

Spis Treści

1. KOMUNIKATY :

Rozporządzenie przedłużające tzw. Pakiet Szumowskiego do końca 2020r.	3
Informacja z Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych	3
Pisma Wojewody Łódzkiego w sprawie zgłaszania gotowości do podjęcia opieki nad osobami w sytuacji bezpośredniego zagrożenia zakażeniem koronawirusem	4 – 5
Pismo z Naczelnej Rady Adwokackiej informujące o bezpłatnej pomocy prawnej	6
Pismo z Ministerstwa Zdrowia w sprawie ograniczenia miejsc pracy	7
Pismo z Ministerstwa Zdrowia w sprawie teleporady pielęgniarskiej	8
Apel samorządów zawodów medycznych z dnia 1 kwietnia 2020 r. do Prezesa Rady Ministrów o objęcie personelu medycznego udzielającego świadczeń zdrowotnych w okresie epidemii ochroną ubezpieczeniową od następstw nieszczęśliwych wypadków	9
Stanowisko nr 34 Prezydium NRPiP w sprawie uznania choroby zakaźnej wywołanej u pielęgniarki lub położnej wirusem SARS-CoV-2 za chorobę zakaźną – odpowiedź Ministerstwa Zdrowia	10 – 12
Pismo do Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej w sprawie problemów zgłaszanych przez pielęgniarki zatrudnione w DPS – odpowiedź MRPiPS	13 – 16
Apel Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 26 marca 2020 roku w sprawie projektu ustawy o zmianie niektórych ustaw w zakresie systemu ochrony zdrowia związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19	16 – 17
Opinia prawna w zakresie dopuszczalności wykonywania świadczeń przewidzianych dla zawodu pielęgniarki przed zdaniem egzaminu państwowego przez studentów szkół pielęgniarskich	18 – 21
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	21 – 30
SOS – pomoc psychologiczna dla pielęgniarek i położnych w czasie pandemii	30
Co zrobić, kiedy dostanę skierowanie od wojewody do pracy przy zwalczaniu epidemii COVID-19? Wskazówki dla pielęgniarki, położnej	31 – 35
Komunikat Ministerstwa Zdrowia zawierający szczegółowe informacje na temat trybu, sposobu oraz warunków kierowania osób do pracy przy zwalczaniu epidemii	36 – 39
Zmiany przepisów prawnych dla pielęgniarek i położnych w czasie epidemii COVID-19 ...	40
Wytoczne postępowania dla pielęgniarek mających kontakt z osobą zakażoną SARS-CoV-2	41
Zalecenia w stanie epidemii wirusa SARS-CoV-2 wywołującego chorobę COVID-19 dla położnych rodzinnych/położnych poz	41 – 46
SARS-COV-2: zalecenia dla instrumentariuszek i pielęgniarek operacyjnych	46 – 47

Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego Beata Ostrzycka. Wytyczne do stosowania przez pielęgniarki POZ w czasie epidemii wirusa SARS-CoV-2	47 – 50
Zalecenia dla Zespołu Domowej Opieki Paliatywnej/Hospicjum Domowego i Poradni Medycyny Paliatywnej w stanie epidemii wirusa SARS-CoV-2 wywołującego chorobę COVID-19	51 – 55
Damian Czarnecki - Konsultant krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego - Bieżące i wybrane zalecenia w opiece pielęgniarstwie w psychiatrii i leczeniu uzależnień ..	55 – 57
Stanowisko specjalistyczne – pielęgniarstwo diabetologiczne. Wybrane i wskazane zalecenia postępowania dla pielęgniarek/położnych pracujących z pacjentami chorymi na cukrzycę	58 – 63
Zalecenia dotyczące organizacji procesu udzielania świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej w związku ze stanem epidemii i ryzykiem zakażeń wirusem SARS-CoV-2 i zachorowań na COVID-19	63 – 66
Zalecenia postępowania dla pielęgniarek ratunkowych w związku z ogłoszeniem stanu epidemii w Polsce i stale rosnącą liczbą zachorowań na COVID-19 – chorobę wywołaną przez wirusa SARS-CoV-2	66 – 69
Wytyczne zespołu konsultantów w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego w zakresie działań mających na celu zapobieganie rozprzestrzeniania się zakażeń SARS-CoV-2 w środowisku szpitalnym	69 – 73
Zalecenia krajowego konsultanta w dziedzinie chorób zakaźnych z dnia 6.04.2020 dotyczące stosowania środków ochrony osobistej oraz sposób organizacji pomieszczeń, w których udzielana jest pomoc medyczna dla pacjentów z podejrzeniem COVID-19	74
Definicja przypadku na potrzeby nadzoru nad zakażeniami ludzi nowym koronawirusem SARS-CoV-2	74 – 75
Wybrane zalecenia postępowania w oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii z pacjentami z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem koronawirusem SARS-CoV-2	76 – 78
Rekomendacja dla pielęgniarstwiej kadry zarządzającej szpitalami w zakresie podjęcia działań przygotowujących pielęgniarki do opieki nad chorymi leczonymi w oddziałach intensywnej terapii w sytuacji rozwoju epidemii COVID-19	79
Zalecenia PTEiLChZ, Konsultanta w dziedzinie chorób zakaźnych i Głównego Inspektora Sanitarnego dotyczące postępowania z chorymi zakażonymi SARS-CoV-2, którzy nie wymagają hospitalizacji	80
Zalecenia dla pacjenta z dodatnim wynikiem badania w kierunku koronawirusa ze wskazaniem do izolacji w warunkach domowych	81 – 82
Dofinansowanie do komputerów przenośnych dla pielęgniarek i położnych	83
Uruchomiono platformę, dzięki której uzyskasz teleporadę pielęgniarstwą	83
Pielęgniarki i położne będą obsługiwane w aptekach poza kolejnością	84
Bezpłatne korepetycje on-line dla dzieci pracowników medycznych	84
2. Z ŻAŁOBNEJ KARTY	85

MAMY ROZPORZĄDZENIE PRZEDŁUŻAJĄCE TZW. PAKIET SZUMOWSKIEGO DO KOŃCA 2020 ROKU!

To dla nas bardzo istotna informacja. Mimo kryzysowej sytuacji, koncentrowania sił na walce z pandemią koronawirusa, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych oraz Ogólnopolski Zawodowy Pielęgniarek i Położnych wnioskowały do Ministra Zdrowia o podjęcie działań, które zagwarantują kontynuację wypłaty środków przeznaczonych dla pielęgniarek po 31 marca 2020 r. W Dzienniku Ustaw opublikowano właśnie Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 marca 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Wchodzi ono w życie 1 kwietnia 2020 r. i przedłuża działanie OWU do 31 grudnia 2020 r.

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

Zgodnie z par. 2 ust. 5. Dyrektor właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia jest obowiązany, w terminie 14 dni od dnia wejścia w życie niniejszego rozporządzenia do przedstawienia świadczeniodawcy posiadającego umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna, zmiany umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, obejmującej wysokość dodatkowych środków na świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez pielęgniarki i położne w okresie od dnia 1 kwietnia 2020r. do dnia 31 grudnia 2020r., w sposób gwarantujący wypłatę kwot, o których mowa w § 4 ust.6 pkt 3 i § 4a rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2015r.

Informacja z Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych z dnia 1 kwietnia 2020 r.

W związku z licznymi pytaniami dotyczącymi możliwości zastosowania metod kształcenia na odległość oraz informacjami o planowaniu i uruchamianiu przez niektórych organizatorów kształcenia podyplomowego dla pielęgniarek i położnych z wykorzystaniem metody online, Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych informuje, że kształcenie w ramach szkoleń specjalizacyjnych, kursów kwalifikacyjnych i kursów specjalistycznych prowadzone jest na podstawie programów kształcenia zatwierdzonych przez Ministra Zdrowia, które nie przewidują kształcenia online.

Jednocześnie Centrum informuje, że w związku z zaistniałą sytuacją, w trybie pilnym dokonano zmian legislacyjnych polegających na wprowadzeniu do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych, przepisów umożliwiających wydłużenie czasu trwania specjalizacji, kursu kwalifikacyjnego i kursu specjalistycznego. Powyższe zmiany zostały opublikowane w drodze rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 marca 2020 r. *zmieniającego rozporządzenie w sprawie kształcenia podyplomowego* (Dz. U. poz. 458).

Zaproponowane rozwiązanie umożliwia czasowe wstrzymanie rozpoczętego kształcenia, a tym samym wydłużenie czasu jego trwania, co obecnie, w obliczu ogromnego zaangażowania kadry pielęgniarskiej w realizację zadań zawodowych, wydaje się być działaniem jak najbardziej racjonalnym.

Ponadto informujemy, że w zależności od rozwoju sytuacji epidemiologicznej związanej z rozprzestrzenianiem się koronawirusa, Centrum będzie inicjowało kolejne rozwiązania legislacyjne wychodzące naprzeciw potrzebom szkoleniowym pielęgniarek i położnych.

dr n. med. Beata Guzak- Dyrektor
Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych



WOJEWODA ŁÓDZKI

Łódź, 14 kwietnia 2020 r.

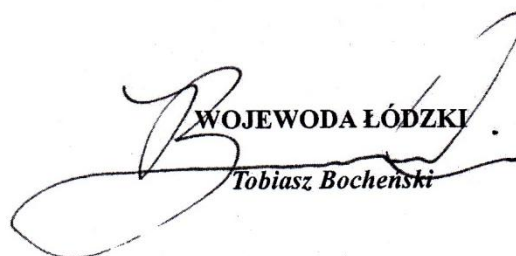
**Panie
Pielęgniarki i Położne
w województwie łódzkim**

*Szanowne Panie Pielęgniarki i Położne,
Szanowni Państwo,*

epidemia choroby wywołanej koronawirusem SARS-CoV-2 stawia przed nami niespotykane dotąd wyzwania. Zarówno osoby odpowiedzialne za państwo i jego struktury, pełniące służbę w różnych formacjach antykryzysowych, jak i przede wszystkim pracownicy służby zdrowia, a wśród nich zwłaszcza Pielęgniarki i Położne, stają wobec ogromnych potrzeb i oczekiwań społeczeństwa. Wiele z tych osób staje wobec realnego zagrożenia własnego zdrowia i życia, a w konsekwencji także bezpieczeństwa swoich bliskich. Mimo często bardzo trudnych warunków pracy, daje się zauważyć bezprzykładne zaangażowanie większości tych osób w profesjonalne i zdyscyplinowane działania na rzecz ograniczenia epidemii oraz opiekę nad chorymi i będącymi w potrzebie. Wszystkim Pielęgniarkom i Położnym za to bardzo dziękuję!

Znaleźliśmy się wszyscy w sytuacji, której nie sposób było przewidzieć. Dlatego tak ważna jest gotowość do podejmowania niezbędnych a niestandardowych działań. W związku z epidemią w wielu placówkach opieki zdrowotnej i pomocy społecznej występują nagłe niedobory kadry pielęgniarskiej. Niejednokrotnie, w związku z czasową niezdolnością do pracy spowodowaną chorobami, izolacją lub kwarantanną Pielęgniarek dochodzi do krytycznych sytuacji w zakresie opieki nad pacjentami. W tej sytuacji proszę Państwa o zgłaszanie swojej gotowości do podjęcia pracy w takich jednostkach do Wojewódzkiego Centrum Zarządzania Kryzysowego (wczk@lodz.uw.gov.pl). Z takiej grupy Pielęgniarek i Położnych chętnych do podjęcia się pomocy w miejscach szczególnie zagrożonych brakiem personelu pozwolę sobie korzystać w pierwszej kolejności. Z góry dziękuję!

Z wyrazami szacunku,


WOJEWODA ŁÓDZKI
Tobiasz Bocheński

ŁÓDZKI URZĄD WOJEWÓDZKI W ŁODZI

90-926 Łódź, ul. Piotrkowska 104, tel.: (+48) 42 664 10 00, fax: (+48) 42 664 10 40Elektroniczna Skrzynka Podawcza ePUAP: /lodzuw/skrzynka
www.lodzkie.eu

Administratorem danych osobowych jest Wojewoda Łódzki. Dane przetwarzane są w celu realizacji czynności urzędowych. Masz prawo do dostępu, sprostowania, ograniczenia przetwarzania danych. Więcej informacji znajdziesz na stronie www.lodzkie.eu w zakładce ochrona danych osobowych.



WOJEWODA ŁÓDZKI

Łódź, 16 kwietnia 2020 r.

WPLYNEŁO
dnia 17.04.2020
Ldz 110/20
podpis..... *Bocheński*

Pani

Anna Augustyniak

Przewodnicząca Okręgowej Rady

Pielęgniarek i Położnych Ziemi Sieradzkiej

Szanowna Pani Przewodnicząca,

W związku z pilną potrzebą dodatkowego zaangażowania pielęgniarek i położnych do pracy przy bezpośrednim zwalczaniu epidemii zakażeń wirusem SARS-CoV-2 zwracam się z uprzejmą prośbą o przekazanie Członkom Izby naszego zapytania o gotowość podjęcia się tego zadania, a następnie przekazywanie do urzędu wojewódzkiego zebranych przez Izbę zgłoszeń.

Z uwagi na obecną sytuację proszę o przekazanie ww. zgłoszeń do poniedziałku 20 kwietnia br., do końca dnia, drogą mailową na adres wczk@lodz.uw.gov.pl, a także o ich dalsze sukcesywne dosyłanie urzędowi po tym terminie wraz z napływaniem kolejnych deklaracji.

W przypadku pozytywnego odzewu ze strony środowiska pielęgniarek i położnych, skierowanie do pracy przy zwalczaniu epidemii będzie realizowane na podstawie 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.). Proszę w związku z tym o zwrócenie uwagi na warunki określone w art. 47 ust. 3 ustawy wskazujące, które osoby nie podlegają skierowaniu do pracy niosącej ryzyko zakażenia przy zwalczaniu epidemii.

Osoby gotowe podjąć pracę przy bezpośrednim zwalczaniu zakażeń wirusem SARS-CoV-2 mogą uzyskać szczegółowe informacje pod numerem telefonu: 42 664 14 17 lub kierując zapytania drogą mailową na adres: wczk@lodz.uw.gov.pl

Liczę na pozytywny odzew tych Członków Izby, którzy mogą podjąć się tego zadania.

