypadku podejrzenia zakażenia można znaleźć na poniższych stronach internetowych:**

<https://www.gov.pl/web/koronawirus>

<https://www.gov.pl/web/zdrowie/wiadomosci>

<https://gis.gov.pl/kategoria/aktualnosci/>

[www.gov.pl/rpp](http://www.gov.pl/rpp)

Osoby spełniające kryterium podejrzenia przypadku COVID-19 należy kierować do Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej.

**Kryteria epidemiologiczne odnoszące się do podejrzenia zakażenia** dostępne są na stronie internetowej: <https://gis.gov.pl/aktualnosci/definicja-przypadku-na-potrzeby-nadzoru-nad-zakazeniami-ludzi-nowym-koronawirusem-sars-cov-2/>

**Należy regularnie sprawdzać komunikaty Głównego Inspektora Sanitarnego i Ministerstwa Zdrowia** w związku z dynamicznie zmieniającą się sytuacją epidemiologiczną wywołaną wirusem SARS-CoV-2 i postępować zgodnie z algorytmem kwalifikacji chorych do dalszego postępowania, jeżeli wystąpił kontakt z osobą z podejrzeniem zakażenia koronawirusem.

**Dr hab. n. o zdr. Grażyna Iwanowicz-Palus**  
Konsultant Krajowy w dziedzinie  
pielęgniarstwa ginekologicznego i położniczego  
*/dokument podpisany elektronicznie/*



# PRAKTYKA ZAWODOWA POŁOŻNEJ

## PRAKTYKA ZAWODOWA POŁOŻNEJ w dobie zakażeń SARS-CoV-2 - część I

1

Dr hab. n. o zdr. GRAŻYNA IWANOWICZ-PALUS  
Konsultant Krajowy  
w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologicznego i położniczego  
Katedra i Zakład Rozwoju Położnictwa WNoZ UM w Lublinie

2

## MINISTERSTWO ZDROWIA COVID - informacje

<https://www.gov.pl/web/zdrowie/covid>

### ZALECENIA DLA PERSONELU I KIEROWNIKÓW PODMIOTÓW LECZNICZYCH

<https://www.gov.pl/web/zdrowie/zalecenia-dla-personelu-i-kierownikow-podmiotow-leczniczych>

- **Podstawowe informacje**  
<https://www.gov.pl/web/zdrowie/zalecenia-podstawowe-informacje>
- **Organizacja triage w szpitalach zakaźnych i niezakaźnych**  
<https://www.gov.pl/web/zdrowie/organizacja-triage-w-szpitalach-zakaznych-i-niezakaznych>
- **Przydatne wskazówki dotyczące diagnostyki i leczenia**  
<https://www.gov.pl/web/zdrowie/przydatne-wskazowki-dotyczace-diagnostyki-i-leczenia>
- **Wytyczne dla poszczególnych zakresów i rodzajów świadczeń**  
<https://www.gov.pl/web/zdrowie/wytyczne-dla-poszczegolnych-zakresow-i-rodzajow-swadczen>

3

## MINISTERSTWO ZDROWIA COVID - informacje

### ZALECENIA DLA PERSONELU I KIEROWNIKÓW PODMIOTÓW LECZNICZYCH

#### PODSTAWOWE INFORMACJE

<https://www.gov.pl/web/zdrowie/zalecenia-podstawowe-informacje>

- Definicja przypadku
- Wytyczne dotyczące postępowania z odpadami 6.04.2020
- Rekomendowane rodzaje środków ochrony osobistej
- Pobieranie materiału na badanie w kierunku SARS CoV-2

4

## MINISTERSTWO ZDROWIA COVID - informacje

### ZALECENIA DLA PERSONELU I KIEROWNIKÓW PODMIOTÓW LECZNICZYCH

#### Organizacja triage w szpitalach zakaźnych i niezakaźnych

<https://www.gov.pl/web/zdrowie/organizacja-triage-w-szpitalach-zakaznych-i-niezakaznych>

- Triage w szpitalach niezakaźnych
- Stosowanie środków ochrony osobistej oraz sposób organizacji pomieszczeń

5

## MINISTERSTWO ZDROWIA COVID - informacje

### ZALECENIA DLA PERSONELU I KIEROWNIKÓW PODMIOTÓW LECZNICZYCH

#### Wytyczne dla poszczególnych zakresów i rodzajów świadczeń

<https://www.gov.pl/web/zdrowie/wytyczne-dla-poszczegolnych-zakresow-i-rodzajow-swiadczen>

- Stomatologia
- Opieka paliatywna i hospicyjna
- Położne POZ
- Pielęgniarki POZ
- Opieka długoterminowa

6

## MINISTERSTWO ZDROWIA COVID - informacje

### ZALECENIA DLA PERSONELU I KIEROWNIKÓW PODMIOTÓW LECZNICZYCH

#### Wytyczne dla poszczególnych zakresów i rodzajów świadczeń

<https://www.gov.pl/web/zdrowie/wytyczne-dla-poszczegolnych-zakresow-i-rodzajow-swiadczen>

- Położne POZ

Zalecenia w stanie epidemii wirusa SARS-CoV-2 wywołującego chorobę COVID-19 dla położnych rodzinnych / położnych podstawowej opieki zdrowotnej (Aktualizacja z dnia 30.03.2020r.)

Rekomendacje:

Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologicznego i położniczego - dr hab. n. o zdr. Grażyna Iwanowicz-Palus

Ogólnopolskie Stowarzyszenie Położnych Rodzinnych  
Polskie Towarzystwo Położnych

7

## MINISTERSTWO ZDROWIA COVID - informacje

### ZALECENIA DLA PERSONELU I KIEROWNIKÓW PODMIOTÓW LECZNICZYCH

#### Wytyczne dla poszczególnych zakresów i rodzajów świadczeń

<https://www.gov.pl/web/zdrowie/wytyczne-dla-poszczegolnych-zakresow-i-rodzajow-swiadczen>

- Pediatria
- Zalecenia w sprawie organizacji hospitalizacji psychiatrycznej
- Zalecenia dla ośrodków I poziomu referencyjnego systemu ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży
- Opieka nad chorymi hematologicznymi
- Opieka nad biorcami i dawcami komórek krwiotwórczych

8

## MINISTERSTWO ZDROWIA COVID - informacje

### ZALECENIA DLA PERSONELU I KIEROWNIKÓW PODMIOTÓW LECZNICZYCH

#### Wytyczne dla poszczególnych zakresów i rodzajów świadczeń

<https://www.gov.pl/web/zdrowie/wytyczne-dla-poszczegolnych-zakresow-i-rodzajow-swiadczen>

- Wybrane zalecenia postępowania w oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii
- Transplantologia
- Zalecenia i rekomendacje konsultanta krajowego w dziedzinie radioterapii onkologicznej dla radioterapii
- Zalecenia postępowania dla pielęgniarek ratunkowych
- Wytyczne w zakresie działań mających na celu zapobieganie rozprzestrzeniania się zakażeń SARS-CoV-2 w środowisku szpitalnym

9

## MINISTERSTWO ZDROWIA COVID - informacje

### ZALECENIA DLA PERSONELU I KIEROWNIKÓW PODMIOTÓW LECZNICZYCH

#### Wytyczne dla poszczególnych zakresów i rodzajów świadczeń

<https://www.gov.pl/web/zdrowie/wytyczne-dla-poszczegolnych-zakresow-i-rodzajow-swiadczen>

- **Wytyczne w zakresie działań mających na celu zapobieganie rozprzestrzeniania się zakażeń SARS-CoV-2 w środowisku szpitalnym**

Wytyczne zespołu konsultantów w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego w zakresie działań mających na celu zapobieganie rozprzestrzeniania się zakażeń SARS-CoV-2 w środowisku szpitalnym (z dnia 16.04.2020r.) nie obejmują wszystkich aspektów postępowania z pacjentem podejrzanym i/lub zakażonym SARS CoV-2 w podmiocie leczniczym, stanowią jedynie uzupełnienie rekomendacji, które ukazały się dotychczas w Polsce.

Ich celem jest ujednoczenie działań w szpitalu, które podejmowane są aby skutecznie zapobiegać zakażeniom SARS CoV-2 wśród pacjentów jak i personelu.

10

## MINISTERSTWO ZDROWIA COVID - informacje

### ZALECENIA DLA PERSONELU I KIEROWNIKÓW PODMIOTÓW LECZNICZYCH

#### Wytyczne dla poszczególnych zakresów i rodzajów świadczeń

<https://www.gov.pl/web/zdrowie/wytyczne-dla-poszczegolnych-zakresow-i-rodzajow-swadczen>

- Rekomendacja dla pielęgniarskiej kadry zarządzającej szpitalami w zakresie podjęcia działań przygotowujących pielęgniarki do opieki nad chorymi leczonymi w oddziałach intensywnej terapii w sytuacji rozwoju epidemii COVID-19
- Diabetologia
- Stanowisko konsultanta krajowego w dziedzinie medycyny rodzinnej dotyczące przeprowadzania badań bilansowych u dzieci
- Ratownictwo medyczne

11

## MINISTERSTWO ZDROWIA COVID - informacje

### ZALECENIA DLA PERSONELU I KIEROWNIKÓW PODMIOTÓW LECZNICZYCH

#### Wytyczne dla poszczególnych zakresów i rodzajów świadczeń

<https://www.gov.pl/web/zdrowie/wytyczne-dla-poszczegolnych-zakresow-i-rodzajow-swadczen>

#### ■ Diabetologia

Stanowisko specjalistyczne – pielęgniarstwo diabetologiczne  
(z dnia 2 kwietnia 2020r. / aktualizacja z dnia 22 kwietnia 2020r.)

#### Wybrane i wskazane zalecenia postępowania dla pielęgniarek/położnych pracujących z pacjentami chorymi na cukrzycę Pacjent z podejrzeniem/zakażeniem SARS-CoV-2

Polska Federacja Edukacji w Diabetologii  
Konsultant krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa diabetologicznego

12

## MINISTERSTWO ZDROWIA COVID - informacje

### ZALECENIA DLA PERSONELU I KIEROWNIKÓW PODMIOTÓW LECZNICZYCH

#### Wytyczne dla poszczególnych zakresów i rodzajów świadczeń

<https://www.gov.pl/web/zdrowie/wytyczne-dla-poszczegolnych-zakresow-i-rodzajow-swadczen>

- Zalecenia konsultanta krajowego w dziedzinie położnictwa i ginekologii oraz konsultanta krajowego w dziedzinie perinatologii dotyczące porodów rodzinnych (z dn. 05.05.2020r.)
- Zalecenia dotyczące sposobu postępowania w przypadku noworodków matek zakażonych lub z podejrzeniem COVID-19 (z dn. 04.05.2020r.)
- Zalecenia Krajowego Konsultanta w Dziedzinie Pielęgniarstwa Pediatrycznego dla pielęgniarek środowiska nauczania i wychowania /higienistek szkolnych /pielęgniarek pediatrycznych dotyczące bezpieczeństwa opieki nad uczniami oraz dziećmi przebywającymi w przedszkolach i żłobkach na okres epidemii koronawirusa SARS-CoV-2 po wznowieniu tradycyjnej nauki w szkołach (z dn. 08.05.2020r.)

## NACZELNA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

<https://nipip.pl/koronawirus/>

13

### ► KORONAWIRUS

#### REKOMENDACJE, WYTYCZNE I ZALECENIA

<https://nipip.pl/koronawirus-wytyczne-i-zalecenia/>

#### ► PYTANIA I ODPOWIEDZI DOTYCZĄCE KORONAWIRUSA

<https://nipip.pl/pytania-i-odpowiedzi-dotyczace-koronawirusa/>

## NACZELNA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

<https://nipip.pl/koronawirus/>

14

► Zalecenia ECDC dotyczące zakładania i zdejmowania środków ochrony indywidualnej w czasie opieki nad pacjentami z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 (COVID-19).

[http://adst.mp.pl/s/www/COVID19\\_ECDC\\_SOI.pdf](http://adst.mp.pl/s/www/COVID19_ECDC_SOI.pdf)

#### Głównymi celami dokumentu są:

- ✓ przedstawienie minimalnego zestawu środków ochrony indywidualnej (ŚOI) niezbędnych do bezpiecznego sprawowania opieki nad pacjentami z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2 (COVID-19).
- ✓ uświadomienie personelu medycznego o krytycznych aspektach procedury zakładania i zdejmowania ŚOI,
- ✓ podniesienie bezpieczeństwa i zminimalizowanie ryzyka wśród personelu medycznego opiekującego się pacjentami z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2 (COVID-19).

## MEDYCINA PRAKTYCZNA

15

- W okresie pandemii SARS-CoV-2, interdyscyplinarny zespół Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, na podstawie wytycznych WHO i ECDC opracował **procedury wewnętrzne stosowania Środków Ochrony Indywidualnej dostosowane do realiów pracy klinicznej**.
- Na ich podstawie nagrano filmy instruktażowe oraz stworzono plakaty z infografikami ułatwiającymi bezpieczne wykorzystanie ŚOI.

## MEDYCyna PRAKTYCZNA

16

### ► Procedura zakładania fartucha barierowego

<https://www.mp.pl/covid19/ochrona/235450.procedura-zakladania-fartucha-barierowego>

### ► Procedura zdejmowania fartucha barierowego

<https://www.mp.pl/covid19/ochrona/235451.procedura-zdejmovania-fartucha-barierowego>

### ► Procedura zakładania kombinezonu

<https://www.mp.pl/covid19/ochrona/show.html?id=235834>

### ► Procedura zdejmowania kombinezonu

<https://www.mp.pl/covid19/ochrona/show.html?id=235835>

## MEDYCyna PRAKTYCZNA

17

### Procedura zakładania i zdejmowania fartucha barierowego i kombinezonu



## NACZELNA IZBA PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

<https://nipip.pl/koronawirus/>

18

### ► PYTANIA I ODPOWIEDZI DOTYCZĄCE KORONAWIRUSA

<https://nipip.pl/pytania-i-odpowiedzi-dotyczace-koronawirusa/>

- **OPINIA PRAWNA** w przedmiocie oddelegowywania pielęgniarek i położnych przez pracodawców do pracy w związku ze stanem epidemii, do opieki nad pacjentami podejrzanymi o zakażenie koronawirusem (z dn. 23.03.2020r.)
- **OPINIA PRAWNA** w sprawie przeniesienia lub skierowania położnej do pracy na stanowisko pielęgniarki w związku z przekształceniem dotychczasowego szpitala wielospecjalistycznego w jednoimienny szpital zakaźny i likwidacji oddziałów ginekologicznych i położniczych (z dn. 08.04.2020r.)

## POLSKIE TOWARZYSTWO POŁOŻNYCH

19



### ► KORONAWIRUS - WAŻNE INFORMACJE

<http://www.ptpol.pl/uwaga-koronawirus>

## POLSKIE TOWARZYSTWO GINEKOLOGÓW I POŁOŻNIKÓW

20

<https://www.ptgin.pl/aktualnosci>

- **Stanowisko PTGiP odnośnie postępowania w typowych oddziałach - ginekologiczno-położniczych** (które nie są dedykowane do leczenia osób z rozpoznaną infekcją koronawirusem) w aktualnej sytuacji pandemii koronawirusem COVID-19 (z dn. 15.03.2020r.)
- **Stanowisko PTGiP i Konsultanta Krajowego w sprawie porodów rodzinnych w obliczu COVID-19** (z dn. 20.03.2020r.)
- **Rekomendowana ścieżka postępowania dla kobiet w ciąży COVID-19** (z dn. 20.03.2020r.)
- **Zalecenia Sekcji Ultrasonografii PTGiP w zakresie badań USG w sytuacji epidemiologicznej – COVID-19** (z dn. 21.03.2020r.)

## MINISTERSTWO ZDROWIA

21

**Zalecenia dla kobiet w okresie okołoporodowym w związku z ogłoszonym na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanem epidemii w związku z zakażeniami wirusem SARS-CoV-2** (z dn. 19.03.2020r.)

<https://www.gov.pl/web/zdrowie/zalecenia-dla-kobiet-w-okresie-okoloporodowym-w-zwiazku-z-zakazeniami-sars-cov-2>

## MINISTERSTWO ZDROWIA

22

### Zalecenia dla kobiet w okresie okołoporodowym w związku z ogłoszonym na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanem epidemii w związku z zakażeniami wirusem SARS-CoV-2

(aktualizacja z dn. 20.04.2020r.)

- ✓ Konsultant Krajowy w dziedzinie położnictwa i ginekologii
- ✓ Konsultant Krajowy w dziedzinie perinatologii
- ✓ Konsultant Krajowy w dziedzinie neonatologii
- ✓ Prezes Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników
- ✓ Prezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Perinatalnej
- ✓ Prezes Polskiego Towarzystwa Neonatologicznego

23

### Zalecenia w stanie epidemii wirusa SARS-CoV-2 wywołującego chorobę COVID-19 dla położnych

#### PODSUMOWANIE

W związku z dynamicznie zmieniającą się sytuacją epidemiologiczną wywołaną wirusem SARS-CoV-2

**należy regularnie sprawdzać komunikaty**

Głównego Inspektora Sanitarnego <https://gis.gov.pl/kategoria/aktualnosci/>

i Ministerstwa Zdrowia <https://www.gov.pl/web/zdrowie/covid>.

24

### Edukacja przedporodowa

Praktyczne kompendium dla położnych realizujących edukację przedporodową

- ✓ **Aktualne informacje** zgodne z najnowszymi standardami opieki okołoporodowej
- ✓ Publikacja przygotowana przez **znane i cenione autorki** z wielu ośrodków akademickich
- ✓ **Wsparcie informacyjne** dla położnych, studentów kierunku położnictwo i uczestników różnych rodzajów kształcenia podyplomowego



Dziękuję za uwagę



# PRAKTYKA ZAWODOWA POŁOŻNEJ w dobie zakażeń SARS-CoV-2 - część II

1

Dr hab. n. o zdr. GRAŻYNA IWANOWICZ-PALUS  
Konsultant Krajowy  
w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologicznego i położniczego

2

## GŁÓWNY INSPEKTORAT SANITARNY COVID - informacje

- Główny Inspektorat Sanitarny wspólnie z innymi Ministerstwami opracowuje i opiniuje aktualne wytyczne uwzględniające specyfikę działania różnych obszarów w zakresie aktualnej sytuacji epidemiologicznej.

<https://gis.gov.pl/aktualnosci/wytyczne-zamieszczone-na-stronach-poszczegolnych-ministerstw-we-wspolpracy-z-gis/>

3

## MINISTERSTWO ZDROWIA COVID - informacje

### ■ KOMUNIKATY DLA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH

<https://www.gov.pl/web/zdrowie/komunikaty-dla-pielegniatek-i-polozonych>

4

## MINISTERSTWO ZDROWIA COVID - informacje

### ZALECENIA DLA PERSONELU I KIEROWNIKÓW PODMIOTÓW LECZNICZYCH

#### Wytyczne dla poszczególnych zakresów i rodzajów świadczeń

<https://www.gov.pl/web/zdrowie/wytyczne-dla-poszczegolnych-zakresow-i-rodzajow-swiadczen>

- Zalecenia konsultanta krajowego w dziedzinie położnictwa i ginekologii oraz konsultanta krajowego w dziedzinie perinatologii dotyczące porodów rodzinnych (z dn. 05.05.2020r.)
- Zalecenia dotyczące sposobu postępowania w przypadku noworodków matek zakażonych lub z podejrzeniem COVID-19 (z dn. 04.05.2020r.)
- Zalecenia Krajowego Konsultanta w Dziedzinie Pielęgniarstwa Pediatrycznego dla pielęgniarek środowiska nauczania i wychowania /higienistek szkolnych / pielęgniarek pediatrycznych dotyczące bezpieczeństwa opieki nad uczniami oraz dziećmi przebywającymi w przedszkolach i żłobkach na okres epidemii koronawirusa SARS-CoV-2 po wznowieniu tradycyjnej nauki w szkołach (z dn. 08.05.2020r.)

### 5 Stanowisko Konsultantów Krajowych w dziedzinie Położnictwa i Ginekologii oraz Perinatologii w sprawie możliwości odbywania porodów rodzinnych w warunkach stanu epidemii COVID-19 w Polsce z dnia 14.05.2020r.

- Zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, w tym rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 2 maja 2020r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz.U. 2020 poz. 792), w Polsce nie ma arbitralnego zakazu porodów rodzinnych.
- Biorąc pod uwagę aktualną sytuację epidemiologiczną, związaną z rozprzestrzenianiem się wirusa SARS-CoV-2 i rosnącą liczbę odnotowywanych w Polsce przypadków COVID-19, konsultanci krajowi w dziedzinie położnictwa i ginekologii oraz perinatologii – mając na uwadze zdrowie kobiet rodzących raz bezpieczeństwo personelu medycznego – nadal nie zalecają łagodzenia ograniczeń porodów rodzinnych.

### 6 Stanowisko Konsultantów Krajowych w dziedzinie Położnictwa i Ginekologii oraz Perinatologii w sprawie możliwości odbywania porodów rodzinnych w warunkach stanu epidemii COVID-19 w Polsce z dnia 14.05.2020r.

- Jednakże – uwzględniając wielką wagę i oczekiwania społeczne, związane z możliwością odbywania porodów rodzinnych – w opinii konsultantów ostateczną decyzję o obecności osoby towarzyszącej przy porodzie może podjąć kierownik podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych w porozumieniu z ordynatorem oddziału położniczo-ginekologicznego, mając na uwadze lokalne względy organizacyjne, pozwalające na izolację rodzących i osób im towarzyszących od innych pacjentek.
- Związane z tym szczegółowe wymagania wobec rodzących i towarzyszenia im osób również powinny być ustalane w oparciu o możliwości danej placówki, przy czym niezbędne minimum w opinii konsultantów powinno uwzględniać następujące kwestie:

### 7 Stanowisko Konsultantów Krajowych w dziedzinie Położnictwa i Ginekologii oraz Perinatologii w sprawie możliwości odbywania porodów rodzinnych w warunkach stanu epidemii COVID-19 w Polsce z dnia 14.05.2020r.