Z wyrazami szacunku,

WOJEWODA ŁÓDZKI
Tobiasz Bocheński

ŁÓDZKI URZĄD WOJEWÓDZKI W ŁÓDZI

90-926 Łódź, ul. Piotrkowska 104, tel.: (+48) 42 664 10 00, fax: (+48) 42 664 10 40Elektroniczna Skrzynka Podawcza ePUAP: /lodzuw/skrytka
www.lodzkie.eu

Administratorem danych osobowych jest Wojewoda Łódzki. Dane przetwarzane są w celu realizacji czynności urzędowych. Masz prawo do dostępu, sprostowania, ograniczenia przetwarzania danych. Więcej informacji znajdziesz na stronie www.lodzkie.eu w zakładce ochrona danych osobowych.



NACZELNA RADA ADWOKACKA

ul. Świętojerska 16, 00-202 Warszawa
tel. +48 22 505 25 00, + 48 22 505 25 01, fax +48 22 505 25 08
e-mail: nra@nra.pl www.adwokatura.pl

Warszawa, 18 kwietnia 2020 r.

Pani
Zofia Małas
Prezes
Naczelnej Rady Pielęgniarek
i Położnych

NRA.55-7.1.2020

Szanowna Pani Prezes,

W związku z informacjami o nakładaniu kar pieniężnych przez wojewodów na pielęgniarki, które nie wykonały postanowienia o stawieniu się do pracy w DPS-ach, a także w związku z informacją Ministra Sprawiedliwości o planowanym wszczęciu przez prokuraturę w niektórych z tych spraw postępowań przygotowawczych, raz jeszcze chcę podkreślić, że od początku wprowadzenia stanu epidemii, adwokaci w całej Polsce zgłosili gotowość bezpłatnej pomocy prawnej pracownikom służby zdrowia.

Zapewniam Panią Prezes, że wszystkie osoby, które w związku z tą sytuacją będą potrzebowały pomocy prawnej i zwrócą się do Okręgowych Rad Adwokackich lub Naczelnej Rady Adwokackiej (tel. 22 505 25 02), otrzymają ją bezpłatnie.

Proszę o przekazanie tej informacji zainteresowanym osobom.

Adw. Jacek Trela
Prezes Naczelnej Rady Adwokackiej



Minister Zdrowia

Warszawa, 25 marca 2020 r.

ZPN.60.3.2020

**Sz. P. Pracownicy sektora
ochrony zdrowia**

Szanowni Państwo!

W związku z rozprzestrzenianiem się zakażeń koronawirusem SARS-CoV-2 i odnotowywanym wzrostem zachorowań na COVID-19, również z ryzykiem zawodowym pracowników sektora ochrony zdrowia, proszę by w przypadku wykonywania pracy w kontakcie z osobami ze zdiagnozowanym zakażeniem albo z podejrzeniem zakażenia powstrzymać się od wykonywania pracy z innymi pacjentami, w innych podmiotach leczniczych czy jednostkach organizacyjnych systemu ochrony zdrowia. Pracownikom, którzy nie mają bezpośredniego kontaktu z takimi grupami pacjentów, zaleca się ograniczenie liczby miejsc wykonywanej pracy. Zadaniem ochrony zdrowia jest ograniczenie potencjalnych kanałów transmisji zakażeń.

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

Z poważaniem,

Józefa Szczurek-Żelazko
Sekretarz Stanu

/dokument podpisany elektronicznie/

Ministerstwo Zdrowia Telefon : (22) 634 93 26
ul. Miodowa 15 e-mail: kancelaria@mz.gov.pl
00-952 Warszawa www.mz.gov.pl

niepodległa





Ministerstwo Zdrowia

Podsekretarz Stanu

Janusz Cieszyński

Warszawa, 27 marca 2020 r.

.EZD

Pani
Zofia Małas
Prezes Naczelnej Rady
Pielęgniarek i Położnych

Szanowna Pani Prezes,

W odpowiedzi na pismo z dnia 26.03.2020 r. (NIPiP-NRPiP-OIE.060.116.2020) dotyczące rządowego projektu ustawy o zmianie niektórych ustaw w zakresie systemu ochrony zdrowia związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 (druk sejmowy 301), w odniesieniu do poruszonej kwestii teleporad pielęgniarskich, pragnę zauważyć, że projekt ustawy już w obecnym brzmieniu przewiduje możliwość ich udzielania. Wynika to z projektowanej zmiany art. 7 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), gdzie w dodanym ust. 11 wskazuje się iż „Teleporady, o których mowa w ust. 4 mogą być również udzielane przez podmioty wykonujące działalność leczniczą. Przepisy ust. 4 – 9 stosuje się odpowiednio.”. W konsekwencji, pielęgniarska wykonująca zawód np. w formie praktyki indywidualnej, będzie mogła udzielać teleporad za pośrednictwem platformy telemedycznej udostępnionej przez CSIOZ.

Ponadto, NFZ prowadzi prace nad zmianą zarządzenia Prezesa NFZ nr 32/2020/DSOZ w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, gdzie przewiduje się dodanie teleporady pielęgniarskiej do listy ww. świadczeń.

Jednocześnie pragnę podkreślić, że Ministerstwo Zdrowia docenia ważną rolę pielęgniarek w systemie ochrony zdrowia, a także ich zaangażowanie i poświęcenie w niesieniu pomocy chorym, szczególnie w tak wymagającej sytuacji jak obecna.

Z poważaniem,

Janusz Cieszyński Podsekretarz Stanu

/dokument podpisany elektronicznie/

Ministerstwo Zdrowia Telefon: (22) 63 49 828
ul. Miodowa 15 e-mail: kancelaria@mz.gov.pl
00-952 Warszawa www.mz.gov.pl

niepodlega





APEL
samorządów zawodów medycznych
z dnia 1 kwietnia 2020 r.
do Prezesa Rady Ministrów
o objęciu personelu medycznego udzielającego świadczeń zdrowotnych w okresie
epidemii ochroną ubezpieczeniową od następstw nieszczęśliwych wypadków

Samorzady zawodów medycznych apelują do Prezesa Rady Ministrów o zapewnienie na koszt państwa ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków personelu medycznego udzielającego wszelkich świadczeń zdrowotnych w okresie epidemii, w przypadku zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2, doznania uszczerbku na zdrowiu lub poniesienia śmierci w następstwie zakażenia.

Ryzyko uszczerbku na zdrowiu, a nawet utraty życia, jakie przyjmują na siebie w pierwszej kolejności lekarze, lekarze dentyści, pielęgniarki i położne, diagnostyci laboratoryjni, fizjoterapeuci, farmaceuci, ratownicy medyczni a także inny personel medyczny zaangażowany w niesienie pomocy pacjentom w okresie epidemii koronawirusa SARS-CoV-2 wymaga natychmiastowych działań osłonowych, które powinny zapewnić niezbędne wsparcie finansowe na wypadek zachorowania lub śmierci.

Podpisane w ostatnich dniach porozumienie Ministra Zdrowia z Prezesem PZU S.A. niestety obejmuje tylko osoby z wytypowanych szpitali jednoimiennych –dedykowanych do opieki nad zakażonymi koronawirusem SARS-CoV-2, podczas gdy ryzykiem objęte są wszystkie osoby z personelu medycznego udzielające świadczeń zdrowotnych w innych podmiotach wykonujących działalność leczniczą.

Z uwagi na rozszerzający się zasięg epidemii, bezobjawowy przebieg zakażenia u zdecydowanej większości osób oraz konieczność zapewnienia ciągłej opieki medycznej w ramach systemu ochrony zdrowia, adekwatne zabezpieczenie finansowe personelu medycznego i ich rodzin na wypadek zakażenia lub śmierci będącej jego następstwem jest warunkiem koniecznym dla bezpieczeństwa zdrowotnego całego społeczeństwa.

Zofia Małas
Prezes

Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

Alina Niewiadomska
Prezes

Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych

Prezes

Naczelnej Rady Aptekarskiej

Elżbieta Piotrowska-Rutkowska

Andrzej Matyja
Prezes

Naczelnej Rady Lekarskiej

Maciej Krawczyk
Prezes

Krajowej Izby Fizjoterapeutów

Stanowisko nr 34
Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
z dnia 1 kwietnia 2020 r.

w sprawie uznania choroby zakaźnej wywołanej u pielęgniarki lub położnej wirusem SARS-CoV-2 za chorobę zawodową

W związku z ogłoszeniem stanu epidemii w Polsce i stale rosnącą liczbą zachorowań na COVID-19, w tym pielęgniarek i położnych - Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych wnioskuje o uznanie choroby zakaźnej wywołanej u pielęgniarki lub położnej wirusem SARS-CoV-2 za chorobę zawodową spowodowaną działaniem czynników szkodliwych dla zdrowia występujących w środowisku pracy albo w związku ze sposobem wykonywania pracy.

Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych zwraca się do Prezesa Rady Ministrów o dokonanie zmian legislacyjnych polegających na wyszczególnieniu choroby zawodowej wywołanej wirusem SARS-COV-2 w załączniku do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 30 czerwca 2009 r. w sprawie chorób zawodowych (Dz. U. 2009 r. Nr 105, poz. 869).

Samorząd pielęgniarek i położnych reprezentując pielęgniarki i położne walczące z epidemią koronawirusa w szpitalach, domach pacjenta, domach pomocy społecznej - zaznacza, iż są one na pierwszej linii frontu, gdzie zmagają się z nieprzygotowaniem podmiotów leczniczych do walki z epidemią i brakami środków dezynfekcyjnych oraz ochrony osobistej. W związku ze stanem epidemii wynikającym z zagrożenia rozprzestrzeniania się zakażeń wirusem SARS-CoV-2 i koniecznością wprowadzenia szczególnych rozwiązań umożliwiających podejmowanie działań minimalizujących zagrożenie dla zdrowia publicznego, pielęgniarki i położne realizujące świadczenia zdrowotne we wszystkich zakresach opieki zdrowotnej są najbardziej zagrożone zakażeniem wirusem SARS-CoV-2.

Aktualnie odpowiedzialność jaka spoczywa na pielęgniarkach i położnych wykonujących zawód uzasadnia uznanie choroby zakaźnej wywołanej wirusem SARS-CoV-2 za chorobę zawodową, która spowodowana została działaniem czynników szkodliwych dla zdrowia występujących w środowisku pracy albo w związku ze sposobem wykonywania pracy.

W związku z powyższym Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych kieruje swoje stanowisko do Prezesa Rady Ministrów oczekując podjęcia wszelkich niezbędnych kroków, aby zapewnić pielęgniarkom i położnym narzędzia i ochronę prawną służącą do łagodzenia ryzyka opieki nad pacjentami i ewentualnych konsekwencji zdrowotnych wynikających z zarażenia się koronawirusem.

Sekretarz NRPIP



Joanna Walewander

Prezes NRPIP



Zofia Małas



Minister Zdrowia

Warszawa, 21 kwietnia 2020

ZPM.6131.23.2020.MS

Pani
Zofia Małas
Prezes
Naczelnej Rady Pielęgniarek
i Położnych

Szanowna Pani Prezes,

w odpowiedzi na stanowisko nr 34 Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 1 kwietnia 2020 r. w sprawie uznania choroby zakaźnej wywołanej u pielęgniarki lub położnej wirusem SARS-CoV-2 za chorobę zakaźną uprzejmie proszę o przyjęcie poniższego.

Zgodnie z art. 235¹ ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy (Dz. U. z 2019 r. poz. 1040, z późn. zm.), za chorobę zawodową uznaje się chorobę, wymienioną w wykazie chorób zawodowych, jeżeli w wyniku oceny warunków pracy można stwierdzić bezspornie lub z wysokim prawdopodobieństwem, że została ona spowodowana działaniem czynników szkodliwych dla zdrowia występujących w środowisku pracy albo w związku ze sposobem wykonywania pracy. Wykaz chorób zawodowych wraz z okresem, w którym wystąpienie udokumentowanych objawów chorobowych upoważnia do rozpoznania choroby zawodowej pomimo wcześniejszego zakończenia pracy w narażeniu zawodowym określa załącznik do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 30 czerwca 2009 r. w sprawie chorób zawodowych (Dz. U. z 2013 r. poz. 1367). W pkt 26 tego wykazu jako chorobę zawodową wpisano - choroby zakaźne lub pasożytnicze albo ich następstwa.

W świetle art. 2 pkt 3 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2019 r. poz. 1239, z późn. zm.), zwanej

Ministerstwo Zdrowia Telefon: (22) 63 49 460
ul. Miodowa 15 e-mail: kancelaria@mz.gov.pl
00-952 Warszawa www.mz.gov.pl

niepodległa



dalej „ustawą”, choroba zakaźna to choroba, która została wywołana przez biologiczny czynnik chorobotwórczy.

Natomiast, zgodnie z art. 3 ust. 1 ustawy, załącznik do ustawy określa wykaz zakażeń i chorób zakaźnych do których mają zastosowanie przepisy ustawy. Ponadto przepis art. 3 ust. 2 ustawy upoważnia ministra właściwego do spraw zdrowia do ogłoszenia, w drodze rozporządzenia, innych zakażeń lub choroby zakaźnej niż wymienione w ww. załączniku do ustawy, w przypadku zaistnienia określonych okoliczności. Do zakażeń lub chorób zakaźnych ogłoszonych w drodze rozporządzenia, o którym mowa wyżej, stosuje się przepisy ustawy. Na podstawie art. 3 ust. 2 ustawy zostało wydane rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2020 r w sprawie w sprawie zakażenia koronawirusem SARS-COV-2 (Dz.U. poz. 325), w świetle którego, zakażenie koronawirusem SARS-CoV-2 zostało objęte przepisami o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.

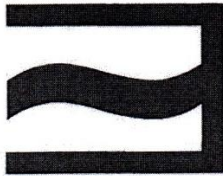
A zatem zarówno wykaz zakażeń i chorób zakaźnych stanowiący załącznik do ustawy jak i objęcie przepisami ustawy innego zakażenia czy choroby zakaźnej w drodze rozporządzenia Ministra Zdrowia nie stanowi zamkniętego katalogu tych zakażeń czy chorób zakaźnych w celu orzekania o chorobie zawodowej, o której mowa w art. 235¹ Kodeksu pracy. Odniesienie w załączniku do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 30 czerwca 2009 r w sprawie chorób zawodowych w sposób ogólny do chorób zakaźnych wskazuje na ich rozumienie zgodnie z definicją zawartą w ww. art. 2 pkt 3 ustawy, przy uwzględnieniu narażenia zawodowego.