#### SZCZEGÓŁOWE WYMAGANIA:

- wypełnienie przez osobę towarzyszącą w trakcie porodu ankiety epidemiologicznej (załącznik)
- osoba towarzysząca przez cały czas pobytu w szpitalu musi nosić maskę i rękawiczki
- rodząca w towarzystwie osoby bliskiej powinna przebywać w pojedynczej, indywidualnej sali porodowej wyposażonej w oddzielny węzeł sanitarny,
- osoba towarzysząca może zostać wpuszczona w momencie rozpoczętego porodu i powinna opuścić oddział w ciągu 2 godzin po porodzie,
- osoby pozostające w kwarantannie lub w trakcie izolacji nie mogą uczestniczyć w porodzie i wchodzić na teren szpitala.

## 8 Stanowisko Konsultantów Krajowych w dziedzinie Położnictwa i Ginekologii oraz Perinatologii w sprawie możliwości odbywania porodów rodzinnych w warunkach stanu epidemii COVID-19 w Polsce z dnia 14.05.2020r.

**ANKIETA EPIDEMIOLOGICZNA**

Dane osoby towarzyszącej w porodzie:  
Imię i nazwisko .....

Adres zamieszkania/ pobytu: .....

Telefon kontaktowy ..... Mail .....

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych

Podpis /data .....

Wywiad:

	NIE	TAK	TAK - od ilu dni
Czy jest Pan obecnie poddany kwarantannie ?			
Czy powrócił Pan w czasie ostatnich 14 dni z zagranicy ?			
Czy miał Pan bezpośredni kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie COVID 19 ?			
Czy miał Pan bezpośredni kontakt z osobą poddaną kwarantannie ?			
Czy miał Pan bezpośredni kontakt z osobą, która w ciągu ostatnich 14 dni powróciła z zagranicy ?			

## 9 Stanowisko Konsultantów Krajowych w dziedzinie Położnictwa i Ginekologii oraz Perinatologii w sprawie możliwości odbywania porodów rodzinnych w warunkach stanu epidemii COVID-19 w Polsce z dnia 14.05.2020r.

Stan ogólny obecnie:

	NIE	TAK	jeśli TAK - od ilu dni
Temperatura $\geq 38$ st. C			
Kaszel			
Duszność			
Bóle mięśniowe			
Inne			

Podpis /data/godzina .....

**Karta badania medycznego**

Ciepłota ciała \* ..... st. C

Podpis osoby przyjmującej /data/godzina .....

\*pomiaru należy dokonać w okolicy dekoltu/górnej części mostka

## 10 Zalecenia dotyczące sposobu postępowania w przypadku noworodków matek zakażonych lub z podejrzeniem COVID-19 (z dn. 04.05.2020r.)

Ewa Helwich – Konsultant Krajowy w dziedzinie neonatologii  
Ryszard Lauterbach – Prezes Polskiego Towarzystwa Neonatologicznego

### COVID-19 u matki w okresie od 14 dni przed porodem

#### Postępowanie z noworodkiem po urodzeniu

- Nie stosować przedłużonej transfuzji krwi z łożyska, zacisnąć pępowinę do 60 sekund po urodzeniu.
- Zespół neonatologiczny przebrany w fartuchy barierowe, maski, okulary, rękawice oczekuje na noworodka przed salą porodową/operacyjną.
- Położna obecna przy porodzie przekazuje noworodka w łóżeczku. Jeśli dziecko jest w dobrym stanie, jest transportowane do miejsca, gdzie zostanie izolowane i tam wykonywane są standardowe procedury.
- Jeśli noworodek wymaga ustabilizowania, niezbędne procedury należy wykonać w miejscu do tego przeznaczonym (*w wyznaczonym oddziale lub wydzielonej części oddziału*) i po zabezpieczeniu przetransportować inkubatorem transportowym do miejsca przeznaczenia.
- Jeśli noworodek rodzi się przedwcześnie i będzie wymagał natychmiastowej stabilizacji po urodzeniu (*zgodnie ze standardami neonatologicznymi*) z możliwą koniecznością wykonania intubacji, zespół neonatologiczny powinien oczekiwać w sali operacyjnej w odpowiednim zabezpieczeniu osobistym.

## Zalecenia dotyczące sposobu postępowania w przypadku noworodków matek zakażonych lub z podejrzeniem COVID-19 (z dn. 04.05.2020r.)

11

Ewa Helwich – Konsultant Krajowy w dziedzinie neonatologii  
Ryszard Lauterbach – Prezes Polskiego Towarzystwa Neonatologicznego

### COVID-19 u matki w okresie od 14 dni przed porodem

#### Izolacja noworodka od matki bezpośrednio po urodzeniu

- W przypadku kobiet zakażonych koronawirusem izolacja może być zakończona wtedy, kiedy testy wykonane u matki zakażonej będą ujemne dwukrotnie w odstępie 24 godzin. Noworodek urodzony w stanie dobrym optymalnie powinien być zaopatrywany w miejscu, gdzie będzie przebywał w izolacji od swojej mamy.

#### Izolacja noworodka od matki podejrzanej o zakażenie bezpośrednio po urodzeniu

- W przypadku kobiet w okresie diagnozowania w kierunku COVID-19 także zalecana jest izolacja dziecka od matki. W przypadku podejrzenia zakażenia wystarczający jest pojedynczy ujemny test u matki, u noworodka takiego testu wykonywać nie trzeba.
- Do czasu uzyskania wyniku testu u matki noworodek jest podejrzany o zakażenie, pielęgnowany w inkubatorze zamkniętym w miejscu do tego przeznaczonym (w wyznaczonym oddziale lub wydzielonej części oddziału).
- Po uzyskaniu ujemnego wyniku testu (czas oczekiwania obecnie nie przekracza zwykle 24h) od tego czasu bezpośredni kontakt matki z dzieckiem może być realizowany i karmienie odbywać się bezpośrednio z piersi.

## Zalecenia dotyczące sposobu postępowania w przypadku noworodków matek zakażonych lub z podejrzeniem COVID-19 (z dn. 04.05.2020r.)

12

Ewa Helwich – Konsultant Krajowy w dziedzinie neonatologii  
Ryszard Lauterbach – Prezes Polskiego Towarzystwa Neonatologicznego

### Rekomendacje dotyczące karmienia dziecka pokarmem matki COVID 19

- Z uwagi na brak wystarczających danych, dotyczących transmisji wirusa SARS-CoV-2 do pokarmu u kobiet z zakażeniem COVID-19, żywienie niezarażonego noworodka pokarmem chorej matki należy traktować z dużą ostrożnością.
- Nie zaleca się karmienia w przypadku występowania objawowej postaci zakażenia, wymagającej stosowania farmakoterapii remdesivirem czy hydroxychloroquinem.
- Dopuszcza się karmienie noworodka ściągniętym z piersi pokarmem matki zakażonej po uprzednim poinformowaniu jej o możliwym zagrożeniu i wyrażeniu przez nią zgody.
- W przypadku stwierdzenia u dziecka dodatnich wyników RT-PCR, przeciwskazaniem do karmienia piersią może być jedynie stan kliniczny matki.

## Zalecenia dotyczące sposobu postępowania w przypadku noworodków matek zakażonych lub z podejrzeniem COVID-19 (z dn. 04.05.2020r.)

13

Ewa Helwich – Konsultant Krajowy w dziedzinie neonatologii  
Ryszard Lauterbach – Prezes Polskiego Towarzystwa Neonatologicznego

### Wypis noworodka do domu

- W przypadku noworodka matki o statusie COVID, u którego wykluczono obecność wirusa dwukrotnym badaniem po 24h i 48h życia możliwy jest wypis do domu pod opiekę osoby bez wywiadu w kierunku podejrzenia kontaktu z CoV-2.
- Opieka matki jest możliwa wtedy, gdy nie jest już ona zakażona (podwójny test ujemny).
- Przestrzega się przed wypisem noworodka do domu, jeśli przebywa w nim matka lub inni domownicy o statusie COVID, gdyż grozi to brakiem przerwania łańcucha epidemicznego, znacznym prawdopodobieństwem zarażenia dziecka i brakiem możliwości monitorowania jego stanu w warunkach domowych, co może być zagrożeniem dla jego życia.
- Przed wypisem noworodek powinien zostać zaszczepiony szczepionką BCG.

### Rekomendacje dotyczące kontaktu rodziców z dzieckiem przebywającym w oddziale intensywnej terapii noworodka

- W aktualnym stanie epidemii w Polsce istnieje dalsza konieczność utrzymania zakazu odwiedzin w oddziałach intensywnej terapii i patologii noworodka.

## NACZELNA IZBA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH

<https://nipip.pl/koronawirus/>

14

### ■ PYTANIA I ODPOWIEDZI DOTYCZĄCE KORONAWIRUSA

<https://nipip.pl/pytania-i-odpowiedzi-dotyczace-koronawirusa/>

- **OPINIA PRAWNA** w przedmiocie oddelegowywania pielęgniarek i położnych przez pracodawców do pracy w związku ze stanem epidemii, do opieki nad pacjentami podejrzanymi o zakażenie koronawirusem (z dn. 23.03.2020r.)  
[https://nipip.pl/wp-content/uploads/2020/03/NIPiP\\_Opinia\\_prawna\\_oddelegowanie\\_FINA%C5%81-2.pdf](https://nipip.pl/wp-content/uploads/2020/03/NIPiP_Opinia_prawna_oddelegowanie_FINA%C5%81-2.pdf)
- **OPINIA PRAWNA** w sprawie przeniesienia lub skierowania położnej do pracy na stanowisko pielęgniarki w związku z przekształceniem dotychczasowego szpitala wielospecjalistycznego w jednoimienny szpital zakaźny i likwidacji oddziałów ginekologicznych i położniczych (z dn. 08.04.2020r.)  
<https://nipip.pl/wp-content/uploads/2020/04/opinia-prawna-.pdf>
- **OPINIA PRAWNA** w sprawie zobowiązania pielęgniarek i położnych do składania pisemnej informacji o udzielaniu świadczeń zdrowotnych w więcej niż w jednym miejscu zatrudnienia (z dn. 03.04.2020r.)  
[https://nipip.pl/wp-content/uploads/2020/05/2020-04-03\\_Opinia.pdf](https://nipip.pl/wp-content/uploads/2020/05/2020-04-03_Opinia.pdf)

## PYTANIA I ODPOWIEDZI DOTYCZĄCE KORONAWIRUSA

<https://nipip.pl/pytania-i-odpowiedzi-dotyczace-koronawirusa/>

15

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

- Pracodawca ma prawo w drodze polecenia pracowniczego przeniesienia położnej do innej pracy niż określonej w umowie o pracę, w zakresie opieki nad kobietą w ciąży, porodu lub połogu oraz w ginekologii i ginekologii-onkologicznej oraz noworodkiem - podejrzanym lub zakażonym wirusem SARS CoV-2 na podstawie art. 42 § 4 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy, tekst jedn. Dz.U.2019.1040, dalej: kp: „(...) w przypadkach uzasadnionych potrzebami pracodawcy, innej pracy niż określona w umowie o pracę na okres nieprzekraczający 3 miesięcy w roku kalendarzowym, jeżeli nie powoduje to obniżenia wynagrodzenia i odpowiada kwalifikacjom pracownika”.

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

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

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

## PYTANIA I ODPOWIEDZI DOTYCZĄCE KORONAWIRUSA

<https://nipip.pl/pytania-i-odpowiedzi-dotyczace-koronawirusa/>

16

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

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

## PYTANIA I ODPOWIEDZI DOTYCZĄCE KORONAWIRUSA

<https://nipip.pl/pytania-i-odpowiedzi-dotyczace-koronawirusa/>

17

Jakie świadczenia przysługują pielęgniarce/położnej w wypadku zakażeniem przy pracy?

Odpowiedzi:

- Zasiłek chorobowy oraz ewentualnie świadczenia związane z uznaniem zakażenia koronawirusem za chorobę zawodową.

Uzasadnienie:

- W takim wypadku zgodnie z art. 4c *ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych* przysługuje zasiłek chorobowy, którego miesięczny wymiar wynosi 100% podstawy wymiaru zasiłku obliczonej na podstawie przepisów ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa.
- Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych wystosowała do Ministra Zdrowia apel do uznania zakażenia koronawirusem jako chorobę zawodową i wpisanie jej do listy zawartej w Rozporządzeniu Rady Ministrów wykazu chorób zawodowych.
- W odpowiedzi Minister Zdrowia wskazał, że istnieją podstawy do uznania zakażenia koronawirusem jako choroby zawodowej w drodze decyzji administracyjnej. Tym samym konieczne będzie przeprowadzenie odrębnego postępowania w tym zakresie.

## PYTANIA I ODPOWIEDZI DOTYCZĄCE KORONAWIRUSA

<https://nipip.pl/pytania-i-odpowiedzi-dotyczace-koronawirusa/>

18

Czy podczas kwarantanny i izolacji jest możliwe (jako osoba zatrudniona w podmiocie leczniczym) wykonywanie pracy?  
Czy w przypadku wykonywania pracy podczas kwarantanny / izolacji przysługuje prawo do wynagrodzenia i zasiłku chorobowego?

- Ustawodawca uregulował tę kwestię w art. 4c i art. 4b ust. 2 *ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych*.
- Przewidział jedynie możliwość pracy zdalnej na rzecz podmiotu leczniczego podczas poddania członka personelu medycznego kwarantannie.
- W przypadku podjęcia tego rodzaju pracy nie traci on specjalnego zasiłku chorobowego w wymiarze 100% i przysługuje mu równocześnie wynagrodzenie z tytułu pracy zdalnej. Praca zdalna obejmuje teleporady.
- Wydaje się, że w przeciwnym wypadku zastosowanie znajdzie art. 17 *ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa*, zgodnie z którym w związku z podjęciem pracy podczas okresu zasiłkowego przepada prawo do zasiłku chorobowego. Pracownik jednak powinien zachować prawo do wynagrodzenia.
- Jeśli pracownik zgodnie z art. 15 ust. 1 pkt. 3 *specustawy* został objęty nakazem pozostania poza normalnymi godzinami pracy w gotowości do świadczenia pracy na terenie zakładu pracy to normy odpoczynku dobowego i tygodniowego nie znajdują zastosowania. Co więcej, pracodawca może polecić realizację prawa odpoczynku w zakładzie pracy (art. 15 ust. 1 pkt. 4 *specustawy*).

## PYTANIA I ODPOWIEDZI DOTYCZĄCE KORONAWIRUSA

<https://nipip.pl/pytania-i-odpowiedzi-dotyczace-koronawirusa/>

19

Czy miejscem kwarantanny / izolacji może być miejsce pracy?

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

20

## WYTYCZNE MINISTERSTWA ZDROWIA - skierowanie do pracy przy zwalczaniu epidemii

### Podstawa prawna kierowania osób do pracy przy zwalczaniu epidemii

- Ustawa o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi - art. 47

(Dz.U. z 2019 r. poz. 1239 z późn. zm.)

21

## WYTYCZNE MINISTERSTWA ZDROWIA - skierowanie do pracy przy zwalczaniu epidemii

### Kto może być skierowany do pracy przy zwalczaniu epidemii?

- pracownik podmiotu leczniczego
- inna niż ww. osoba wykonująca zawód medyczny
- osoba, z którą podpisano umowę na wykonywanie świadczeń zdrowotnych
- inna osoba (*np. wykonująca zawód niezwiązany z ochroną zdrowia*) – pod warunkiem, że jest to uzasadnione aktualnymi potrzebami organów administracji w związku ze zwalczaniem epidemii.

22

## WYTYCZNE MINISTERSTWA ZDROWIA - skierowanie do pracy przy zwalczaniu epidemii

### Kto nie może zostać skierowany do pracy przy zwalczaniu epidemii?

Skierowaniu do pracy przy zwalczaniu epidemii nie podlegają:

- osoby, które nie ukończyły 18 lat bądź ukończyły 60 lat;
- kobiety w ciąży;
- osoby samotnie wychowujące dziecko w wieku do 18 lat;
- osoby wychowujące dziecko w wieku do 14 lat;
- osoby wychowujące dziecko z orzeczeniem o niepełnosprawności lub orzeczeniem o potrzebie kształcenia specjalnego;
- osoby, u których orzeczono częściową lub całkowitą niezdolność do pracy;
- inwalidzi i osoby z orzeczonymi chorobami przewlekłymi;

Zgodnie z rekomendacją Ministra Zdrowia przed wysłaniem skierowania do pracy wojewoda powinien skontaktować się z osobą, wobec której wydawana jest decyzja w celu potwierdzenia, czy wręczenie skierowania jest możliwe.

23

## WYTYCZNE MINISTERSTWA ZDROWIA – skierowanie do pracy przy zwalczaniu epidemii

### Kto może skierować do pracy przy zwalczaniu epidemii?

- Decyzję o skierowaniu do pracy przy zwalczaniu epidemii na terenie województwa, w którym osoba skierowana posiada miejsce pobytu lub jest zatrudniona, wydaje właściwy wojewoda, a w razie skierowania do pracy na obszarze innego województwa - minister zdrowia.
- Od decyzji wojewody przysługuje odwołanie do ministra zdrowia.
- W przypadku, gdy decyzję wydał minister przysługuje wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy.
- Odwołanie składa się za pośrednictwem wojewody.
- Wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy od decyzji składa się do Ministra Zdrowia. Wniosek ten można również złożyć za pośrednictwem wojewody, który prześle ten wniosek do Ministerstwa Zdrowia.
- Wniesienie środka odwoławczego nie wstrzymuje wykonania decyzji.

24

## WYTYCZNE MINISTERSTWA ZDROWIA – skierowanie do pracy przy zwalczaniu epidemii

### Jak długo trwa obowiązek pracy przy zwalczaniu epidemii?

- Decyzja o skierowaniu do pracy przy zwalczaniu epidemii stwarza obowiązek pracy przez okres do 3 miesięcy w podmiocie leczniczym lub w innej jednostce organizacyjnej wskazanych w decyzji.

25

## WYTYCZNE MINISTERSTWA ZDROWIA – skierowanie do pracy przy zwalczaniu epidemii

### Kto zatrudnia pracownika skierowanego do pracy przy zwalczaniu epidemii?

- Podmiot, o którym mowa w decyzji o skierowaniu, nawiązuje z osobą skierowaną do pracy stosunek pracy, na okres nie dłuższy niż wskazany w decyzji.
- Szczegółowe warunki umowy zostają przekazane przez pracodawcę przed dopuszczeniem do pracy.



26

## WYTYCZNE MINISTERSTWA ZDROWIA – skierowanie do pracy przy zwalczaniu epidemii

### Jakie wynagrodzenie przysługuje osobie skierowanej do pracy przy epidemii?

- Ministerstwo Zdrowia w stanowisku przekazanym wojewodom rekomenduje **ustalenie wynagrodzenia** w wysokości nie niższej niż 150% kwoty wynagrodzenia, które osoba skierowana do pracy otrzymała w miesiącu poprzedzającym miesiąc, w którym została skierowana, przy czym nie więcej niż kwota tego wynagrodzenia plus 10 000 zł.

Ważne jest, że kwota tego wynagrodzenia nigdy nie może być niższa od określonych w ustawie dolnych limitów, tj.:

- nie może być niższa niż 150% przeciętnego wynagrodzenia zasadniczego przewidzianego na stanowisku pracy, na które osoba ta została skierowana;
- nie może być niższa niż wynagrodzenie, które osoba skierowana do pracy przy zwalczaniu epidemii otrzymała w miesiącu poprzedzającym miesiąc, w którym wydana została decyzja o skierowaniu jej do pracy przy zwalczaniu epidemii.

27

## WYTYCZNE MINISTERSTWA ZDROWIA – skierowanie do pracy przy zwalczaniu epidemii

### Kto pokryje koszty zakwaterowania i wyżywienia jeśli zostaną skierowany do miejsca innego niż miejsce zamieszkania?

- Osobie skierowanej do pracy przy epidemii przysługuje zwrot kosztów przejazdu, zakwaterowania i wyżywienia, na zasadach określonych w przepisach o ustalaniu oraz wysokości należności przysługującej pracownikom państwowych jednostek z tytułu podróży służbowych na obszarze kraju
- Koszty przejazdu** - osobie skierowanej do pracy przy zwalczaniu epidemii przysługuje zwrot kosztów przejazdu w wysokości udokumentowanej biletami lub fakturami obejmującymi cenę biletu środka transportu, wraz ze związanymi z nimi opłatami dodatkowymi, w tym miejscówkami, z uwzględnieniem posiadanej przez tę osobę ulgi na dany środek transportu, bez względu na to, z jakiego tytułu ulga przysługuje.
- Koszty zakwaterowania** - za nocleg w obiekcie świadczącym usługi hotelarskie osobie skierowanej do pracy przy zwalczaniu epidemii przysługuje zwrot kosztów w wysokości stwierdzonej rachunkiem, jednak nie wyższej za jedną dobę hotelową niż dwudziestokrotność stawki diety, tj.:  $20 \times 30 \text{ zł} = 600 \text{ zł}$ .
- Koszty wyżywienia** - dieta w czasie skierowania do pracy przy zwalczaniu epidemii, przeznaczona na pokrycie zwiększonych kosztów wyżywienia, wynosi 30 zł za dobę. Wysokość diety zależy przy tym od czasu na jaki osoba została skierowana do pracy

28

## WYTYCZNE MINISTERSTWA ZDROWIA – skierowanie do pracy przy zwalczaniu epidemii

### Jakie są inne gwarancje dla osób skierowanych przy pracy przy epidemii?

- Osobie skierowanej do pracy przy zwalczaniu epidemii dotychczasowy pracodawca jest obowiązany udzielić urlopu bezpłatnego na czas określony w ww. decyzji. Okres urlopu bezpłatnego zalicza się do okresu pracy, od którego zależą uprawnienia pracownicze u tego pracodawcy.
- Przez czas trwania obowiązku, o którym mowa w art. 47 ust. 7 ustawy, z osobą skierowaną do pracy przy zwalczaniu epidemii nie może być rozwiązany dotychczasowy stosunek pracy ani nie może być dokonane wypowiedzenie umowy o pracę.
- Mając na względzie konieczność zabezpieczenia osób skierowanych do pracy przy zwalczaniu epidemii wykupione zostaną dla nich polisy ubezpieczeniowe.



Ministerstwo Zdrowia

Departament  
Pielęgniarek i Położnych

Warszawa, 04 czerwca 2020 r.

PPWA.07.102.2020.MF

Pani  
Zofia Małas  
Prezes  
Naczelnej Izby Pielęgniarek i  
Położnych

Szanowna Pani Prezes !