W świetle powyższego brak jest uzasadnienia na wprowadzenie proponowanej zmiany w przepisach prawa powszechnie obowiązującego, gdyż zgodnie z obowiązującymi przepisami Covid 19 jest chorobą zakaźną. Stwierdzenie choroby zawodowej w przypadku Covid 19 będzie odbywało się na takich samych zasadach jak w przypadku innych chorób zakaźnych.

Z poważaniemz upoważnienia
Ministra Zdrowia Józefa Szczurek-Żelazko

Sekretarz Stanu

/dokument podpisany elektronicznie/



NACZELNA IZBA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

NIPiP-NRPiP-DS.015.55.2020

Warszawa, 8 kwietnia 2020 r.

Pani

Marlena Małąg

Minister Rodziny, Pracy

i Polityki Społecznej

Szanowna Pani Minister

W związku z sytuacją związaną z rozprzestrzenianiem się koronawirusa, która wymaga od pielęgniarek i położnych oraz innych pracowników sprawujących opiekę nad osobami w Domach Pomocy Społecznej wiele wysiłku i pracy, aby sprostać tak poważnemu wyzwaniu w imieniu Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych pragnę zasygnalizować następujące problemy zgłaszane przez pielęgniarki z DPS.

Problemy te dotyczą przede wszystkim braku zabezpieczenia w odpowiednie środki ochrony osobistej, które są niezbędne podczas wykonywania zabiegów oraz sprawowania bezpośredniej opieki nad mieszkańcami, którzy mogą być zarażeni lub stanowią źródło zakażenia koronawirusem (SARS-CoV-2) w danej placówce. Kolejnym zgłaszanym sygnałem są braki kadrowe pielęgniarek, co również jest bardzo niepokojące z uwagi na konieczność podejmowania działań zgodnie z wytycznymi wydanymi przez Głównego Inspektora Sanitarnego w przypadku wykrycia zakażenia lub kontaktu z osobą zakażoną.

Z uwagi na bezpieczeństwo zdrowotne podopiecznych oraz pielęgniarek i położnych pracujących w Domach Pomocy Społecznej zwracam się zatem z uprzejmą prośbą o zabezpieczenie personelu pielęgniarskiego w środki dezynfekcyjne oraz środki ochrony osobistej.

NRPiP widzi jak wiele ważnych działań przez Panią Minister zostało już podjętych, aby stworzyć bezpieczne warunki w tym trudnym okresie dla osób niepełnosprawnych, niesamodzielnych i seniorów wymagających pomocy osób trzecich, ale konieczne jest podjęcie także dodatkowych działań zabezpieczających wobec pielęgniarek i położnych pracujących w DPS.

02-757 Warszawa, ul. Pory 78, lok. 10, tel.: (22) 327 61 61, fax (22) 327 61 60
www.nipip.pl, e-mail: nipip@nipip.pl

Jednocześnie w imieniu Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych deklaruję współpracę, aby w obecnej sytuacji organizacja wszystkich podmiotów odpowiedzialnych za zdrowie i życie była gwarantem bezpieczeństwa społecznego i dostarczała profesjonalnej opieki medycznej i społecznej osobom potrzebującym.

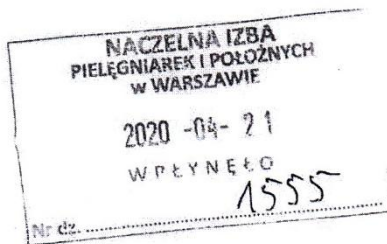
Z wyrazami szacunku
Zofia Małas

Z. Małas
Prezes NRPiP

MINISTERSTWO RODZINY, PRACY I POLITYKI SPOŁECZNEJ
DEPARTAMENT POMOCY I INTEGRACJI SPOŁECZNEJ
ul. Nowogrodzka 1/3/5, 00-513 Warszawa, tel. +48 22 661 12 77, fax +48 22 661 12 76
www.gov.p/rodzina, e-mail: sekretariat.dps@mrpips.gov.pl

DPS-V.070.199.2020.MZ

Warszawa, 9 kwietnia 2020 r.



Pani
Zofia Małas
Przewodnicząca
Naczelnej Izby
Pielęgniarek i Położnych

Szanowna Pani Przewodnicząca!

W odpowiedzi na pismo z dnia 8 kwietnia br., znak NIPiP-NIPiP-DS.015.55.2020 dotyczące sytuacji pielęgniarek zatrudnionych w domach pomocy społecznej, w kontekście zagrożeń rozprzestrzeniania się koronawirusa wirusa, uprzejmie proszę o przyjęcie następujących wyjaśnień.

W związku z obecną sytuacją epidemiczną w kraju priorytetem Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej jest zapewnienie stosownej pomocy i ochrony osobom niepełnosprawnym i niesamodzielnym, wymagającym wsparcia w codziennym funkcjonowaniu. W sposób szczególny traktowane są zagadnienia związane z bezpieczeństwem mieszkańców domów pomocy społecznej.

Dlatego też Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej pozostaje w stałym kontakcie z wojewodami, którzy na podstawie art. 22 ust. 8 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2019 r., poz. 1508, z późn. zm.) nadzorują realizację zadań samorządu gminnego, powiatowego i województwa, w tym nad jakością działalności jednostek organizacyjnych pomocy społecznej oraz nad jakością usług, dla których zostały określone standardy. Za pośrednictwem codziennie odbywających się videokonferencji z przedstawicielami służb wojewodów, tut. Ministerstwo monitoruje m.in. sytuację domów pomocy społecznej.

Na podstawie uzyskanych informacji i przekazanych uwag Ministerstwo przygotowuje wytyczne, instrukcje i rekomendacje dla wojewodów w sprawie postępowania w związku z zaistniałą sytuacją zagrożenia epidemiologicznego, które należy wziąć pod uwagę przy realizacji zadań z pomocy społecznej, w tym przy prowadzeniu domów pomocy społecznej.

Dotychczas wojewodom przekazane zostały instrukcje i rekomendacje Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, celem wysłania ich do wójtów, burmistrzów, prezydentów, starostów, w których uregulowane zostały następujące zagadnienia, związane z działalnością domów pomocy społecznej podczas stanu epidemii, w zakresie:

1. opuszczania domów pomocy społecznej poza teren budynku przez mieszkańców i odwiedzin osób z zewnątrz oraz przyjmowania nowych mieszkańców;
2. funkcjonowania domów pomocy społecznej;
3. postępowania w przypadku podejrzenia zarażeniem wirusem SARS-CoV-2 u mieszkańca placówki lub personelu domu;
5. kadry domów pomocy społecznej.

W przekazanych rekomendacjach zalecano zapewnienie ciągłości opieki medycznej i opieki pielęgniarstwa oraz wprowadzenie w razie potrzeby w domach pomocy społecznej rotacyjnego systemu pracy pracowników. Rekomendowano także zapewnienie obsługi medycznej i pielęgnacyjnej w dps przez osoby pracujące tylko w danej jednostce, gdyż łączenie etatów np. dps/szpital lub dps/poz bardzo zwiększa możliwość transmisji wirusa SARS-CoV-2.

Jednocześnie informuję, że wojewodowie monitorują także stan realizacji usług pielęgniarstwa w domach pomocy społecznej, przekazując stosowne informacje do tut. resortu.

Ponadto przeprowadzono szereg czynności w celu przekazania jednostkom organizacyjnym pomocy społecznej, w tym domom pomocy społecznej, środków ochrony osobistej. Na wniosek Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej Agencja Rezerw Materiałowych na podstawie art. 19 ust. 1, pkt 1 ustawy z dnia 29 października 2010 r. o rezerwach strategicznych, udostępniła z powyższych rezerw płyn do dezynfekcji rąk oraz maseczki trójwarstwowe, które zostały przekazane Wojewodom w celu ich rozdysponowania.

Do Wojewodów, w celu zaopatrzenia między innymi domów pomocy społecznej, trafił także płyn do dezynfekcji, który na prośbę tegoż resortu został przekazany przez KGHM. Ponowny wniosek Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej do Ministra

Zdrowia w sprawie przyznania środków ochrony dla placówek pomocy społecznej, w tym domów pomocy społecznej został już rozpatrzony pozytywnie.

Pozyskana pula środków zostanie rozdysponowana za pośrednictwem urzędów wojewódzkich do placówek zgłaszających zapotrzebowanie. W przypadku wystąpienia kolejnych potrzeb w tym zakresie podjęte zostaną dalsze działania w kierunku pozyskania stosownego zaopatrzenia tych jednostek.

Z poważaniem

Iwona Michałek

Sekretarza Stanu

w Ministerstwie Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej

/podpisano elektronicznie/

APEL

Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 26 marca 2020 roku w sprawie projektu ustawy o zmianie niektórych ustaw w zakresie systemu ochrony zdrowia związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

Wskazuje:

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

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

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

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

Na tym nie koniec środków przymusu, jakimi chce posłużyć się ustawodawca, by zmusić pielęgniarki i położne do pracy przy zwalczaniu epidemii. Zgodnie z projektem pielęgniarka czy położna, która zostanie przeniesiona do pracy na oddziale zakaźnym

nie będzie mogła wykonywać swoich obowiązków w innej placówce, w której jest zatrudniona. Należy zapytać, czy ustawodawca dostatecznie rozważnie rozeznał, czy w czasie epidemii występuje tylko ryzyko zachorowania na jedną chorobę? Czy ludzie przestają chorować na inne choroby w tym czasie? Czy pomoc pielęgniarek i położnych nie jest niezbędna także w innych miejscach.

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

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

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

W związku z tym żądamy:

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

Pragniemy także przypomnieć władzy publicznej, że :

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

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

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

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

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

Warszawa, 23 marca 2020 r.

OPINIA PRAWNA

w zakresie dopuszczalności wykonywania świadczeń przewidzianych dla zawodu pielęgniarki przed zdaniem egzaminu państwowego przez studentów szkół pielęgniarских

Zlecający: Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z siedzibą w Warszawie

Wykonawca :

Kancelaria Lazer&Hudziak Adwokaci i Radcowie Prawni S.K.A.
dr.hab. prof., nadzw. Dorota Karkowska, radca prawny, adwokat Joanna Lazer, Michał Waś, aplikant adwokacki

1. Podstawy prawne

1. Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej,
2. Ustawa z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie,
3. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 sierpnia 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań dotyczących kształcenia pielęgniarek i położnych,
4. Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 13 marca 2017 r. w sprawie klasyfikacji zawodów szkolnictwa zawodowego,
5. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami,
6. Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 7 sierpnia 2014 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania,
7. Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 13 grudnia 2016 r. w sprawie klasyfikacji zawodów szkolnictwa zawodowego,
8. Uchwała Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych Nr 136/VI/2013 z dnia 4 grudnia 2013 r. w sprawie przyjęcia katalogu czynności wykonywanych przez opiekuna medycznego u osoby chorej i niesamodzielnej na zlecenie i pod nadzorem pielęgniarki

2. Prawo wykonywania zawodu pielęgniarki

Wymagania do uzyskania prawa wykonywania zawodu pielęgniarki zostały uregulowane w ustawie o zawodach pielęgniarki i położnej. W myśl art. 7 ustawy zawód pielęgniarki może wykonywać osoba posiadająca prawo wykonywania zawodu stwierdzone albo przyznane przez właściwą okręgową radę pielęgniarek i położnych. Zgodnie z art. 28 ust. 1 tej ustawy do wykonywania zawodu pielęgniarki konieczne jest posiadanie dyplomu ukończenia polskiej szkoły pielęgniarской. Zaś kwalifikacje zawodowe do wykonywania zawodu pielęgniarki uzyskuje się po ukończeniu szkoły pielęgniarской (art. 52 ust. 1 ustawy).

Ustawa nie przewiduje możliwości przyznania ograniczonego prawa wykonywania zawodu dla absolwentów najwyższych roczników szkół pielęgniarских, czy osób które odbywają szkolenia zawodowe na ostatnim roku szkolenia.

Jednocześnie należy wskazać, że wprowadzenie tego rodzaju rozwiązań wymagałoby zmiany ustawy. Omawiana regulacja nie może być wprowadzona rozporządzeniem Ministra Zdrowia.

3. Praktyki studenckie

Wydaje się, że osoby, których dotyczy zapytanie mogłyby uczestniczyć pomocniczo w udzielaniu świadczeń medycznych jedynie w ramach praktyk studenckich odbywanych w podmiotach leczniczych w rozumieniu art. 54 ust. 1-3 ustawy w związku

z par. 4 pkt 5 Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowych wymagań dotyczących kształcenia pielęgniarek i położnych.
Odbycie takich praktyk wymaga umowy zawartej przez podmiot leczniczy z uczelnią.

4. Studenci studiów pielęgniarских jako opiekunowie medyczni

Zawód opiekuna medycznego jest ujęty w Rozporządzeniu Ministra Edukacji Narodowej z dnia 13 marca 2017 r. w sprawie kwalifikacji zawodów szkolnictwa zawodowego i zaliczany do klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy w ramach Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 7 sierpnia 2014 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych w załączniku nr 1 do uchwały Nr w sprawie przyjęcia katalogu czynności wykonywanych przez opiekuna medycznego u osoby chorej i niesamodzielnej na zlecenie i pod nadzorem pielęgniarki, ustaliła „katalog czynności wykonywanych przez opiekuna medycznego u osoby chorej i niesamodzielnej na zlecenie i pod nadzorem pielęgniarki”. Do katalogu tych czynności zaliczono :

- sianie łóżka z chorym
- toaleta jamy ustnej
- mycie głowy w łóżku
- toaleta całego ciała w łóżku
- toaleta całego ciała pod natryskiem
- toaleta całego ciała w wannie
- higiena intymna
- ułożenie pacjenta i zmiana pozycji ułożeniowej
- zmiana bielizny osobistej i pościelowej w łóżku
- toaleta przeciwoleżynowa
- zastosowanie udogodnień w łóżku
- zastosowanie materaca przeciwoleżynowego
- pomiar ciśnienia tętniczego krwi
- pomiar tętna
- pomiar temperatury
- pomiar oddechów
- pomiar masy ciała, pomiar wzrostu
- przygotowanie i założenie okładu zimnego suchego
- przygotowanie i założenie okładu zimnego wilgotnego
- przygotowanie i założenie okładu ciepłego suchego
- przygotowanie i założenie okładu ciepłego wilgotnego
- karmienie przez zgłębnik gastrostomie
- wymiana worka stomijnego
- założenie i zmiana cewnika zewnętrznego (nakładki na pracę wykonanej z miękkiego silikonu, przez którą spływa mocz do worka na mocz)
- wymiana worka na mocz
- wymiana worka zewnętrznego na stolec
- stawianie baniek próżniowych
- prowadzenie dobowej zbiórki moczu
- kontrola oddawania moczu i stolca
- wykonanie ćwiczeń biernych w łóżku
- pomoc w korzystaniu ze sprzętu rehabilitacyjnego
- pomoc w przygotowaniu pacjenta do badań diagnostycznych wykonywanych przez pielęgniarkę
- asystowanie pielęgniarce podczas wykonywania zabiegów pielęgniarских
- asystowanie pielęgniarce w zastosowaniu przymusu bezpośredniego.