W nawiązaniu do pisma znak: PPWA.07.102.2020.MF dot. sprawy udostępnienia danych na temat zakażeń wirusem SARS-CoV-2 wśród pielęgniarek i położnych, uprzejmie informujemy, na podstawie uzyskanych danych (dane z systemu EWP – stan na dzień 26 maja 2020 r. z godz. 14:40) iż stan liczbowy w ww. zakresie przedstawia się następująco :

- Liczba pielęgniarek, u których stwierdzano dotychczas zakażenie koronawirusem: 1122 (w tym 1000 (izolacja domowa), 54 (izolatorium); 68 (hospitalizowane).
- Liczba pielęgniarek obecnie przebywających w kwarantannie: 572
- Łączna liczba pielęgniarek kwarantannowanych od początku epidemii: 6346.

*Z poważaniem,*

Greta Kanownik

Dyrektor

/dokument podpisany elektronicznie/



## Minister Zdrowia

Warszawa, 02 czerwca 2020

.IK:2008102.MG

Pani  
Zofia Małas  
Prezes  
Naczelnej Izby  
Pielęgniarek i Położnych

*Szanowna Pani,*

odpowiadając na Pani pismo znak: NIPiP-NRPIP-DM.0025.63.2020.MK z dnia 6 kwietnia 2020 r., przekazane drogą e-mail, uprzejmie proszę o przyjęcie poniższego.

W ramach zawartej z PZU S.A. umowy zbiorowego ubezpieczenia następstw zakażenia po ekspozycji na koronawirus SARS- COV- 2, ochroną ubezpieczeniową objęto w pierwszej kolejności personel medyczny szpitali jednoimiennych, których zadaniem jest wyłącznie opieka nad pacjentami podejrzanymi o zakażenie koronawirusem.

W związku z napływającymi do Ministerstwa wnioskami o rozszerzenie ubezpieczenia o personel medyczny pozostałych placówek, niezwłocznie podjęto prace nad stworzeniem warunków do objęcia rzeczonym ubezpieczeniem jak największej liczby pracowników służby zdrowia. W wyniku podjętych działań, w dniu 1.06.2020 r. podpisano aneks do umowy zawartej z PZU S.A., który znacznie poszerza krąg osób objętych ubezpieczeniem od następstw zakażenia koronawirusem.

Zgodnie z obecnie obowiązującymi warunkami umowy, oprócz personelu szpitali jednoimiennych, ubezpieczeniu podlegają także lekarze, pielęgniarki, położne, farmaceuci, salowe i pozostały personel medyczny oraz szpitalny, w oddziałach zakaźnych szpitali mieszanych. Dodatkowo, ubezpieczeniem objęto lekarzy, pielęgniarki, położne, farmaceutów, salowe i pozostały personel medyczny oraz szpitalny, skierowanych do pracy przy zwalczaniu epidemii zgodnie z art. 47 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz.U. z 2019 r. poz. 1239, z późn. zm.).

Z poważaniem

Jarosław Kieszek  
Dyrektor

/dokument podpisany elektronicznie/

# CIERPIENIE I BÓL NIE TYLKO W ONKOLOGII. GRANICE CIERPIENIA

Opracowanie

**dr n. med. EWA KILAR**

specjalista w zakresie onkologii klinicznej

Na pytania dotyczące cierpienia i bólu, można szukać odpowiedzi od starożytności poprzez średniowiecze do czasów współczesnych. Tymi tematami zajmowali się duchowni, kapłani, filozofowie, poeci, pisarze, lekarze, święci, a dotyczy każdego człowieka, od początku życia – narodzin do śmierci.

Temat cierpienia jest też podejmowany w encyklice Benedykta XVI, „Spe salvi”, 2007, gdyż nadzieja i perspektywa zbawienia mogą mieć znaczny wpływ na stan zdrowia i przebieg choroby u ludzi wierzących, nie tylko chrześcijan.

Benedykt XVI podkreśla wielowymiarowy charakter cierpienia :

„Oczywiście należy robić wszystko, co w naszej mocy, aby cierpienie zmniejszyć: zapobiec, na ile to możliwe, cierpieniom niewinnych, uśmierzać ból, pomagać w przezwyciężeniu cierpień psychicznych” / Encyklika, s. 81/.

W filozofii mówi się natomiast o „bólu istnienia”.

Cierpienie, ból istnieją w określonym czasie i mają określone granice – miłość i śmierć.

Twórca „Logoterapii” Viktor Frankl lekarz, psychoanalityk, który także przebywał w obozie koncentracyjnym w Oświęcimiu i napisał książkę o przeżyciach w obozie koncentracyjnym / „Homo patiens”, Warszawa 1984/, cierpienie własne i innych w obozie przetrwał dzięki miłości do konkretnej osoby. Doświadczenia obozu koncentracyjnego miały wpływ na Jego dalszą twórczość jak powstanie teorii „Logoterapii”.

## OCENA BÓLU

Ból jest cechą indywidualną Osoby.

W ocenie bólu bierze się pod uwagę fakty obiektywne jak i ocenę subiektywną pacjenta.

DR JAN DOBROGOWSKI kierownik Zakładu Badania i Leczenia Bólu Katedry Anestezjologii i Intensywnej Terapii CM UJ przedstawia ból jako:

„doznanie wielowymiarowe, czuciowe, emocjonalne, zawsze subiektywne i dlatego nie ma możliwości dokonywania ocen bezpośrednich i obiektywnych”. (1)





Jednak aby ból zobiektywizować powstały skale bólu:

- 1) skale słowne (VRS, ang. Suerbal rating scale),
- 2) skala Likerta,
- 3) skala numeryczna (NRS, numerical rating scale),
- 4) skala wzrokowo-analogowa (VAS, ang. uisual analogue scale),
- 5) skale obrazkowe, słowna skala oceny bólu lub narysowanie bólu np. dla osób starszych.

Dr Jan Dobrogowski stwierdza w artykule że „Kliniczna ocena chorego z bólem powinna obejmować:

- A) wywiad,
- B) uzupełniony zastosowaniem skal pomiaru bólu,
- C) i ankiety, stworzonej na podstawie zaleceń międzynarodowego Stowarzyszenia Badania Bólu.

#### JAK PYTAĆ O BÓL?

Podczas wywiadu starajmy się uzyskać na następujące pytania:

- Wskaż miejsce bólu. Czy ból gdzieś promieniuje?
- Jak długo odczuwasz ból
- Czy ból jest stały, napadowy, czy nawracający?
- Jaki jest charakter bólu (tępy, ostry, piekący, kłujący)?
- Jaki jest stopień natężenia bólu? Aktualnie i w czasie największego nasilenia.
- Co wyzwała ból lub zwiększa jego natężenie?
- Co powoduje ulgę w dolegliwościach?
- Czy ból zaburza sen?
- W jakim stopniu ból zaburza dzienną aktywność?
- Jakie stosowano dotychczas leczenie?
- Czy wystąpiły objawy niepożądane związane ze stosowanym leczeniem?
- Jakie inne objawy towarzyszą bólowi? (1)

#### CHARAKTERYSTYKA ZACHOWAŃ BÓLOWYCH

Artykulacja dźwięków	Westchnienia, jęki
Wyraz twarzy	Grymasy
Aktywność ruchowa	Bardzo powolne poruszanie się Polegiwanie przez dłuższy czas Zatrzymywanie się na odpoczynek podczas chodzenia
Usposobienie	Drażliwość
Relacje słowne	Pytania w rodzaju: „Dlaczego mnie to spotkało?”. Prośby o pomoc przy poruszaniu się
Postawa ciała, gestykulacja	Utykanie Pocieranie lub przytrzymywanie chorego miejsca Częsta zmiana pozycji ciała lub siedzenie nieruchomo w jednej pozycji
Zachowania mające Przyjmowanie leków zmniejszyć ból	Korzystanie z systemu opieki zdrowotnej Zmniejszenie podejmowanych zadań i aktywności Stosowanie lasek, kołnierza ortopedycznego, sznurówek, gorsetów

(1) MEDICALTRIBUNE Nr 1/2008 31 stycznia, s 47

„Uwolnić od cierpienia” – o mierzeniu bólu i porażkach terapeutycznych rozmawiamy z dr. hab. med. Janem Dobrogowskim – rozmawiała Olga Tymanowska.

# GRANICE CIERPIENIA – MIŁOŚĆ I ŚMIERĆ

ROZWINIĘCIE TEMATU W OPARCIU O FRAGMENTY KSIĄŻKI

**EWA KILAR, TADEUSZ KOBIERZYCKI, FILIP MAJ**

**Stres onkologiczny**

**Wskazówki medyczne i psychologiczne**

**(Wydanie 2, zmienione)**

**Świdnica 2005 r.**

## STRES JAKO REAKCJA NA ZJAWISKO ŚMIERCI

Człowiek nie może spokojnie uznać faktu, że jego choroba może zakończyć się śmiercią. Według dr Elizabeth. Kuebler-Ross, reakcja na możliwość własnej śmierci przebiega przez pięć faz:

- 1) negacja – „nie wierzę!”,
- 2) gniew i złość – „dlaczego właśnie ja?”
- 3) targi – „dobrze, rozumiem, ale może by się dało to jakoś odwlec?”
- 4) depresja i smutek,
- 5) rezygnacja i akceptacja<sup>1</sup>.

Być może, jednak: „Okrucieństwo śmierci przejawia się w tym, że przynosi ona prawdziwy ból końca, ale nie koniec”(Franz Kafka).

Reakcje na zanik „pulsu życia” są rozmaite – zdziwienie, smutek, płacz, milczenie, krzyk, agresja, bunt, rozpacz. Te reakcje dają się wyrazić w dwojaki sposób – 1) pozytywnie: „każdy dzień jest dobry, żeby się narodzić i każdy dzień jest dobry, żeby umrzeć” (papież, Jan XXIII) i negatywnie: „absurdem jest, że się rodzimy i absurdem jest, że umieramy” (filozof, Jean Paul Sartre).

Wielkimi terapiami choroby, cierpienia i śmierci są wszystkie systemy religijne, które uczą nie tylko, jak żyć, ale także jak umierać?

Jednostki wybitne, wysoko i wszechstronnie rozwinięte same sobie uświadamiają, że są „u progu śmierci” i nie potrzebują im ludzi, którzy będą im o tym, co zazwyczaj niezgrabnie – mówili. Wybiorą sobie sami kogoś, z kim wiąże ich głębokie przyjacielskie porozumienie, aby o tym mówić, albo razem z nim milczeć<sup>2</sup>.

Wielopoziomowy stosunek do śmierci Reakcja na śmierć jest w każdej fazie życia inna. Psychiatra, filozof i psychoterapeuta Kazimierz Dąbrowski wyróżnił pięć rodzajów stosunku pojedynczego człowieka do śmierci.

<sup>1</sup> E. Kuebler-Ross, Rozmowy o śmierci i przemijaniu, PAX Warszawa 1979.

<sup>1</sup> E. Kuebler-Ross, Rozmowy o śmierci i przemijaniu, PAX Warszawa 1979.

<sup>2</sup> K. Dąbrowski, Zdrowie psychiczne i problem śmierci, w: W poszukiwaniu zdrowia psychicznego, PWN Warszawa 1989, s. 137.

## Na poziomie 1.:

człowiek wyobraża sobie, że: „śmierć nie istnieje”, odczuwa „niemożność wyobrażenia i przeżycia siebie, jako umierającego czy umarłego”; ma łatwość zadawania śmierci innym.

## Na poziomie 2.:

„Śmierć staje się ważna”, zmienność, „spastyczność” i impulsywność pozwalają na „silne przeżywanie śmierci kogoś bliskiego”, a także na „impulsywne samobójstwo”.

## Na poziomie 3.:

Powstaje i rozwija się „instynkt śmierci cząstkowej” – istnieje „możliwość rozumienia i przeżywania śmierci, jako zjawiska nie kończącego się tutaj na ziemi”.

## Na poziomie 4.:

„Śmierć nabiera waloru zjawiska wielopoziomowego, ujętego w hierarchiczny rozwój transcendentalny”. Lęk przed własną śmiercią słabnie, wzrasta przeżywanie i rozumienie śmierci innych oraz rozstania z nimi. „Potrzeba związków wieczystych rośnie i ustala się jako wartość nieprzemijająca”. Przychodzi pełna zdolność poświęcenia swojego życia dla „sprawy”. Jest to postawa autentyczna, którą wyrazili swoim życiem i opiniami tacy ludzie, jak Sokrates, Joanna d’Arc, Ojciec /Maksymilian/ Kolbe, dr /Janusz/ Korczak i inni”.

## Na poziomie 5.:

Występuje „stała gotowość do śmierci dla wielkich ideałów ludzkości, dla swoich bliskich, dla „skrzywdzonych i poniżonych” – tak jak „u Sokratesa, który kochał swoich bliskich, przyjaciół, swoje Ateny, a jednocześnie przyjął wyrok śmierci i wykonał go na sobie”. Podobnie Chrystus ponosi śmierć, jak mówi tekst liturgiczny: „ukrzyżowany również za nas i dla naszego zbawienia”<sup>3</sup>.

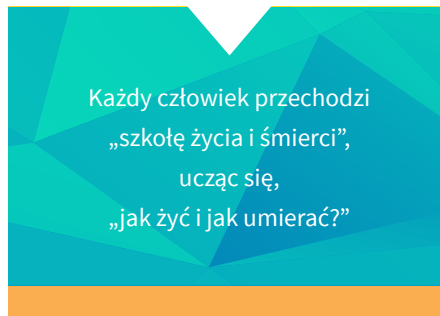
Każdy człowiek przechodzi „szkołę życia i śmierci”, ucząc się, „jak żyć i jak umierać?”<sup>4</sup>.

## POMOC CZŁOWIEKOWI U KRESU ŻYCIA

Życzliwość, przyjaźń, miłość i empatia są najważniejszymi sposobami pomagania sobie i innym w trudnych sytuacjach

<sup>3</sup> K. Dąbrowski, op. cit., s. 125-138.

<sup>4</sup> J. Pieper, Śmierć i nieśmiertelność, tłum. Anna Morawska, Editions. du Dialogue, Paryż 1970



życia. Bez tych uczuć nie ma dobrej opieki (np. chrześcijańskiej Caritas). Zdrowa i skuteczna, empatyczna opieka potrzebna jest nie tylko niemowlętom i małym dzieciom oraz osobom starym, ale i ludziom przeżywającym przewlekłą chorobę, w stadium, „w którym ustała już czynność leczenia przyczynowego” (WHO).

W 1980 roku World Health Organization (WHO – Światowa Organizacja Zdrowia) opracowała zasady postępowania w chorobie nowotworowej trzy kierunki:

- 1) zapobieganie,
- 2) wczesne leczenie,
- 3) zwalczanie bólu i opieka paliatywna.

Do najważniejszych potrzeb osób chorych, znajdujących się u kresu życia zalicza się:

- 1) potrzebę bezpieczeństwa, która wzmaga się na skutek niepewności sytuacji,
- 2) potrzebę dobrej kontroli objawów, ze względu na odczuwane dolegliwości i dyskomfort fizyczny,
- 3) potrzebę dobrej komunikacji z otoczeniem, ze względu na zmianę sytuacji życiowej,
- 4) potrzebę dowartościowania, ze względu na zmianę pozycji w rodzinie i społeczeństwie,
- 5) potrzebę wsparcia, ze względu na przeżywane dylematy egzystencjalne i dyskomfort psychiczny,

#### ZAKOŃCZENIE

Narodziny i życie, zdrowie, choroba i śmierć potwierdzają unikalność, godność i sens ludzkiego istnienia. W śmierci dokonuje się wypełnienie całego sensu życia. Choroba onkologiczna i stres onkologiczny nie niszczą tego sensu, ale go ostatekają.

Nie ma jednej definicji życia, jest ono tajemnicą. Można je jednak medytować i przeżywać. Tak opisała je 28 marca 1998 roku Matka Teresa z Kalkuty:

„Życie jest szansą, schwyc ją. Życie jest pięknem, podziwaj je. Życie jest radością, próbuj je. Życie jest snem, uczynj je prawdą. Życie jest wyzwaniem, zmierz się z nim. Życie jest obowiązkiem, wypełnij go. Życie jest grą, zagraj w nią. Życie jest cenne, docenij je. Życie jest bogactwem, strzeż go. Życie jest miłością, ciesz się nią. Życie jest tajemnicą, odkryj ją. Życie jest obietnicą, spełnij ją. Życie jest smutkiem, pokonaj go. Życie jest hymnem, wyśpiewaj go. Życie jest walką, podejmij ją. Życie jest tragedią, pojmij ją. Życie jest przygodą, rzuć się w nią. Życie jest szczęściem, zasłuż na nie. Życie jest życiem, obroń je”.

#### BIBLIOGRAFIA

Barraclough J., *Rak i emocje*, Warszawa 1997.  
 Baum M., Saunders Ch., Meredith S., *Rak piersi – poradnik dla kobiet i lekarzy*, Warszawa 1995.  
 Block B., Otrębowski W. (red.), *Człowiek nieuleczalnie chory*, Lublin 1997.  
 Cannon W., *Bodily changes in pain, hunger, fear and rage*, New York, London: Appleton&Co., 1915.  
 Cannon W., *Bodily changes in pain, hunger, fear and rage*, 2 ed. New York, London: Appleton&Co., 1929.

Cannon V. B., *Stress and strains of homeostasis*, American Journal of Medical Science, 189, 1935, 1–13.  
 Chojnacka-Szawłowska G., *Psychologiczne następstwa nowotworu gruczołu piersiowego i narządów rodnych*, Wrocław 1994.  
 Cioran E., *Na szczytach rozpacz*, Kraków 1992.  
 Cooper C.L., Cooper R.D., Eaker L.H., *Living with stress*, London: Penguin Books, 1988, p.10.  
 Heszen-Klemens I., *Poznawcze uwarunkowania zachowania się wobec własnej choroby*, Wrocław 1979.  
 Hinkle L.E., *The Concept of Stress in the Biological Social Sciences // Stress Medicine and Man.*-1/1973/p. 31–48.  
 Huzarski T., *Ocena częstości mutacji konstytucyjnych w obrębie genu BRCA 2 w rodzinach z dziedziczną predyspozycją do raka sutka w materiale Ośrodka Nowotworów Dziedzicznych w Szczecinie*, rozprawa doktorska, Szczecin, 2001.  
 Kokoszczyński T., *Regulacja funkcji genu*, G. Drewa (red.), *Podstawy genetyki*, Wrocław 1995, s. 37–55.  
 Kobierzycki T., *Filozofia osobowości. Od antycznej teorii duszy do współczesnej teorii osoby*, Warszawa 2001.  
 Kobierzycki T., *Ja i Nie-Ja. Syndrom uzależnienia psychologicznego. Model rodzinny*, Warszawa 2001.  
 Lambley P., *Psychologia raka – jak zapobiegać, jak przeżyć?*, Warszawa 1995.  
 Lazarus R.S., *Adjustment*, New York 1961.  
 Lazarus R.S., *Psychological stress and the coping process*, New York 1966.  
 Lazarus R.S., Cohen I.B., Folkman S., Kanner A., Schaefer C., *Psychological stress and adaptation: some unresolved issues*, in: Seyle H. (ed.): *Quide to stress research*, New York 1980.  
 Lowen A., *Grawitacja – ogólne spojrzenie na stres*, tł. J. Santorski z: *Bioenergetica*, rozdz. VII, Penguin Books 1976, s. 277–284.  
 Lubiński J., (red.), *Nowotwory dziedziczne 2002, Profilaktyka, diagnostyka, leczenie*, Poznań 2003.  
 Makselon J., *Lęk wobec śmierci*, Kraków 1988.  
 Meyza J., (red.), *Jakość życia w chorobie nowotworowej*, Warszawa 1997,  
 Pawlicki M., *Elementy diagnostyki nowotworów złośliwych*, Bielsko-Biała 2001.  
*Psychological stress and coping in adaptation and illness*, in: Lipowski Z.I. (ed.): *Psychosomatic medicine*, New York 1977.  
 Rembowki J., *Samotność*, Gdańsk 1992.  
 Rogalski-Dzierżykraj T., *Rytmy i antyrytmy biologiczne*, Warszawa 1976.  
 Seyle H., *The general adaptation syndrom and the diseases of adaptation*, *Journal of Clinical Endocrinology*, 6/1940/, s. 117–230.  
 Seyle H., *The general adaptation syndrom and the diseases of adaptation*, *Journal of Clinical Endocrinology*, 6/1946/, p. 117.  
 Seyle H., *The physiology and pathology of exposure to stress*, Montreal 1950.  
 Seyle H., *The stress of life*, New York: McGraw-Hill, 1956.  
 Seyle H., *Stress without distress*, New York 1974.  
 Seyle H., *The stress of my life*, Toronto: McClelland and Stewart, 1977.  
 Seyle H., *The stress of life*, New York: McGraw-Hill, 1978.  
 Seyle H., *Stress in Health and Disease*, Boston: Butterworth, 1976.  
 Seyle H., (ed.) *Quide to stress research*, New York 1980.  
 Walden-Gałuszko de, K., *Wybrane zagadnienia psychoonkologii i psychotanatologii*, Gdańsk 1992.  
 Walden-Gałuszko de, K., *U kresu*, Gdańsk 1996.  
*Websters Encyclopedic Unabridged Dictionary of the English Language*, New York /Avenel: Gramercy Books, 1994, p. 1406.  
 Wirsching M., *Wokół raka*, Gdańsk 1994.

# STANOWISKO ŚRODOWISKA PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W SPRAWIE KSZTAŁCENIA PRZEDDYPLOMOWEGO

NIE MA ZGODY NA POWRÓT  
DO KSZTAŁCENIA PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH  
W SZKOŁACH PONADPODSTAWOWYCH !



Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych wraz z Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Pielęgniarek i Położnych oraz Polskim Towarzystwem Pielęgniarskim podtrzymuje sprzeciw wobec podejmowanych przez Marszałka Województwa Wielkopolskiego decyzji w zakresie powrotu do kształcenia pielęgniarek, pielęgniarzy w szkołach ponadpodstawowych.