Wykluczone jest zatrudnianie osób objętych zapytaniem z obowiązkami właściwymi dla opiekuna medycznego. Jest to bowiem wyodrębniony zawód medyczny, do którego wykonywania jest przewidziany wymóg posiadania tytułu zawodowego higienistki szpitalnej lub asystentki pielęgniarской lub ukończenie zasadniczej szkoły zawodowej publicznej lub niepublicznej o uprawnieniach szkoły publicznej lub szkoły policealnej

publicznej lub niepublicznej o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskanie dyplomu potwierdzającego kwalifikacje zawodowe w zawodzie opiekun medyczny (poz. 133 i 134 załącznika do Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami).

5. Wolontariat

Zgodnie z art. 42 ust. 1 pkt 4 ustawy o organizacjach pożytku publicznego i wolontariacie można świadczyć wolontariat nieodpłatnie na rzecz podmiotów prowadzących działalność leczniczą. Zgodnie z art. 44 ust. 1, 2 i 4 ustawy o organizacjach pożytku publicznego i wolontariacie, jeżeli świadczenie wolontariusza miałooby trwać dłużej niż 30 dni powinna być w tym zakresie zawarta umowa pisemna. W pozostałych wypadkach, na żądanie wolontariusza, korzystający (podmiot leczniczy) jest zobowiązany potwierdzić warunki wykonywania wolontariatu.

Przedmiotem umowy o wolontariat nie mogą być jednak świadczenia przewidziane dla wykonywania zawodu pielęgniarstwa, położnej, czy opiekuna medycznego, a jedynie świadczenia pomocnicze.

Co istotne wolontariusz po zakończeniu świadczenia może zażądać opinii pisemnej (art. 44 ust. 3 ustawy o organizacjach pożytku publicznego i wolontariacie). Co do zasady świadczenia wolontariusza są nieodpłatne, ale ustawa wskazuje, że do świadczeń wolontariusza odpowiednio stosuje się kodeks cywilny. W kodeksie cywilnym przewidziano regulację umów o świadczenie usług (zlecenie). Tego rodzaju umowy ze względu na przedmiot świadczenia i dopuszczalność świadczenia nieodpłatnego (art. 735 par. 1 k.c. w zw. z art. 750 k.c.) wykazują największe podobieństwa do umowy o wolontariat spośród wszystkich umów wyszczególnionych w k. c. Przy umowie zlecenie (umowie o świadczeniu usług) przewiduje się zwrot wydatków związanych z jej wykonywaniem (art. 742 par. 1 k.c. w zw. z art. 750 k.c.). Korzystający (podmiot leczniczy) będzie zatem zobowiązany do zwrotu wolontariuszowi kosztów dojazdu do miejsca świadczenia wolontariatu. Z ostrożności jednak zakres zwrotu wydatków należy szczegółowo ustalić w umowie o wolontariat.

Ponadto w myśl art. 45 ust. 1 i 2 podmiot leczniczy jako korzystający powinien informować wolontariusza o ryzyku dla zdrowia i bezpieczeństwa związanym z wykonywanymi świadczeniami oraz zasadach ochrony przed zagrożeniami, jak również zapewnić wolontariuszowi, na dotyczących pracowników zasadach określonych w odrębnych przepisach, bezpieczne i higieniczne warunki wykonywania przez niego świadczeń, w tym – w zależności od rodzaju świadczeń i zagrożeń związanych z ich wykonywaniem – odpowiednie środki ochrony indywidualnej. Podmiot leczniczy musi również pokrywać koszty podróży służbowych i diet wolontariusza, chyba, że wolontariusz zrzeknie się tych uprawnień na piśmie pod rygorem nieważności (art. 45 ust. 1 pkt 3 w zw. z art. 45 ust. 4 ustawy o organizacjach pożytku publicznego i wolontariacie).

Art. 46 ust. 1-3 i 6 ustawy o organizacjach pożytku publicznego i wolontariacie wolontariuszowi :

- 1) mogą przysługiwać świadczenia zdrowotne na zasadach przewidzianych w przepisach o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych
- 2) przysługuje zaopatrzenie z tytułu wypadku przy wykonywaniu świadczeń
- 3) zostaje zapewnione ubezpieczenie od następstw nieszczęśliwych wypadków, jeśli wykonuje świadczenia przez okres nie dłuższy niż 30 dni
- 4) może zostać zapewnione ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej, w zakresie świadczeń wykonywanych zgodnie z umową o wolontariat.

6. Podsumowanie

W ustawie o zawodach pielęgniarstwa i położnej przewidziano, że prawo wykonywania zawodu pielęgniarstwa przysługuje po zakończeniu szkoły pielęgniarstwa. Ustawodawca nie przewidział żadnych form ograniczonego prawa wykonywania tego zawodu w szczególności przez studentów szkół pielęgniarstwa. Ponadto, żadna z regulacji przewidzianych na okres trwania epidemii nie wprowadza tego typu rozwiązań.

Świadczenia usług pokrewnych, pomocniczych do pielęgniarских i opiekuna medycznego możliwe jest jedynie na zasadach praktyk studenckich czy wolontariatu, który przewiduje szereg uprawnień dla wolontariuszy pokrewnych do pracowniczych. Będą to jednak usługi pomocnicze a nie świadczenia zastrzeżone dla pielęgniarek.

7. Zastrzeżenia

- 1) Opinia została sporządzona według stanu prawnego na 23 marca 2020 r., godz. 14:00
- 2) W opinii powołano się wprost na podstawy prawne, orzecznictwo sądowe i dorobek doktryny prawa, o tyle, o ile było to niezbędne do wykazania słuszności przyjętej kwalifikacji prawnych. Co do zagadnień oczywistych i mogących być wywiedzionych wprost z przepisów pominięto odwołanie się do judykatów i piśmiennictwa
- 3) Opinia nie jest wystarczająca do samodzielnego podejmowania dalszych czynności w sprawie będącej przedmiotem opinii.

Prof. Dr hab. Dorota Karkowska
Adw. Joanna Lazer

Lazer&Hudziak Adwokaci i Radcowie Prawni S.K.A.
Biuro w Warszawie: Plac Konstytucji 5/19, 00-657 Warszawa

Warszawa, 23 marca 2020 r.

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

Zlecający: Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z siedzibą w Warszawie.

Wykonawca :

Kancelaria Lazer&Hudziak Adwokaci i Radcowie Prawni S.K.A.
dr.hab. prof., nadzw. Dorota Karkowska, radca prawny,
adwokat Joanna Lazer,
Michał Waś, aplikant adwokacki

Przedmiot i cel opinii

Przedmiotem opinii jest udzielenie odpowiedzi na następujące pytanie:

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

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

I. Podstawy prawne

- 1) Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy, tekst jedn. Dz.U.2019.1040, dalej: kp;
- 2) Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny, tekst jedn. Dz.U.2019.1145, dalej: kc;

- 3) Ustawa z dnia 20 maja 1971 r. Kodeks wykroczeń, tekst jedn. Dz.U.2019.821, dalej: kw;
- 4) Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, tekst jedn. Dz.U.2019.1239, dalej: ustawa o chorobach zakaźnych;
- 5) Ustawa z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych, Dz.U.2020.374, dalej: ustawa kryzysowa.

II. Wstęp

Generalnie można wskazać na dwa różne reżimy prawne przewidujące możliwość powierzenia osobom wykonującym zawód pielęgniarstwa lub położnej pracy polegającej na sprawowaniu opieki nad osobami podejrzanymi o zakażenie koronawirusem:

- 1) Stosunki zobowiązaniowe** – czyli w ramach dotychczasowego zatrudnienia w podmiocie leczniczym, gdzie praca jest wykonywana na podstawie
 1. umowy o pracę, tj. pomiędzy pracownikiem i pracodawcą,
 2. umowy cywilnej, tzw. umowy o świadczenie usług (kontrakt):
 - a) świadczeniodawca (podmiot zatrudniający) – pielęgniarka wykonująca zawód w ramach indywidualnej/specjalistycznej praktyki zawodowej wyłącznie w zakładzie podmiotu leczniczego, tzw. samozatrudnienia;
 - b) świadczeniodawca (podmiot zatrudniający) – pielęgniarka jako osoba fizyczna;

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

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

1. Powierzenie pracownikowi innej pracy według przepisów kodeksu pracy

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

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

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

Natomiast pracodawca zawsze może, w razie uzasadnionej potrzeby pracodawcy, skorzystać z regulacji art. 24 § 4 k.p. stanowiącej wyjątek od ogólnych zasad, który przewiduje możliwość czasowego (na okres nie dłuższy niż trzy miesiące) powierzenia pracownikowi innej pracy, niż przewidziana w umowie o pracę z zachowaniem wynagrodzenia w co najmniej dotychczasowym wymiarze. Czyli np. pielęgniarka dotychczas wykonująca zawód na oddziale pediatrycznym zostaje przeniesiona do pracy na oddział zakaźny, w tym powierza się jej opiekę nad osobami podejrzanymi o zakażenie koronawirusem. To samo dotyczy położnych.

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

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

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

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

Przeniesienie pielęgniarki lub położnej do innej, niż dotychczas wykonywanej pracy musi być podyktowane „uzasadnionymi potrzebami pracodawcy”. Przepisy nie precyzują, jakie potrzeby pracodawcy uznać należy w tym przypadku za uzasadnione. Przez takie potrzeby pracodawcy z reguły rozumie się potrzeby wynikające z konieczności zapewnienia realizacji zadań zakładu pracy lub jego części, których niewykonanie naraziłoby pracodawcę na szkodę. Brak jest wymagań, by potrzeby zakładu pracy ograniczać tylko do potrzeb jednostki organizacyjnej (komórki, placówki) zakładu pracy, do której pracownik został skierowany. Potrzeby zakładu pracy należy rozumieć szeroko, a więc są to potrzeby zakładu pracy jako całości (*wyrok SN z 8.8.1979r., I PR 55/79, OSNC 1980, Nr 1-2, poz. 30*);

W związku z ogłoszonym w Polsce stanem epidemii **publiczne podmioty lecznicze są obowiązane do wykonania zadań związanych z przeciwdziałaniem COVID-19 zgodnie z przepisami ustawy kryzysowej.**

Zaistnienie ekstraordynaryjnej sytuacji wynikającej z zagrożenia rozprzestrzeniania się zakażeń wirusem SARS CoV-2 i koniecznością wprowadzenia szczególnych rozwiązań organizacyjnych w publicznych podmiotach leczniczych jest ustawową przesłanką „uzasadnionych potrzeb pracodawcy” i kierowania pracowników do wykonywania innych zadań niż dotychczas, zgodnie z posiadanymi przez nich kwalifikacjami i stanem zdrowia (art. 10 ustawy kryzysowej).

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

3. Adekwatność posiadanych kwalifikacji

Pielęgniarka lub położna może zostać przeniesiona tylko do takiego rodzaju pracy, która odpowiada kwalifikacjom pracownika, a więc nie może przekraczać jego kwalifikacji, ale jednocześnie posiadane kwalifikacje powinny znaleźć odpowiednie wykorzystanie przy wykonywanej pracy. Praca powierzona pracownikowi na okres przejściowy powinna być zgodna z posiadanymi przez niego kwalifikacjami, niekoniecznie jednak z tymi, jakich wymaga rodzaj pracy określony umową o pracę (*wyrok SN z 8.05.1997 r., I PKN 131/97, OSNP 1998/6, poz. 178; wyrok SN z 4.10.2000 r., I PKN 61/00, Pr. Pracy 2001, Nr 5, s.33*). Jedno miejsce pracy i stanowisko pracy z reguły nie będzie wypełniało zakresu pojęcia pracy zgodnej z poziomem posiadanych kwalifikacji (*wyrok SA w Poznaniu z 25.01.2017 r., III AUa 560/16, LEX nr 2265714*). Pracą odpowiednią do kwalifikacji pracownika jest praca, która ich nie przekracza i przy której te kwalifikacje znajdują choćby częściowe zastosowanie.

Należy także pamiętać, że pod pojęciem kwalifikacji, istotnym dla określenia rodzaju pracy wykonywanej przez daną pielęgniarkę lub położną u pracodawcy, należy rozumieć nie tylko przygotowanie zawodowe danej osoby- jej formalne wykształcenie, zdobyte doświadczenie i praktyki zawodowe (*wyrok SA w Szczecinie z 20.06.2017 r., III AUa 895/16, LEX nr 2338473*) i potrzebne umiejętności, ale także właściwości psychofizyczne pracownika, predyspozycje psychiczne oraz zdolności do wykonywania określonych czynności z punktu widzenia zdrowia fizycznego i psychicznego. Zgodnie

z art. 229 § 1 pkt 2 kp badaniom lekarskim podlegają pracownicy przenoszeni na stanowiska pracy, na których występują czynniki szkodliwe dla zdrowia lub warunki uciążliwe. Jeżeli lekarz medycyny pracy orzeknie czasowe lub trwale przeciwwskazania do wykonywania prac na danym stanowisku pracy, pracownicy nie mogą wykonywać tych prac (art. 10 ust. 1 ustawy o chorobach zakaźnych). Pracodawca lub zlecający wykonanie prac jest obowiązany, z zachowaniem poufności, niezwłocznie odsunąć pracownika lub wykonującego prace od wykonywania tych prac. Ponadto wszelką wątpliwość, pracodawca powinien rozeznaczyć, czy pracownikowi ze względu na jego wiek i obciążenie zdrowotne można powierzyć czasowo nowe obowiązki.