Współczesne pielęgniarstwo to samodzielna profesja medyczna o wysokim poziomie kompetencji i kształcenia. To również zawód zaufania publicznego mający kluczowe znaczenie dla zdrowia i bezpieczeństwa polskiego społeczeństwa. Działania prowadzące do zmiany modelu kształcenia powinny być oparte na przemyślanej strategii, wypracowanej wspólnie z reprezentantami środowiska zawodowego. Działania te nie mogą jednak polegać na obniżeniu standardów kształcenia i deprecjonowania zawodu na rynku pracy.

Trzy organizacje reprezentujące środowisko pielęgniarek i położnych w Polsce oraz działające na rzecz

ochrony interesów społeczeństwa podtrzymują sprzeciw wobec propozycji powrotu do kształcenia pielęgniarek, pielęgniarzy w szkołach ponadpodstawowych. Wyrażone zostało to wspólnym stanowiskiem z dnia 19 lipca 2016 r. w którym zaapelowano do rządu i parlamentu o utrzymanie aktualnie obowiązującego dwustopniowego systemu kształcenia pielęgniarek, tj. studiów pierwszego i studiów drugiego stopnia.

Należy wskazać, iż utrzymanie kształcenia przed-dyplomowego pielęgniarek i położnych wyłącznie na poziomie szkół wyższych usankcjonowane zostało uchwałą Rady Ministrów.



# KSZTAŁCENIE PODYPLOMOWE PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH



## NACZELNA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

NIPiP-NRPIP-OIE.060.193.2020

Warszawa, dnia 18 maja 2020r.

**Pani**

**Greta Kanownik**

**Dyrektor Departamentu**

**Pielęgniarek i Położnych**

*Szanowna Pani Dyrektor*

W związku licznymi pytaniami napływającymi do Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych od organizatorów kształcenia podyplomowego oraz samych pielęgniarek i położnych w sprawie kontynuacji kształcenia podyplomowego w czasie pandemii SARS CoV-19, a także w związku z potrzebami pielęgniarek i położnych w tym zakresie zachodzi konieczność wprowadzenia rozwiązań doraźnych, a w perspektywie czasowej po ich sprawdzeniu praktycznym być może także docelowych.

W imieniu NRPIP proponujemy:

1. umożliwienie zakończenia rozpoczętych przez organizatorów szkoleń/ kursów, w tym ich części teoretycznej z wykorzystaniem technik kształcenia na odległość. W chwili obecnej dostępnych jest wiele narzędzi w postaci platform e-learningowych umożliwiających takie rozwiązania, np. Moodle, Microsoft Teams, ClickMeeting lub za pośrednictwem Meet Google Chrome, poprzez Skype lub innego narzędzia umożliwiającego dwukierunkową komunikację z możliwością jej zapisu/ utrwalenia;
2. w odniesieniu do realizacji części praktycznej szkoleń/ kursów:
  - a. osoby, które w okresie zawieszenia kształcenia uczestniczyły w wykonywaniu zadań realizowanych przez podmioty lecznicze lub służby sanitarno-epidemiologiczne w związku z zakażeniami wirusem SARS-CoV-2, będą mogły ubiegać się o zaliczenie części zajęć lub grup zajęć kształtujących umiejętności praktyczne (w tym m. in. staży);
  - b. realizacja części praktycznej szkoleń/ kursów może zostać przeniesiona do warunków symulowanych. Jako warunki symulowane należy traktować zarówno centra symulacji medycznych, jak i pracownie wyposażone w symulatory, fantomy, trenażery oraz sprzęt i materiały niezbędne do osiągnięcia efektów uczenia się w zakresie umiejętności

i kompetencji społecznych przewidzianych programem kursu/szkolenia. W zależności od kształtowanych umiejętności może być wykorzystywana symulacja niskiej, pośredniej i wysokiej wierności bazująca na opisie indywidualnych przypadków;

3. w zakresie egzaminu końcowego:

- a. część teoretyczna egzaminu końcowego może być realizowana w formie testu weryfikującego efekty uczenia się objęte programem szkolenia/ kursu. Może być realizowana zdalnie z wykorzystaniem systemów i narzędzi do e-learningu, np. platformy Moodle z zastrzeżeniem wyznaczenia jednego, wspólnego terminu egzaminu dla całej grupy zdających; otwarcia dostępu uczestnikom do testu w tym samym czasie, rozwiązywania zadań przez wszystkich zdających w tym samym czasie i w ściśle określonym przedziale czasu. W przypadku braku dostępu zdającego do komputera i Internetu oraz po wcześniejszym zgłoszeniu takiej sytuacji, organizator zapewnia uczestnikowi stanowisko z takim dostępem na swoim terenie. Zdający uzyskuje informację z platformy e-learningowej o uzyskanym wyniku testu.
- b. część praktyczna mogłaby być zrealizowana w formie zadania polegającego na przygotowaniu projektu procesu pielęgnowania dla wylosowanego przypadku pacjenta przygotowanego przez organizatora. Zadanie to mogłoby być wykonane przez zdającego zdalnie, w określonym czasie. Nie wymagałoby to skupienia dodatkowo większej liczby osób w jednym miejscu, tj. na terenie organizatora czy podmiotu leczniczego. Część praktyczna egzaminu szkolenia specjalizacyjnego może odbywać się w formie egzaminu OSCE.

Alternatywną formą części praktycznej egzaminu może być egzamin realizowany w warunkach symulowanych, tj. centrach symulacji lub w pracowniach odpowiednio wyposażonych pozwalających na ocenę poziomu osiągnięcia efektów uczenia się weryfikowanych tym egzaminem. Zadania do egzaminu mogą być opracowane na podstawie przypadków z podmiotów leczniczych. Organizator może uwzględnić symulację różnych pacjentów celem większego powiązania z warunkami rzeczywistymi. Egzamin może być realizowany z wykorzystaniem technik symulacji niskiej, pośredniej i/ lub wysokiej wierności, z zastosowaniem trenażerów, fantomów, symulatorów i/lub hybryd. Sprzęt i materiały medyczne powinny stanowić odzwierciedlenie tych stosowanych w warunkach rzeczywistych. Liczba stacji/ stanowisk egzaminacyjnych, ich rozmieszczenie, czas realizacji zadań oraz dezynfekcja stanowisk i klamek winny zapewniać bezpieczeństwo epidemiologiczne zdającym uczestnikom szkolenia i egzaminatorom. Dokumentowanie przebiegu egzaminu może mieć charakter audiowizualny i/ lub papierowy. Z egzaminu sporządzany jest protokół końcowy.

Egzamin może dotyczyć jednego opisanego pacjenta z przypisanymi do zaliczenia zadaniami na poszczególnych stacjach/ stanowiskach lub może obejmować odrębne stacje/stanowiska. Kontakt z uczestnikiem szkolenia specjalizacyjnego w czasie

egzaminu i na podsumowaniu może być bezpośredni (z zachowaniem bezpiecznej odległości) lub audiovideo. Informacje o przebiegu i zasadach egzaminu oraz liczbie stacji/ stanowisk zdający mogą otrzymać zdalnie przed egzaminem. O wyniku egzaminu zdający może być informowany bezpośrednio po wykonaniu zadań na wszystkich stacjach/stanowiskach. Należy zwrócić uwagę na nie gromadzenie się zdających na terenie organizatora przed i po egzaminie. Przejście zdających przez poszczególne stacje/ stanowiska winno odbywać się płynnie.

Wszystkie propozycje rozwiązań wymagają zastosowania zasad bezpieczeństwa epidemiologicznego w związku z SARS CoV-19.

Dla wdrożenia powyższych propozycji konieczne jest wprowadzenie zmian w aktach prawnych regulujących system kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych.

1. Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 września 2016 r. w sprawie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych (ze zmianami) w zakresie wprowadzenia alternatywy zdalnej w zakresie warunków i trybu przeprowadzania postępowania kwalifikacyjnego; warunków i trybu przeprowadzania egzaminu państwowego oraz egzaminu po kursie kwalifikacyjnym i kursie specjalistycznym,

oraz wprowadzenie

decyzją Ministra Zdrowia aktualizacji programów specjalizacji, kursów kwalifikacyjnych i kursów specjalistycznych, przewidującej, iż w czasie pandemii SARS CoV-19 może być realizowanych on-line do 100 % zajęć teoretycznych oraz do 20 % staży. Pozostałe 30 % staży może być realizowane w warunkach symulowanych, a 50 % staży w warunkach rzeczywistych.

Powyższe może bazować na analogii do kształcenia przeddyplomowego, w ramach którego zgodnie z zapisem art. 63 ust. 1 ustawy z dnia 20 lipca 2018 Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce –t.j. Dz. U. z 2020r., poz. 85 ze zm.) studia są prowadzone w formie:

1) studiów stacjonarnych, w ramach których co najmniej połowa punktów ECTS objętych programem studiów jest uzyskiwana w ramach zajęć z bezpośrednim udziałem nauczycieli akademickich lub innych osób prowadzących zajęcia i studentów;

2) studiów niestacjonarnych wskazanych w uchwale senatu, w ramach których mniej niż połowa punktów ECTS objętych programem studiów może być uzyskiwana z bezpośrednim udziałem nauczycieli akademickich lub innych osób prowadzących zajęcia i studentów.

W związku z powyższym wnosimy o rozważenie naszej propozycji oraz deklarujemy współpracę w tym zakresie.

  
Zofia Małas

  
Prezes NRPiP



Ministerstwo Zdrowia  
Departament  
Pielęgniarek i Położnych

Warszawa, 28 maja 2020 r.

PPK.8110.40.2020.IG

Pani  
Zofia Małas  
Prezes  
Naczelnej Rady Pielęgniarek  
i Położnych

Szanowna Pani Prezes,

W odpowiedzi na korespondencję w sprawie wprowadzenia na czas epidemii doraźnych rozwiązań umożliwiających prowadzenie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych metodą e-learning, Departament Pielęgniarek i Położnych dziękuje za przekazane propozycje w tym zakresie.

Jednocześnie uprzejmie informuję, że zostały podjęte prace legislacyjne, mające na celu wprowadzenie zmian w przepisach prawa, które umożliwią na czas zagrożenia epidemicznego lub epidemii prowadzenie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych z wykorzystaniem metod i technik kształcenia na odległość.

*Z poważaniem,*

Greta Kanownik  
Dyrektor

*/dokument podpisany elektronicznie/*

# PLAN NOWYCH TERMINÓW PAŃSTWOWYCH EGZAMINÓW SPECJALIZACYJNYCH DLA SESJI WIOSENNEJ 2020 R.

L.p.	Dziedzina egzaminu	Liczba zdających	Liczba członków	Terminy egzaminów
1.	Pielęgniarstwo rodzinne dla położnych	64	4	15.06.2020 r.
2.	Pielęgniarstwo ratunkowe	76	4	19.06.2020 r.
3.	Pielęgniarstwo epidemiologiczne	69	4	17.06.2020 r.
4.	Pielęgniarstwo opieki paliatywnej	89	4	22.06.2020 r.
5.	Pielęgniarstwo pediatryczne	124	4	24.06.2020 r.
6.	Pielęgniarstwo opieki paliatywnej wg programów ramowych	1	4	26.06.2020 r.
7.	Pielęgniarstwo chirurgiczne wg programów ramowych	1	4	26.06.2020 r.
8.	Pielęgniarstwo psychiatryczne	170	6	29.06.2020 r.
9.	Pielęgniarstwo onkologiczne	180	6	01.07.2020 r.
10.	Pielęgniarstwo operacyjne	211	6	03.07.2020 r.
11.	Pielęgniarstwo rodzinne dla pielęgniarek	234	6	06.07.2020 r.
12.	Pielęgniarstwo neonatologiczne	271	8	08.07.2020 r.
13.	Pielęgniarstwo ginekologiczno - położnicze	423	10	10.07.2020 r.
14.	Pielęgniarstwo psychiatryczne wg programów ramowych	3	4	14.07.2020 r.
15.	Pielęgniarstwo zachowawcze wg programów ramowych	1	4	14.07.2020 r.
16.	Pielęgniarstwo anestezjologiczne i intensywnej opieki wg programów ramowych	1	4	14.07.2020 r.
17.	Pielęgniarstwo chirurgiczne	547	12	16.07.2020 r.
18.	Pielęgniarstwo internistyczne	659	14	21.07.2020 r.
19.	Pielęgniarstwo anestezjologiczne i intensywnej opieki	718	14	24.07.2020 r.

# WYKAZ PRIORYTETOWYCH DZIEDZIN SPECJALIZACJI

DLA PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH, KTÓRE BĘDĄ MOGŁY  
UZYSKAĆ DOFINANSOWANIE W 2020 R.

Z UWZGLĘDNIENIEM LICZBY MIEJSC SZKOLENIOWYCH  
I EDYCJI W WOJEWÓDZTWIE

Województwo	Liczba miejsc/ edycji	Lp.	Priorytetowe dziedziny szkoleń specjalizacyjnych dla pielęgniarek i położnych, które będą mogły uzyskać dofinansowanie w 2020 r.
dolnośląskie	200 / 8	1.	Pielęgniarstwo chirurgiczne dla pielęgniarek
		2.	Pielęgniarstwo internistyczne dla pielęgniarek
		3.	Pielęgniarstwo onkologiczne dla pielęgniarek
		4.	Pielęgniarstwo operacyjne dla pielęgniarek
		5.	Pielęgniarstwo opieki paliatywnej dla pielęgniarek
		6.	Pielęgniarstwo pediatryczne dla pielęgniarek
		7.	Pielęgniarstwo psychiatryczne dla pielęgniarek
		8.	Pielęgniarstwo ginekologiczno-położnicze dla położnych
		9.	R. Pielęgniarstwo anestezjologiczne i intensywnej opieki dla pielęgniarek REZERWA
		10.	R. Pielęgniarstwo neonatologiczne dla pielęgniarek i położnych REZERWA

# ZASADY ZAPOBIEGAJĄCE ROZPRZESTRZENIANIA SIĘ WIRUSA CoV-2

## WARUNKUJĄCE BEZPIECZEŃSTWO PODCZAS PRZEPROWADZANIA PAŃSTWOWEGO EGZAMINU SPECJALIZACYJNEGO

### Wytyczne dla osób przystępujących do egzaminu

1. Na egzamin może przyjść wyłącznie osoba zdrowa, bez objawów chorobowych sugerujących chorobę zakaźną takich jak: podwyższona temperatura ciała, katar, kaszel.
2. Zdający, nie może przyjść na egzamin, jeżeli przebywa w domu z osobą na kwarantannie lub izolacji w warunkach domowych albo sama jest objęta kwarantanną lub izolacją w warunkach domowych.
3. Podczas egzaminu na terenie obiektu mogą przebywać wyłącznie:
  - a) zdający
  - b) osoby zaangażowane w przeprowadzanie egzaminu, tj. członkowie PKE, pracownicy CKPPiP
  - c) inni pracownicy odpowiedzialni za utrzymanie obiektu w czystości, dezynfekcję, obsługę szatni itp.
  - d) pracownicy odpowiednich służb, np. medycznych, jeżeli wystąpi taka konieczność.
4. Na teren obiektu mogą wejść wyłącznie osoby **z zakrytymi ustami i nosem** (maseczką jedno- lub wielorazową, materiałem, przyłbicą - w przypadku osób, które ze względów zdrowotnych nie mogą zakrywać ust i nosa maseczką).
5. Przy wejściu do obiektu **umieszczony będzie płyn do dezynfekcji rąk wraz z informacją o obowiązkowym korzystaniu z niego przez wszystkie osoby wchodzące na teren obiektu.**
6. Płyn do dezynfekcji rąk będzie również dostępny w każdej sali egzaminacyjnej wraz z informacją na temat prawidłowej dezynfekcji rąk.
7. Osoby, przystępujące do egzaminu, w czasie oczekiwania na wejście do sali egzaminacyjnej zobowiązane są do zachowania odpowiedniego tzw. dystansu społecznego tj. minimum 2 metry oraz zakrywania ust i nosa.
8. Zdający który będzie potrzebował zostawić w szatni rzeczy osobiste – plecak, torbę, kurtkę, telefon itp. w celu zminimalizowania możliwości kontaminacji zobowiązany jest zabezpieczyć pozostawiane rzeczy w osłonie foliowej.

ta będzie odnotowywana w protokole egzaminacyjnym z podaniem danych personalnych tej osoby oraz przyczyną niedopuszczenia do egzaminu.

10. Podczas wchodzenia zdających do sali egzaminacyjnej członek PKE dokona identyfikacji zdającego na podstawie przedłożonego dokumentu tożsamości, może także poprosić o chwilowe odsłonięcie twarzy w celu zweryfikowania tożsamości (dla zachowania bezpieczeństwa będą zastosowane ekrany ochronne lub co najmniej 1,5-metrowy odstęp).
11. Stoły/lawki w sali egzaminacyjnej będą ustawione w taki sposób, aby pomiędzy zdającymi zachowany był co najmniej 2 -metrowy odstęp w każdym kierunku.
12. Członkowie PKE dodatkowo bezpośrednio przed rozpoczęciem egzaminu poinstruuja zdających na temat zasad dotyczących bezpieczeństwa epidemiologicznego podczas egzaminu, między innymi: przestrzegania zasad nie dotykania dłońmi okolic twarzy zwłaszcza ust, nosa i oczu, a także higieny kaszlu i oddychania. Podczas kaszlu i kichania należy zakryć usta i nos zgiętym łokciem lub chusteczką - jak najszybciej wyrzucić chusteczkę do zamkniętego kosza i umyć ręce, używając mydła i wody lub zdezynfekować je środkami na bazie alkoholu.
13. Zdający są zobowiązani zakrywać usta i nos do momentu zajęcia miejsca w sali egzaminacyjnej. Po zajęciu miejsca (w trakcie egzaminu) zdający może zdjąć maseczkę, ale ma obowiązek ponownie zakryć usta i nos, kiedy:
  - 1) podchodzi do niego członek PKE, aby odpowiedzieć na zadane przez niego pytanie
  - 2) wychodzi do toalety
  - 3) kończy pracę z arkuszem egzaminacyjnym i wychodzi z sali egzaminacyjnej.
14. Zaleca się aby osoby przystępujące do egzaminu od chwili wejścia na salę egzaminacyjną, aż do momentu jej opuszczenia zakrywali usta i nos oraz pozostawali w założonych rękawiczkach.
15. Jeśli do egzaminu przystępuje zdający chorujący na alergię albo inne schorzenie, którego objawami mogą być kaszel, katar lub łzawienie zobowiązany jest poinformować o tym fakcie Przewodniczącego Państwowej Komisji Egzaminacyjnej, aby nie interpretować takich objawów jako objawów „niepokojących”, o których mowa w pkt 1 i 9.
16. W trakcie egzaminu każdy zdający korzysta z własnego ołówka lub długopisu. Zdający nie mogą pożyczać przyborów od innych zdających.
17. Wszelkie formularze, karty odpowiedzi oraz testy egzaminacyjne rozdają oraz odbierają od zdających wyłącznie członkowie PKE lub przedstawiciele CKPPIP. Zabrania się zdającym przemieszczania w tym celu po sali egzaminacyjnej.
18. Potrzebę wyjścia do toalety, oddania materiałów egzaminacyjnych, zgłoszenia informacji związanej z samopoczuciem lub pytań związanych z przebiegiem egzaminu, zdający zgłaszają do PKE przez podniesienie ręki.



19. Przed rozpoczęciem egzaminu zdający zostaną poproszeni o podpisanie oświadczenia potwierdzającego, że zapoznali się **z wytycznymi dla osób przystępujących do państwowego egzaminu specjalizacyjnego**.
20. Jeżeli u zdającego zostaną zaobserwowane niepokojące objawy chorobowe, (podwyższona temperatura ciała, katar, kaszel) Przewodniczący PES podejmie czynności zapewniające odizolowanie zdającego w odrębnym pomieszczeniu lub wyznaczonym miejscu z zapewnieniem minimum 2 m odległości od innych osób.
21. Na terenie obiektu będzie wyznaczone i przygotowane pomieszczenie (wyposażone m.in. w środki ochrony osobistej i płyn dezynfekujący), w którym będzie można odizolować osobę w przypadku zaobserwowania niepokojących objawów chorobowych.
22. O zastosowanej izolacji Przewodniczący PKE informuje właściwą miejscowo stację sanitarno-epidemiologiczną, a w razie pogarszania się stanu zdrowia zdającego – także pogotowie ratunkowe. W przypadku gdy stan zdrowia nie wymaga interwencji zespołu ratownictwa medycznego, zdający powinien udać się do domu transportem indywidualnym, pozostać w domu i skorzystać z teleporady medycznej.
23. Zaleca się bieżące śledzenie informacji Głównego Inspektora Sanitarnego i Ministra Zdrowia, dostępnych na stronach [gis.gov.pl](https://gis.gov.pl) lub <https://www.gov.pl/web/koronawirus/>, a także obowiązujących przepisów prawa.

*Opracowanie: CKPPIP w oparciu o wytyczne Głównego Inspektora Sanitarnego*

Beata Guzak

Dyrektor

/dokument podpisany elektronicznie/

Warszawa 27.05.2020 r.



## Rektor

### Wyższej Szkoły Medycznej w Legnicy zatrudni:

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

#### Dodatkowe wymagania:

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

#### Mile widziane:

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

### **Osobie zatrudnionej gwarantujemy rodzinne mieszkanie służbowe.**

Osoby zainteresowane prosimy o składanie ofert zawierających życiorys / kwestionariusz osobowy na adres e-mail [kadry@wsmlegnica.pl](mailto:kadry@wsmlegnica.pl)



**OKRĘGOWA IZBA  
PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH  
w Wałbrzychu**

**ETYKA  
PIEŁĘGNIARKI I POŁOŻNEJ**

**SPRAWIEDLIWOŚĆ  
BEZINTERESOWNOŚĆ  
RÓWNOŚĆ**  
profesjonalizm

**GODNOŚĆ  
ODPOWIEDZIALNOŚĆ  
KOMPETENCJA**  
doradzaj  
informuj  
edukuj  
podnoś kwalifikacje

**CIERPLIWOŚĆ  
ŻYCZLIWOŚĆ  
SZACUNEK**  
uśmiechnij się

**PRAWDA  
ODWAGA**  
nade wszystko

**ZAUFANIE**  
zrób coś dobrego,  
nie krzywdź



Czasami można wyleczyć.  
Często złagodzić dolegliwości,  
pielęgnować trzeba zawsze.

Edward L. Trudeau