4. Okres przeniesienia

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

5. Tryb przeniesienia i środki odwoławcze

Pracodawca powierzając pracownikowi inną pracę, nie musi wręczać mu wypowiedzenia zmieniającego. Wystarczy, że wyda polecenie, które również niekoniecznie musi być w formie pisemnej (*Wyrok SN z 18.09.2014 r., III PK 138/13, LEX nr 1504877*), ani zawierać uzasadnienia, nie wymaga uprzedniej konsultacji z reprezentującą pracownika organizacją związkową, a pracodawca nie ma obowiązku informowania pracownika o możliwości odwołania się do sądu (*Wyrok SN z 7.12.2017 r., II PK 323/16, LEX nr 2434447*).

Od polecenia powierzającego inną pracę nie przysługuje odwołanie do sądu (*Wyrok SN z 25.7.2003 r., I PK 269/02, Legalis*).

Dlatego, jeżeli wymienione powyżej przesłanki są spełnione, odmowa spełnienia polecenia pracodawcy stanowi naruszenie obowiązków pracowniczych. W niektórych okolicznościach może być również ciężkim naruszeniem, uzasadniającym natychmiastowe rozwiązanie stosunku pracy w oparciu o art. 52 k.p.

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

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

Odmowa przez pielęgniarkę lub położną świadczenia pracy nowo powierzonej może stanowić podstawę pozbawienia pracownika prawa do wynagrodzenia za czas niewykonywania pracy (*Wyrok SN z 29.03.1978 r., I PR 20/78, PiZS 1979, Nr 11, s. 73*). Ponadto, odmowa przez wyżej wymienione osoby podjęcia pracy powierzonej może stanowić przyczynę uzasadniającą rozwiązanie umowy o pracę na podstawie art. 52 k.p. (tzw. zwolnienie dyscyplinarne).

Podmiotem, który może rozstrzygnąć kwestie sporne w związku z powierzeniem pielęgniarce lub położnej innej pracy jest sąd pracy (*Wyrok SN z 18.08.1976 r., I PR 103/76, OSP 1978, Nr 3, poz. 44*). W takim przypadku, sąd będzie oceniał czy były podstawy do powierzenia pracownikowi innej pracy i czy w związku z tym, odmowa przez pracownika podjęcia nowo powierzonych obowiązków pracowniczych mogła

uzasadniać jego zwolnienie z pracy w trybie art. 52 k.p. (*Wyrok SN z 26.09.1978 r., I PRN 54/78, OSNC 1979, Nr 3, poz. 60*). Sąd będzie dokonywał oceny zachowania pracownika, który odmówił podjęcia pracy powierzonej przez przyzmat naruszenia obowiązku wykonywania poleceń przełożonych dotyczących pracy, które nie są sprzeczne z przepisami prawa lub umową o pracę (*art. 100 §1 k.p.*) (*Wyrok SN z 18.11.1999 r., I PKN 370/00, OSNAPiUS 2001, Nr 7, poz. 225*).

Ustawodawca nie przewidział w kodeksie pracy odszkodowania z tytułu niezgodnego z prawem powierzenia pracownikowi pracy na zasadach art. 42 § 4 k.p. Pracownik może ewentualnie dochodzić naprawienia szkody na ogólnych zasadach przewidzianych w kodeksie cywilnym (*Podstawę prawną odpowiedzialności odszkodowawczej pracodawcy może stanowić art. 471 k.c. w zw. z art. 300 k.p.; Wyrok SN z 25.07.2003 r., I PK 269/02, OSNP 2004, Nr 16, poz. 280*).

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

Zgodnie z art. 210 § 1-3 k.p., jeśli warunki pracy nie odpowiadają przepisom bezpieczeństwa i higieny pracy i stwarzają bezpośrednie zagrożenie dla zdrowia lub życia pracownika, pracownik ma prawo powstrzymać się od wykonywania pracy. Jeżeli powstrzymanie się od wykonywania pracy nie usuwa zagrożenia, którym mowa powyżej, pracownik ma prawo oddalić się z miejsca zagrożenia. Pracownik nie może ponosić jakichkolwiek niekorzystnych dla niego konsekwencji z powodu powstrzymania się od pracy lub oddalenia się z miejsca zagrożenia w powyżej wskazanych wypadkach, a w szczególności nie można mu wypowiedzieć umowy o pracę. Jednocześnie pracownik zachowuje, za okres powstrzymania się od świadczenia pracy, wynagrodzenie.

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

Zgodnie z orzecznictwem Sądu Najwyższego: „Praca szpitalnego personelu medycznego odbywa się z natury rzeczy w warunkach bezpośredniego zagrożenia dla zdrowia czy nawet życia ludzkiego”. Sąd Najwyższy stwierdził, że personelowi lekarsko-pielęgniarskiemu w zakresie obowiązków pracowniczych nie przysługuje uprawnienie do powstrzymywania się od wykonywania pracy niebezpiecznej (art. 210 § 5 w zw. z art. 210 § 1 kp), przysługującemu ogółowi zatrudnionych. „Niejako w zamian, musi na szpitalu jako na pracodawcy, spoczywać zwiększone ryzyko odpowiedzialności za ewentualne zakażenia personelu medycznego (*Wyrok SN z dnia 15.5.2001 r., II UKN 395/00, OSNP 2003, Nr 3, poz. 70*).

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

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

Natomiast na podstawie art. 227 § 1 kp pracodawca jest obowiązany stosować środki zapobiegające chorobom zawodowym i innym chorobom związanym z wykonywaną pracą. W tym miejscu należy też zwrócić uwagę na art. 11 ust. 1 i 2 pkt 4) ustawy o chorobach zakaźnych, mianowicie na fakt, że kierownicy podmiotów leczniczych oraz inne osoby udzielające świadczeń zdrowotnych są obowiązani do podejmowania działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych, w szczególności poprzez stosowanie środków ochrony indywidualnej i zbiorowej w celu zapobieżenia przeniesieniu na inne osoby biologicznych czynników chorobotwórczych. Nie ulega wątpliwości, że sprostanie powyższym wymaganiom, będzie sprawiało dużą trudność pracodawcom, wobec bezprecedensowej sytuacji w kraju i dużej liczby nowych zachorowań na koronawirusa, a co za tym idzie znacznie zwiększonych potrzeb na środki ochrony w całym kraju.

IV. Zatrudnienie pielęgniarki lub położnej na podstawie umowy cywilnoprawnej

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

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

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

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

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

Co do zasady, w przypadku, w którym umowa cywilnoprawna określa w sposób ścisły zakres obowiązków pomiędzy pielęgniarką (zleceniobiorcą) a podmiotem leczniczym (zleceniodawcą), a podmiot leczniczy chce powierzyć pielęgnowanie lub położnej inne zadania, konieczna jest zgoda pielęgniarki na tego rodzaju zmianę.

W przypadku odmowy świadczenia nowych obowiązków przez pielęgniarkę lub położną, zachowuje ona prawo do wynagrodzenia, jeżeli pozostaje w gotowości do świadczenia dotychczasowych obowiązków.

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

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

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

V. Tryb administracyjnoprawny – skierowanie pielęgniarki lub położnej do pracy na podstawie decyzji administracyjnej.

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

1. Zasady skierowania do pracy przy zwalczaniu epidemii

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Jest to następująca grupa osób:

- 1) kobiety w ciąży,
- 2) osoby wychowujące małoletnie dzieci, w tym osoby wychowujące samotnie dzieci do lat 18 (a zatem każdej osobie, która ma na wychowaniu dzieci, bez względu na to, czy opiekę nad dzieckiem może przejąć inna osoba),
- 3) osoby, które ukończyły 60 lat,
- 4) osoby z orzeczonymi chorobami przewlekłymi.

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

3. Sankcja za niewykonanie decyzji administracyjnej o oddelegowaniu

Brak podporządkowania się decyzji administracyjnej o skierowaniu do pracy przy zwalczaniu epidemii stanowi wykroczenie, za które grozi kara grzywny w wymiarze od 20 zł. do 5 000 zł. (art. 53 i 54 ustawy o zapobieganiu i zwalczaniu chorób zakaźnych u ludzi w zw. z art. 24 par. 1 i 3 k.w.). Wymierzając karę, bierze się pod uwagę dochody sprawcy, jego warunki osobiste i rodzinne, stosunki majątkowe i możliwości zarobkowe.

VI. Podsumowanie

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

2. Osoby wykonujące zawód pielęgniarki lub położnej w podmiocie leczniczym nie mogą odmówić przeniesienia do innej pracy, niż określonej w umowie o pracę, a tym bardziej nie mogą odmówić przeniesienia do pracy, która odpowiada rodzajowi pracy określonej w umowie o pracę. Zaś na szpitalu jako pracodawcy, spoczywać będzie zwiększone ryzyko odpowiedzialności za ewentualne zakażenia personelu medycznego. Jak opisano szerzej w pkt. III. 7 niniejszej opinii, szpital musi zadbać o dopełnienie obowiązków wynikających z przepisów o bezpieczeństwie i higienie pracy, tj. art. 207 kp § 1 zd. 1, art. 207 kp § 2 zd. 1, art. 227 § 1 kp, art. 229 § 1 pkt 2 kp w zw. z art. 10 ust. 1 ustawy o chorobach zakaźnych oraz z art. 11 ust. 1 i 2 pkt 4 ustawy o chorobach zakaźnych. Nie ulega wątpliwości, że sprostanie powyższym wymaganiom w obecnej sytuacji w kraju, będzie sprawiało dużą trudność pracodawcom. Sytuacja jest bowiem bezprecedensowa, liczba nowych zachorowań na koronawirusa z dnia na dzień wzrasta, a co za tym idzie znacznie zwiększają się potrzeby na środki ochrony w całym kraju.

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

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

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

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

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

8. Pielęgniarka lub położna bez względu na dotychczasową formę wykonywania zawodu może być skierowana do pracy przy zwalczaniu epidemii, w tym do opieki nad osobami podejrzanymi o zakażenie koronawirusem w trybie administracyjnym – na podstawie decyzji wojewody lub Ministra Zdrowia. W tym trybie nie mogą być skierowane pielęgniarki, jeżeli należą do jednej z grup podlegających wyłączeniu z mocy prawa na podstawie art. 47 ust. 3 ustawy o chorobach zakaźnych.

VII. Zastrzeżenia :

- 1) Opinia została sporządzona według stanu na 23 marca 2020 r., godz. 9.00
- 2) W opinii powołane zostały wprost podstawy prawne, orzecznictwo sądowe i dorobek doktryny prawa, o tyle, o ile było to niezbędne do wykazania słuszności przyjętej kwalifikacji prawnych. Co do zagadnień oczywistych i mogących być wywiezionych wprost z przepisów pominięto odwołanie się do judykatów i piśmiennictwa
- 3) W związku z bezprecedensową i wciąż dynamicznie zmieniającą się sytuacją w Polsce w tym, na bieżąco powstającymi nowymi aktami prawnymi związanymi z ogłoszonym stanem epidemii, nie jest możliwe precyzyjne przewidywanie ewentualnych rozstrzygnięć sądów pracy, w razie ewentualnych sporów sądowych mogących powstać na tle omawianych w niniejszej opinii przepisów. Każda sprawa będzie bowiem podlegała indywidualnej ocenie sądu pracy, mając na uwadze okoliczności konkretnej sprawy.

Prof. Dr hab. Dorota Karkowska
Adw. Joanna Lazer

SOS – POMOC PSYCHOLOGICZNA DLA PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W CZASIE PANDEMII



Stres, lęk Cię przytłacza, negatywne emocje dochodzą do głosu, czujesz, że może pomóc Ci rozmowa z psychologiem? Sięgnij po pomoc, zadzwoń.

Przy telefonie od poniedziałku do piątku dyżurują eksperci NIPiP: Jolanta Kruszakin psycholog, psychoterapeutka, interwent kryzysowy tel. 605 536 629
Dorota Uliasz, psycholog, coach w zakresie skutecznej komunikacji z pacjentem, zarządzania emocjami i stresem tel. 607 318 602

Poniedziałek	Wtorek	Środa	Czwartek	Piątek
Godz.10.00-12.00 Dorota Uliasz	Godz.10.00-12.00 Dorota Uliasz	Godz.10.00-12.00 Jolanta Kruszakin	Godz.10.00-12.00 Dorota Uliasz	Godz.10.00-12.00 Jolanta Kruszakin
Godz.17.00-19.00 Jolanta Kruszakin	Godz.17.00-19.00 Jolanta Kruszakin	Godz.17.00-19.00 Dorota Uliasz	Godz.17.00-19.00 Jolanta Kruszakin	Godz.17.00-19.00 Dorota Uliasz

Lęk oswojony, to lek opanowany. Jeśli wiesz, mniej się nie boisz. Gdy poznasz źródło negatywnych emocji, łatwiej Ci będzie nad nimi zapanować. A tych w obecnej sytuacji nie brakuje. Zapraszamy zatem wszystkie pielęgniarki, pielęgniarzy i położne na spotkanie z psycholog Dorotą Uliasz. Jeśli poczujesz, że pomoże ci rozmowa psychologiczna, są do Twojej dyspozycji.

CO ZROBIĆ, KIEDY DOSTANĘ SKIEROWANIE OD WOJEWODY DO PRACY PRZY ZWALCZANIU EPIDEMII COVID-19? WSKAZÓWKI DLA PIELEŃNIARKI I POŁOŻNEJ

Każda pielęgniarka, położna niezależnie od formy zatrudnienia, może zostać zobowiązana do dodatkowej pracy w przypadku zwalczania skutków COVID-19.

Decyzję o kierowaniu do pracy przy zwalczaniu epidemii wydaje właściwy wojewoda w drodze decyzji administracyjnej.

Nie każda pielęgniarka, położna wie, że przysługują jej wyłączenia ustawowe spod kierowania do pracy w drodze decyzji administracyjnej.

Ustawodawca przewidział **trzy przesłanki** na które pielęgniarka, położna może powołać się w przypadku skierowania do pracy przy zwalczaniu epidemii.

Są nimi: **wiek, stan zdrowia oraz posiadanie dziecka w określonym wieku.**

NACZELNA IZBA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH WSKAZÓWKI DLA PIELEŃNIARKI I POŁOŻNEJ

Co zrobić, kiedy dostanę skierowanie od wojewody do pracy przy zwalczaniu epidemii covid-19? W jakich godzinach może nastąpić doręczenie decyzji o skierowaniu do pracy przy zwalczaniu epidemii (dalej określana w skrócie również jako: „decyzja”)?

Policjant, czy inna osoba doręczająca decyzję, nie powinna przychodzić z decyzją w godzinach pomiędzy 22:00 a 6:00, chyba że zachodzi sytuacja jest niecierpiąca zwłoki. W praktyce ze względu na sytuację epidemiczną należy spodziewać się, że doręczenia będą następować w różnych godzinach, właśnie ze względu na sytuację nie cierpiącą zwłoki, za jaką będzie uważana epidemia.

W jaki sposób i przez kogo jest doręczana decyzja o skierowaniu do pracy przy zwalczaniu epidemii?

Decyzję może doręczyć pracownik organu (Wojewody) lub funkcjonariusz służb mundurowych: policjant, żołnierz Wojsk Obrony Terytorialnej. W praktyce doręczeń dokonują służby mundurowe. Teoretycznie doręczenie może być też dokonane za pośrednictwem poczty, jednak ze względu na panujący stan epidemii i potrzebę jak najszybszego uzupełnienia braków personelu, decyzje są doręczane osobiście, jak opisano wyżej.

Czy osoba doręczająca decyzję może zażądać, abym od razu udała się/udał się do miejsca skierowania?

Nie, nawet jeśli jest to żołnierz czy policjant, to takich uprawnień nie posiadają.

Czy osoba doręczająca decyzję powinna się przedstawić?

Tak, powinna się przedstawić i okazać legitymację służbową. Jeśli tego nie zrobi, można tego zażądać.

A co, jeśli nie będzie mnie w domu?

Decyzja może być pozostawiona dorosłemu domownikowi, gospodarzowi bloku bądź sąsiadowi z obowiązkiem doręczenia. Doręczenie następuje wraz z pozostawieniem decyzji tym osobom.

A co, jeśli nie otworzę drzwi osobie doręczającej decyzję?

W takim wypadku decyzja może zostać pozostawiona gospodarzowi bloku bądź sąsiadowi z obowiązkiem doręczenia. Doręczenie następuje wraz z pozostawieniem decyzji tym osobom.

Czy decyzja może być doręczona w pracy albo w innym miejscu?

Tak, decyzja może być doręczona w pracy lub innym miejscu, ale tylko do rąk własnych adresata.

Czy mogę odmówić odbioru decyzji?

Tak, jednak odmowa zostanie odnotowana przez osobę doręczającą. Poza tym decyzja jest i tak skuteczna. Lepiej zatem odebrać decyzję i ewentualnie skorzystać z odwołania.

Czy muszę pokwitować odbiór decyzji?

Tak, osoba doręczająca może tego zażądać. W przypadku odmowy pokwitowania osoba doręczająca może sporządzić adnotację na jej egzemplarzu skierowania o odmowie pokwitowania. Doręczenie i tak będzie skuteczne.

W jakiej formie powinna być sporządzona decyzja o skierowaniu do pracy przy zwalczaniu epidemii?

Decyzja powinna być sporządzona w formie pisemnej, choć dopuszczono również formę ustną. W praktyce, wydawane są jednak jak dotąd wyłącznie decyzje pisemne.

Co powinna zawierać decyzja o skierowaniu do pracy przy zwalczaniu epidemii?

Decyzja powinna zawierać imię i nazwisko oraz numer prawa wykonywania zawodu osoby, do której jest skierowana, podmiot leczniczy, do którego następuje skierowanie, okres, w którym ma być wykonywana praca, pouczenie o prawie odwołania od decyzji ze wskazaniem terminu na odwołanie, wskazanie organu (właściwy miejscowo wojewoda) wizerunek orła, podpis wojewody lub osoby działającej z jego upoważnienia wraz z pieczęcią. Powinna również zawierać wzmiankę o natychmiastowej wykonalności decyzji. Decyzja nie musi zawierać uzasadnienia, choć zwykle decyzje je posiadają. Uzasadnienia nie są obszerne.

Ile mam czasu na stawienie się do pracy przy zwalczaniu epidemii od doręczenia decyzji?

Nie jest to przewidziane prawem. Może się zatem zdarzyć, że trzeba będzie zgłosić się do pracy z dnia na dzień. Decyzja o skierowaniu do pracy przy zwalczaniu epidemii powinna jednak precyzować, kiedy jest pierwszy dzień pracy przy zwalczaniu epidemii. Jeśli takiej daty nie ma w decyzji oraz nie ma informacji z kim się w tej kwestii skontaktować, to należy zwrócić się z takim pytaniem do organu, który wydał decyzję. Najlepiej zadzwonić do Urzędu Wojewódzkiego i poprosić o kontakt z wydziałem, który zajmuje się sprawami skierowań do pracy w warunkach epidemii. Można też skontaktować się z podmiotem, do którego następuje skierowanie i zapytać o termin stawienia się w podmiocie. Warto zadbać o to, aby taką informację otrzymać na piśmie lub drogą mailową. Kierownik zakładu informuje wojewodę o braku stawiennictwa do pracy przy zwalczaniu epidemii, a wojewoda na podstawie tych informacji może podjąć decyzję o nałożeniu kary administracyjnej. Zatem, jeśli nie jest możliwe zgłoszenie się do pracy w wyznaczonym terminie, należy poinformować o ewentualnym opóźnieniu zakład, do którego nastąpiło skierowanie i usprawiedliwić swoje spóźnienie.

Kto nie może być skierowany do pracy przy zwalczaniu epidemii w drodze decyzji administracyjnej wojewody?

Zwolnienie od skierowania do pracy przy zwalczaniu epidemii przysługuje następującym grupom osób ze względu na posiadanie dziecka:

- 1) kobiety w ciąży,
- 2) osoby samotnie wychowujące dziecko w wieku do 18 lat,
- 3) osoby wychowujące dziecko w wieku do 14 lat;
- 4) osoby wychowujące dziecko z orzeczeniem o niepełnosprawności lub orzeczeniem o potrzebie kształcenia specjalnego bez względu na jego wiek,
- 5) jeden z dwójki rodziców wychowujących ich wspólne dziecko w wieku powyżej 14 lat.

Ponadto, przysługują dodatkowe zwolnienia z pracy przy zwalczaniu epidemii w warunkach zagrożenia zakażeniem ze względu na inne okoliczności niż posiadanie dziecka, tj. ze względu na:

1. wiek: 1) ukończenie 60 lat,
2. stan zdrowia: 1) orzeczona częściowa lub całkowita niezdolność do pracy; 2) inwalidztwo, 3) orzeczona choroba przewlekła.

Pamiętaj, że policjant czy inna osoba doręczająca decyzję, nie miała wpływu na jej treść. Nie ma też możliwości, aby cofnęła jej doręczenie. Choć doręczenie takiej decyzji może

być dla Ciebie stresujące to warto spróbować spokojnie porozmawiać o okolicznościach dotyczących Twojej sytuacji i poprosić policjanta o zaprotokołowanie ich w notatce służbowej, którą sporządzi policjant, i o dołączenie kopii tej notatki służbowej do potwierdzenia odbioru decyzji, aby osoba, której zostanie przekazane potwierdzenie odbioru miała wiedzę o tych okolicznościach. Jeżeli osobie kierowanej do pracy przysługuje ustawowe zwolnienie od pracy przy zwalczaniu epidemii należy się na tą okoliczność powołać. Nie należy jednak wydawać policjantowi posiadanej w tym zakresie dokumentacji (np. aktu urodzenia dziecka na potwierdzenie jego wieku), a jedynie okazać ją do wglądu, przy sporządzaniu notatki. Jeżeli występują inne okoliczności niż powyżej wskazane, które będą uniemożliwiały pielęgniarce lub położnej podjęcie pracy na podstawie skierowania niestety pielęgniarka lub położna musi stawić się do wskazanego w decyzji miejsca, ale jednocześnie może złożyć odwołanie od decyzji wskazując okoliczności, które uniemożliwiają jej pracę. Pragniemy jednak uprzedzić, że uwzględnienie prośby należy wyłącznie do decyzji Ministra Zdrowia

Co mam zrobić, gdy zostanie mi doręczona decyzja o skierowaniu do pracy i zachodzą przesłanki wyłączające skierowanie? Czy mogę złożyć od niej odwołanie?

Gdy decyzja zostanie doręczona, można złożyć od niej odwołanie do Ministra Zdrowia za pośrednictwem Wojewody. To znaczy, że kopertę z odwołaniem należy zaadresować na adres Wojewody, z tym, że w samym odwołaniu adresata należy wskazać następująco: „Minister Zdrowia za pośrednictwem Wojewody... (z dopiskiem jakiego województwa). Nazwa i adres Wojewody powinien być podany w treści decyzji, a tryb odwołania powinien zostać opisany w „pouczeniu”, które zwykle znajduje się na końcu decyzji. Termin na odwołanie to 14 dni od dnia przekazania informacji o skierowaniu do pracy. Odwołanie można napisać samodzielnie lub zwrócić się o pomoc do prawnika. Można też skorzystać ze wzoru, który można pobrać „tutaj”. W odwołaniu należy umieścić wniosek o wstrzymanie natychmiastowej wykonalności decyzji. Taki wniosek jest bardzo ważny. Odnośnie tego wniosku wydane zostanie postanowienie, od którego można się osobno odwołać, gdyby było niekorzystne (napisać zażalenie). Kwestia wniosku o wstrzymania natychmiastowej wykonalności decyzji powinna być rozstrzygnięta przez organ odwoławczy wcześniej, niż samo odwołanie. Ponadto, w odwołaniu należy powołać się na jedną lub więcej z powyżej wskazanych okoliczności, która sprzeciwia się skierowaniu do pracy, np. na fakt posiadania dzieci w określonym wieku lub ciężka choroba osoby bliskiej. Trzeba również dołączyć kserokopię dokumentu, poświadczającego istnienie danej okoliczności, np. skrócony odpis aktu urodzenia dziecka, orzeczenie lekarskie o chorobie przewlekłej, orzeczenie o niepełnosprawności, skrócony odpis aktu urodzenia dziecka.

Co musi zawierać odwołanie od skierowania do pracy przy zwalczaniu epidemii?

Należy wskazać do kogo skierowane jest odwołanie, numer decyzji, którego dotyczy odwołanie, swoje imię i nazwisko. Odwołanie nie wymaga powołania się na przepisy prawne. Należy po prostu wyjaśnić, dlaczego osoba składająca odwołanie nie zgadza się z decyzją. W tym zakresie należy podać okoliczności, które stanowią podstawę wyłączenia z obowiązku pracy przymusowej.

W jakiej formie trzeba złożyć odwołanie od skierowania do pracy przy zwalczaniu epidemii?

Co do zasady powinno być złożone w formie pisemnej. Można je wysłać mailem tylko wtedy, gdy odwołanie zostanie opatrzone podpisem elektronicznym lub podpisem potwierdzonym profilem zaufanym ePUAP. Można jednak w odwołaniu wyrazić zgodę na doręczanie pism, w tym decyzji w przedmiocie odwołania, na adres poczty elektronicznej. Trzeba wskazać swój adres poczty elektronicznej.

W jaki sposób wysłać odwołanie od skierowania do pracy przy zwalczaniu epidemii?

Za pośrednictwem poczty listem poleconym. Najpóźniej w ostatnim dniu terminu.

Co mam zrobić, gdy zostanie mi doręczona decyzja o skierowaniu do pracy i nie zachodzą przesłanki wyłączające skierowanie?

W takim wypadku można wystąpić o uchylenie decyzji, powołując się na inne okoliczności, które uzna się za istotne, takie jak konieczność opieki na rodzicami, czy dorosłym, niepełnosprawnym dzieckiem. Mimo takiego wniosku, decyzja o skierowaniu pozostaje w mocy.

Co się może stać, jeśli nie zgłoszę się do pracy zgodnie z decyzją wojewody?

W przypadku wystąpienia okoliczności, które uzasadniają zwolnienie z przymusu pracy na podstawie skierowania wojewody, można zaryzykować niestawienie się do pracy i złożenie odwołania, jednakże trzeba się liczyć z tym, że wojewoda w między czasie nałoży na pielęgniarkę/położną karę za niewykonanie decyzji. Decyzję o nałożeniu kary, również należy wówczas zaskarżyć odwołaniem.

Co się stanie, jeśli nie zgłoszę się do pracy w związku ze skierowaniem wojewody i nie występują okoliczności, które wyłączają skierowanie?

Jeśli osoba objęta skierowaniem dobrowolnie nie zgłosi się do pracy, to wobec niej może być wszczęte postępowania egzekucyjne. Jedną z form egzekucji jest przymus bezpośredni. Tym samym można doprowadzić osobę objętą skierowaniem siłą do miejsca pracy. Takich środków może używać wyłącznie Policja. Przy tym podkreślić należy, że policjant czy inna osoba, podczas wręczania/oznajmiania decyzji nie może użyć takich środków. Zanim to nastąpi powinno zostać wszczęte postępowanie egzekucyjne, co wiąże się z koniecznością doręczenia kolejnego pisma od wojewody. Innymi środkami egzekucyjnymi są również kara pieniężna (do 10.000 zł) albo nałożenie obowiązku zwrotu kosztów wykonania skierowania przez inną osobę.

Jakie są kary za niewykonanie decyzji, czyli za niestawienie się do pracy zgodnie ze skierowaniem?

W przypadku niestawienia się do pracy wojewoda może nałożyć karę administracyjną od 5.000 zł do 30.000 zł. Decyzja o nałożeniu kary musi być wydana pisemnie. Taka kara jest również natychmiastowo wykonalna. Od takiej decyzji należy się odwołać wnosząc o wstrzymanie jej wykonalności. Trzeba powołać się na okoliczności sprzeciwiające się skierowaniu do pracy, tak jak przy odwołaniu od skierowania do pracy. Ustawodawca również przewidział możliwość ukarania za to samo naruszenie grzywną (od 20 zł do 5.000 zł). Jednak policjant nie może wystawić za to mandatu. Jeśli chciałby wystawić taki mandat, to należy odmówić jego przyjęcia. Wtedy sprawa trafi do sądu. Powinna się ona toczyć przed sądem w postępowaniu zwyczajnym lub nakazowym. O prowadzeniu sprawy w trybie zwyczajnym sąd poinformuje pisemnie. W przypadku wydania wyroku nakazowego można złożyć sprzeciw. W takim wypadku sprawa toczy się przed Sądem a w trybie zwyczajnym wyrok nakazowy traci ważność. Żeby uniknąć wątpliwości i pomyłek, najlepiej zwrócić się o pomoc do prawnika.

Gdzie mogę być skierowana do pracy?

Może być to zarówno skierowanie do podmiotu leczniczego lub innej jednostki organizacyjnej wskazanej w tej decyzji, znajdująca się w obrębie województwa zamieszkania osoby kierowanej do pracy. Może się jednak zdarzyć, że skierowanie będzie dotyczyć zakładu położonego poza województwem miejsca zamieszkania osoby skierowanej. W takim wypadku skierowanie wydaje Minister Zdrowia a nie wojewoda i wtedy to do Ministra Zdrowia (bezpośrednio, a nie za pośrednictwem wojewody) kieruje się odwołanie.

Na jak długo jest wydawane skierowanie do pracy przez wojewodę?

Skierowanie do pracy nie może być bezterminowe. Może być wydane na okres nie dłuższy niż 3 (trzy) miesiące. W decyzji powinno być to wprost wskazane („okres od – do”). Jeżeli nie jest to oznaczone, to decyzję również należy zaskarżyć do Ministra Zdrowia za pośrednictwem wojewody.

Co się dzieje ze stosunkiem pracy u dotychczasowego pracodawcy?

Osobie skierowanej do pracy przysługuje urlop bezpłatny u dotychczasowego pracodawcy. W okresie pracy przy zwalczaniu epidemii dotychczasowy pracodawca nie

może wypowiedzieć umowy ani jej rozwiązać. Niestety samodzielnie należy poinformować pracodawcę o skierowaniu do pracy w tym trybie. Okres urlopu bezpłatnego wlicza się do stażu pracy.

W jakiej formie jest wykonywana praca na podstawie skierowania wojewody?

Obowiązkiem podmiotu leczniczego lub jednostki, do której jest skierowana pielęgniarka lub położna jest natychmiastowe zawiązanie stosunku pracy. Praca przy zwalczaniu epidemii jest traktowana jak praca na podstawie umowy o pracę. Niedopuszczalne jest nawiązywanie umów cywilnoprawnych (np. umowy zlecenia).

Jakie wynagrodzenie przysługuje za pracę na podstawie decyzji o skierowaniu przez wojewodę?

Wynagrodzenie przysługuje w wysokości nie niższej niż 150% przeciętnego wynagrodzenia zasadniczego przewidzianego na danym stanowisku pracy w zakładzie, do którego nastąpiło skierowanie i nie może być niższe niż wynagrodzenie, które osoba skierowana do pracy przy zwalczaniu epidemii otrzymała w miesiącu poprzedzającym miesiąc, w którym wydana została decyzja o skierowaniu, ale może być wyższe.

Kto pokrywa koszty dojazdu, zakwaterowania i wyżywienia w miejscu wykonywania pracy na podstawie decyzji wojewody?

Należy zwrot kosztów dojazdów, zakwaterowania i wyżywienia na zasadzie diet i zwrotu kosztów podróży służbowych, jak w zakładzie pracy. Dieta na wyżywienie – 30 zł dziennie, ale obecnie obiekty gastronomiczne są zamknięte. Koszty podróży (zwrot tylko w przypadku, gdy zakład jest poza miejscem zamieszkania – wedle „kilometrówki” względnie kosztów biletów na środki transportu zbiorowego. Zwrot kosztów zakwaterowania (nocleg) za okazaniem rachunku do 600 zł za dobę, ale obecnie obiekty hotelarskie są zamknięte. Powyższe koszty zwraca zakład, do którego nastąpiło skierowanie. Należy jak najszybciej poinformować kierownika zakładu, do którego nastąpiło skierowanie, o potrzebie zapewnienia wyżywienia i zakwaterowania, do którego nastąpiło skierowanie, z wnioskiem o ich zapewnienie. Zwrot kosztów z tytułu zakwaterowania lub wyżywienia nie przysługuje w przypadku zapewnienia w miejscu wykonywania pracy bezpłatnego zakwaterowania lub wyżywienia.

Jakie będą warunki pracy w miejscu skierowania?

Zakład, do którego nastąpiło skierowanie powinien zapewnić bezpieczne i higieniczne warunki pracy. Należy przez to rozumieć zapewnienie dostępu do środków ochrony przed zakażeniami. Wobec braku takich środków należy skontaktować się z właściwą okręgową izbą pielęgniarek i położnych i poinformować o tym kierownika zakładu, do którego nastąpiło skierowanie.

Czy będę ubezpieczona/y na wypadek zakażenia i śmierci w wyniku zakażenia?

Z uzyskanych przez NIPiP informacji wynika, że Ministerstwo Zdrowia zawarło porozumienie z PZU S.A. w sprawie umowy ubezpieczenia w tym zakresie. NIPiP aktualnie czyni starania, aby pozyskać wgląd do treści umowy, aby móc przekazać jej warunki w niniejszym poradniku.

Jaki jest czas pracy w miejscu skierowania?

W miejscu skierowania pielęgniarka lub położna ma status pracownika i w zakresie czasu pracy obowiązują przepisy prawa pracy. Na czas epidemii dopuszczalne są zmiany w systemie organizacji pracy w tym nałożenie na pielęgniarkę lub położną wykonywania pracy w godzinach nadliczbowych lub w ramach dyżuru medycznego w zależności od aktualnych potrzeb zakładu.

Gdzie zgłosić się po pomoc w razie problemu w wykonaniu decyzji wojewody?

Wszelkie problemy związane ze skierowaniem do pracy przy zwalczaniem epidemii i wykonywaniem pracy przy zwalczaniu epidemii należy zgłaszać do właściwej okręgowej izby pielęgniarek i położnych, która podejmie wszelkie niezbędne działania, by wspomóc Koleżanki i Kolegów. Załącznik do poradnika 1. Wzór odwołania od decyzji o skierowaniu do pracy przez wojewodę jest dostępny na: <https://nipip.pl/piellegniarko-czy-wiesz-jakie-masz-prawa-kiedy-dostaniesz-nakaz-do-pracy-przy-zwalczaniu-epidemii/>

Komunikat Ministerstwa Zdrowia zawierający szczegółowe informacje na temat trybu, sposobu oraz warunków kierowania osób do pracy przy zwalczaniu epidemii z dnia 24.04.2020 r.

1. Jaka jest podstawa prawna kierowania osób do pracy przy zwalczaniu epidemii?

Możliwość skierowania osób do o pracy przy zwalczaniu epidemii określona została w art. 47 ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz.U. z 2019 r. poz. 1239, z późn.zm.), zwanej dalej „ustawą”.

2. Kto może być skierowany do pracy przy zwalczaniu epidemii?

Skierowany do pracy przy zwalczaniu epidemii może być:

- 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.

3. 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;

W przypadku gdy dziecko w wieku powyżej 14 lat jest wychowywane przez dwoje osób, którym przysługuje władza rodzicielska, do pracy przy zwalczaniu epidemii może zostać skierowana wyłącznie jedna z nich.

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.

4. Kto dostarcza decyzję o skierowaniu do pracy?

W dostarczaniu decyzji, ze względu na pilność, urzędy wojewódzkie wspierane są przez Policję oraz Wojska Obrony Terytorialnej.

5. 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.

6. 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.

7. 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. Do zawierania umów wskazanych w art. 47 ust 9 ustawy stosuje się przepisy ogólne prawa pracy. Szczegółowe warunki umowy zostaną przekazane przez pracodawcę przed dopuszczeniem do pracy.

8. 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.:

- 1) nie może być niższa niż 150% przeciętnego wynagrodzenia zasadniczego przewidzianego na stanowisku pracy, na które osoba ta została skierowana;
- 2) 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.

Powyższa regulacja, oznacza, że wynagrodzenie pracownika skierowanego do pracy w przedmiotowym trybie nie może być niższe niż wynagrodzenie otrzymane przez tę osobę w miesiącu poprzedzającym, bez względu na podstawę zatrudnienia (stosunek pracy czy umowa cywilnoprawna), jak również bez względu na to czy osoba skierowana była zatrudniona w jednym czy kilku miejscach pracy. Należy zatem brać pod uwagę cały zarobek wynikający z zatrudnienia osoby skierowanej do pracy, który utraciła ona w związku ze skierowaniem do pracy w innym podmiocie leczniczym.

Wynagrodzenie pracownika skierowanego nie może być niższe niż łączne wynagrodzenie (tj. wynagrodzenie zasadnicze oraz dodatkowe składniki wynagrodzenia np. dodatki za pracę w nocy, za dyżur medyczny), które osoba ta otrzymała w miesiącu poprzedzającym miesiąc, w którym wydana została decyzja o skierowaniu jej do pracy przy zwalczaniu epidemii.

Wynagrodzenie określone w sposób wskazany powyżej, spełniające co najmniej gwarantowane ustawowo minima powinno znaleźć odzwierciedlenie w treści umowy o pracę.

Przykłady:

- 1) Jeżeli osoba została skierowana do pracy w kwietniu, w marcu zarobiła 6000 zł (3 000 zł wynagrodzenia zasadniczego i 2000 zł dodatku za dyżury w jednym podmiocie oraz 1000 zł za dyżury w drugim podmiocie na podstawie kontraktu), a przeciętne wynagrodzenie zasadnicze na stanowisku pracy, na które została skierowana wynosi 3000 zł, jej wynagrodzenie w miejscu skierowania, zgodnie z rekomendacją Ministerstwa Zdrowia powinno wynosić 9000 zł
- 2) Jeżeli osoba została skierowana do pracy w kwietniu, w marcu zarobiła na podstawie umowy cywilnoprawnej 25 000 zł, a przeciętne wynagrodzenie zasadnicze na stanowisku pracy, na które została skierowana wynosi 7000 zł, jej wynagrodzenie w miejscu skierowania, zgodnie z rekomendacją Ministerstwa Zdrowia, powinno wynosić 35 000 zł
- 3) Jeżeli osoba została skierowana do pracy w kwietniu, w marcu zarobiła 5 000 zł, a przeciętne wynagrodzenie zasadnicze na stanowisku pracy, na które została

skierowana wynosi 6000 zł, jej wynagrodzenie w miejscu skierowania, zgodnie z rekomendacją Ministerstwa Zdrowia, powinno wynieść 7 500 zł. Jednak ze względu na dolny limit ustawowy, wynagrodzenie wynosi w tym przypadku 9 000 zł.

9. Kto pokryje koszty zakwaterowania i wyżywienia jeśli zostanie skierowany do miejsca innego niż miejsce zamieszkania?

Osobie skierowanej do pracy przy epidemii przysługuje ponadto 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, opisanych poniżej

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. Środek transportu właściwy do odbycia podróży, a także jego rodzaj i klasę, określa pracodawca.

Co ważne, na wniosek osoby skierowanej do pracy przy zwalczaniu epidemii pracodawca może wyrazić zgodę na przejazd w podróży samochodem osobowym, motocyklem lub motorowerem niebędącym własnością pracodawcy. W takim przypadku pracownikowi przysługuje zwrot kosztów przejazdu w wysokości stanowiącej iloczyn przejechanych kilometrów przez stawkę za jeden kilometr przebiegu, ustaloną przez pracodawcę, która nie może być wyższa niż:

1) dla samochodu osobowego:

a) o pojemności skokowej silnika do 900 cm³ - 0,5214 zł,

b) o pojemności skokowej silnika powyżej 900 cm³ - 0,8358 zł,

2) dla motocykla - 0,2302 zł,

3) dla motoroweru - 0,1382 zł.

Za każdą rozpoczętą dobę pobytu w podróży krajowej osobie skierowanej do pracy przy zwalczaniu epidemii przysługuje ryczałt na pokrycie kosztów dojazdów środkami komunikacji miejscowej w wysokości 20% diety, tj. 6 zł. Jeżeli osoba ta nie ponosi kosztów dojazdów, ryczałt ten nie przysługuje. Ryczałt nie przysługuje również w przypadku, gdy na wniosek takiej osoby pracodawca wyrazi zgodę na pokrycie udokumentowanych kosztów dojazdów środkami komunikacji miejscowej.

Ponadto osobie skierowanej do pracy przy zwalczaniu epidemii na co najmniej 10 dni przysługuje zwrot kosztów przejazdu w dniu wolnym od pracy, środkiem transportu określonym przez pracodawcę, do miejscowości pobytu stałego lub czasowego i z powrotem.

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 × 30 zł = 600 zł. W uzasadnionych przypadkach pracodawca może wyrazić zgodę na zwrot kosztów noclegu stwierdzonych rachunkiem w wysokości przekraczającej podany limit.

Osobie, której nie zapewniono bezpłatnego noclegu i która nie przedłożyła rachunku za hotel, przysługuje ryczałt za każdy nocleg w wysokości 150% diety, tj. 45 zł. Ryczałt ten przysługuje jednak w sytuacji, gdy nocleg trwa co najmniej 6 godzin pomiędzy godzinami 21⁰⁰ i 7⁰⁰.

Zwrot kosztów noclegu lub ryczałt za nocleg nie przysługuje za czas przejazdu, a także jeżeli pracodawca uzna, że pracownik ma możliwość codziennego powrotu do miejscowości stałego lub czasowego pobytu.

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. Należność z tytułu diet oblicza się w sposób przedstawiony poniżej.

Okres pracy na podstawie skierowania	Wysokość diety
1) skierowanie trwa nie dłużej niż dobę i wynosi:	
a) mniej niż 8 godzin	dieta nie przysługuje
b) od 8 do 12 godzin	przysługuje 50% diety, tj. 15 zł
c) ponad 12 godzin	przysługuje dieta w pełnej wysokości, tj. 30 zł
2) skierowanie trwa dłużej niż dobę	
a) za każdą dobę	przysługuje dieta w pełnej wysokości, tj. 30 zł
b) za niepełną, ale rozpoczętą dobę i wynosi:	
- do 8 godzin	przysługuje 50% diety, tj. 15 zł
- ponad 8 godzin	przysługuje dieta w pełnej wysokości, tj. 30 zł

W niektórych przypadkach prawo do diety jest wyłączone:

- za czas skierowania do pracy do miejscowości pobytu stałego lub czasowego pracownika,
- za czas przerwy w pracy na podstawie skierowania (np. powrót na weekend do rodzinnej miejscowości)

Zwrot kosztów z tytułu zakwaterowania lub wyżywienia nie przysługuje w przypadku zapewnienia w miejscu wykonywania pracy bezpłatnego zakwaterowania lub wyżywienia.

10. 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, chyba że istnieje podstawa do rozwiązania umowy o pracę bez wypowiedzenia z winy pracownika albo w przypadku zmiany lub uchylecia decyzji. Aktualne pozostają natomiast przepisy kodeksu pracy dotyczące wygaśnięcia stosunku pracy.

Mając na względzie konieczność zabezpieczenia osób skierowanych do pracy przy zwalczaniu epidemii wykupione zostaną dla nich polisy ubezpieczeniowe.

ZMIANY PRZEPISÓW PRAWNYCH DLA PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W CZASIE EPIDEMII COVID-19

W ustawie z dnia 31 marca 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w zakresie systemu ochrony zdrowia związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 (Dz. U. z 2020 r., poz. 567) zawarto następujące zmiany:

Art. 3. W ustawie z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi (Dz. U. z 2019 r. poz. 1222) wprowadza się **iz pielegniarka będzie mogła kwalifikować dawców do oddania krwi lub jej składników;**

Art. 8. W ustawie z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2019 r. poz. 1239 i 1495 oraz z 2020 r. poz. 284, 322 i 374) wprowadza się następujące zmiany: **pielegniarki, położne bez względu na wykształcenie będą mogły pełnić dyżur medyczny w podmiotach leczniczych udzielających świadczeń przez całą dobę.”**

Art. 10. W ustawie z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielegniarki i położnej (Dz. U. z 2019 r. poz. 576, 577, 1490 i 1590) po art. 26a dodaje się art. 26b **który wprowadza skrócenie czasu odbycia przeszkolenia po przerwie dłuższej niż 5 w okresie ostatnich 6 lat. Pielegniarki i położne będą mogły w okresie pierwszych 2 tygodni wykonywania zawodu pod nadzorem i we współpracy z inną pielegniarką lub położną wykonującą zawód w tym samym podmiocie leczniczym odbyć przeszkolenie i rozpocząć pracę w tym podmiocie.**

Art. 15. W ustawie z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz. U. poz. 374) wprowadza się następujące zmiany: **podniesiono zasiłek chorobowy z 80% na 100% podstawy wymiaru zasiłku obliczonej na podstawie przepisów ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (dotyczy osób wykonujących zawód medyczny w okresie podlegania obowiązkowej kwarantannie lub izolacji w warunkach domowych.”;**

11. Teleporady mogą być również udzielane przez podmioty wykonujące działalność leczniczą. Przepisy ust. 4–9 stosuje się odpowiednio.

(dop. czyli także przez pielegniarki i położne wykonujące zawód w różnych formach zatrudnienia)

Zmiany dotyczące usprawnienia pracy samorządów zawodowych w czasie epidemii COVID-19.

Ustawa z dnia 31 marca 2020 r. o zmianie ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2020 r., poz. 568)

Dodano art. 14h

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

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

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

WYTYCZNE POSTĘPOWANIA DLA PIEŁĘGNIAREK MAJĄCYCH KONTAKT Z OSOBĄ ZAKAŻONĄ SARS-CoV-2 Warszawa, 22.03.2020 r. /MZ i GIS

1. Podstawą wszelkich działań pielęgniarki jest postępowanie zgodne z procedurami przewidzianymi dla postępowania z pacjentami chorymi na choroby zakaźne układu oddechowego.
2. W przypadku podjęcia przez pielęgniarkę podejrzenia o zakażenie koronawirusem (np. w wyniku postępowania niezgodnego z ww. procedurami lub wystąpienia zdarzenia ryzykownego), wskazane jest przeprowadzenie badania w kierunku koronawirusa.
3. Przesłanką do wykonania badania w każdym przypadku jest wyłącznie wystąpienie objawów takich jak gorączka pow. 38°C, kaszel, duszności.
4. Badanie można przeprowadzić dopiero na następny dzień po zaobserwowaniu objawów (optymalny punkt pobrania materiału gwarantujący 95% wiarygodności wyniku).
5. Jedynie badanie przeprowadzone w 7 dniu (co wynika z okresu wylegania 2-14 dni, średnio 5-7 dni) od wystąpienia zdarzenia o wysokim ryzyku kontaktu, może potwierdzić lub wykluczyć zakażenie SARS-CoV-2.
6. Badanie polega na pobraniu próbki (głęboki wymaz z gardła) wyłącznie przez delegowane i wykwalifikowane w tym kierunku osoby, z zachowaniem przyjętych procedur.
7. Nie rekomenduje się aktualnie dokonywania pobrać samodzielnie/na własną rękę.
8. Wynik ujemny badania na zakażenie SARS-CoV-2 w podanym terminie (7 dni od zdarzenia – połowa okresu kwarantanny) lub w terminie późniejszym należy interpretować, jako brak zakażenia.
9. Po uzyskaniu wyniku ujemnego pielęgniarka może niezwłocznie wrócić do pracy, obserwując swój stan zdrowia.

Zalecenia w stanie epidemii wirusa SARS-CoV-2 wywołującego chorobę COVID-19 dla położnych rodzinnych/położnych poz

Aktualizacja z dnia 30.03.2020 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

W związku ze wzrostem ryzyka zarażenia wirusem SARS-CoV-2 oraz rozwojem epidemii zachorowań na COVID-19 w Polsce, w celu zminimalizowania ryzyka transmisji infekcji COVID-19, poprzez ograniczanie kontaktów z pacjentkami przebywającymi w domach należy zastosować 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. 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 zgodnie z zapotrzebowaniem w nieograniczonej liczbie, w ramach kolejnych wizyt patronażowych mogą w istotny sposób ograniczyć ryzyko rozprzestrzeniania się wirusa SARS-CoV-2, ułatwiać izolację osób, mogących zarażać wirusem innych oraz rozwiewać obawy podopiecznych dotyczące ich sytuacji zdrowotnej. Należy bezwzględnie pamiętać o indywidualnym podejściu do każdej pacjentki, z uwzględnieniem dynamicznie zmieniającej się sytuacji epidemiologicznej.

I. PLANOWANIE WIZYTY PATRONAŻOWEJ

1. W celu zminimalizowania ryzyka transmisji infekcji COVID-19 należy ograniczyć nie tylko bezpośrednie kontakty położnej do niezbędnego minimum, ale również czas trwania bezpośredniej wizyty w miejscu pobytu matki i dziecka, gdy jest ona uzasadniona ich stanem zdrowia i problemami zgłaszanymi przez podopiecznych, które nie mogą być rozwiązane za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności.
2. Pierwsza wizyta patronażowa powinna odbyć się w miejscu pobytu matki i dziecka, nie później niż w ciągu 48 godzin od otrzymania przez położną zgłoszenia urodzenia dziecka od podmiotu leczniczego. Podczas tej wizyty położna POZ przede wszystkim jest zobowiązana dokonać oceny stanu zdrowia położnicy i noworodka oraz zwrócić uwagę na relacje w rodzinie i wydolność opiekuńczą rodziny.
3. Położna POZ przed udaniem się na wizytę patronażową powinna dokonać rejestracji pacjentki w systemie informatycznym wraz ze sprawdzeniem w systemie e-WUS jej prawa do świadczeń medycznych oraz informacji, czy pacjentka nie jest obecnie w okresie kwarantanny.
4. 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.
5. 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 odbyciu wizyty w środowisku domowym:
 - 1) Czy w okresie ostatnich 14 dni ktoś z domowników przebywał w rejonie transmisji koronawirusa? (lista krajów jest publikowana codziennie na stronie www.gis.gov.pl)
 - 2) Czy w okresie ostatnich 14 dni Pacjentka miała kontakt z osobą, u której zostało potwierdzone zakażenie koronawirusem?
6. Czy występują u Pacjentki (*lub u innych osób wspólnie zamieszkujących*) objawy:
8. gorączka powyżej 38°C, kaszel, uczucie duszności?
9. W przypadku osób izolowanych w warunkach domowych bądź poddanych kwarantannie w związku z kontaktem z osobą zakażoną wirusem SARS-CoV-2 (dotyczy pacjentki lub któregośkolwiek z domowników) należy zrezygnować z udzielenia świadczenia obejmującego opiekę nad kobietą, noworodkiem i niemowlęciem do ukończenia 2 (*drugiego*) miesiąca życia, realizowanego w ramach wizyt patronażowych. 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*).
10. 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.
11. Przed wizytą można zwrócić się do pacjentki z prośbą o przesłanie drogą elektroniczną zdjęcia/scanu karty informacyjnej pobytu w szpitalu położnicy i noworodka.
12. 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.
13. Podczas rozmowy telefonicznej, poprzedzającej wizytę należy poinformować, aby
14. ułatwić wejście położnej do mieszkania, nie blokować wjazdu na posesję, zamknąć zwierzęta domowe, ograniczyć kontakt z domownikami, dobrze wywietrzyć pomieszczenia i jeśli to 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, nie przekraczający 15 minut, 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 jednej pacjentki/novorodka w jednej torbie (*np. lnianej, 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 transmisji wirusa. Wówczas pacjentka powinna wykonać pomiar ciśnienia tętniczego krwi własnym aparatem przed wizytą patronażową lub w jej trakcie.
3. Przygotowanie położnej POZ: dłonie bez biżuterii - pierścionków, obrączek, bransoletek i zegarków (*„nic poniżej łokcia”*), krótko obcięte paznokcie, upięte włosy. Położna powinna być ubrana w maskę, okulary ochronne lub przyłbicę, rękawice ochronne 2 pary (*wewnętrzne i zewnętrzne*).
4. Przed wejściem do pomieszczenia pobytu pacjentki należy pozostawić po przekroczeniu drzwi wejściowych do mieszkania czyste oznakowane dwa czerwone worki na 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.
5. Przed wejściem położnej do mieszkania, pacjentka powinna dokładnie umyć ręce wodą z mydłem zgodnie z zaleceniami oraz założyć maseczkę – jeśli ją posiada.
6. W czasie wizyty patronażowej położnej w pokoju powinna być tylko matka z dzieckiem, a pozostali domownicy powinni przebywać w innych pomieszczeniach.
7. W domach jednorodzinnych wizyta patronażowa powinna odbywać się w pokoju na niższej kondygnacji budynku (*jak najbliżej drzwi wejściowych i łazienki*). 4
8. Drzwi do pokoju / pokoiów, w którym przebywają matka z dzieckiem oraz do łazienki muszą być otwarte w celu ograniczenia kontaktu z dotykanyymi powierzchniami.
9. 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.
10. Rozmowa z pacjentką musi odbywać się z zachowaniem możliwie największej bezpiecznej odległości, zalecane nie mniej niż 1,5 m, z zachowaniem zasad higieny oddychania (*zasłaniać usta i nos podczas kaszlu, kichania, nie mówić głośno twarzą w twarz*).
11. Badanie położnicy, jak również noworodka należy możliwie maksymalnie skrócić.
12. Podczas wizyty należy krótko poinformować o zaleceniach, rozwiewając wątpliwości i przesuwając dalszą konwersację na rozmowę telefoniczną.
13. Po badaniu każdego pacjenta (*położnica, noworodek*) położna jest zobowiązana umyć ręce i zdezynfekować środkami na bazie alkoholu, a sprzęt medyczny zdezynfekować przed i po jego użyciu.
14. 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.
15. 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 PWZ, bez konieczności stawiania pieczętki*).
16. Należy zdezynfekować drobny sprzęt medyczny stetoskop, ciśnieniomierz, wagę itp. Oraz telefon komórkowy (*w torbce strunowej*), pieczętkę, długopis i inne dotykane elementy.
17. 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 twarościennym*), który należy zabrać do utylizacji. Jeśli były używane okulary ochronne, należy je zabezpieczyć w osobnym worku (*obowiązkowo zdezynfekować przed kolejnym użyciem!*).
18. Ręce i nadgarstki należy bezwzględnie zdezynfekować płynem na bazie alkoholu, zgodnie z instrukcją producenta.
 19. Wszystkie pomieszczenia przed i po wizycie patronażowej powinny być dobrze wentylowane.
 20. Jeżeli jest taka potrzeba ze strony położnej lub pacjentki - wizytę należy kontynuować z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności. 5
 21. 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.
 22. 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.
 23. 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.
 24. 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.
 25. 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 obuwiu.

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 wydziałami pacjentki (*rana po operacji brzusznej lub rana krocza*).

IV. EDUKACJA PRZEDPORODOWA

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, 6 należy realizować tylko w formie porady z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności, do czasu zakończenia okresu epidemii na terenie kraju.

V. WIZYTY W GABINECIE POŁOŻNEJ POZ

1. Położna zapewnia dostępność do świadczeń udzielanych w gabinecie w wymiarze
2. czasowym zgodnie z harmonogramem przekazanym do NFZ.

3. W związku z wysokim ryzykiem epidemiologicznym, wizyty w gabinecie powinny być ograniczone wyłącznie do absolutnie koniecznych.
4. Wszystkie wizyty pacjentek są poprzedzane i ustalane za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności.
5. 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.
6. Zabiegi związane z pielęgnacją rany i inne zabiegi - należy wykonywać z zachowaniem szczególnych zasad ostrożności i bezwzględnie z zachowaniem aseptyki i antyseptyki.
7. 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*).
8. Po zakończeniu wizyty gabinet położnej POZ i ciąg komunikacyjny, który przebyła
9. pacjentka jest myta i wietrzony, a powierzchnie dotykowe dezynfekowane, przestrzega się rozdzielności czasowej pomiędzy wizytami w gabinecie położnej POZ.

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**
3. **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.
4. <https://nipip.pl/wp-content/uploads/2020/03/za%C5%82.4.PPE-dla-medyka.pdf>
5. 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

1. 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.
2. Zewnętrzny worek powinien posiadać metryczkę, znak ostrzegający przed skażeniem biologicznym oraz napis „Materiał zakaźny dla ludzi”.
3. 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/aktualnosc/>
www.gov.pl/rpp

Osoby spełniające kryterium podejrzenia przypadku COVID-19 należy kierować do oddziału zakaźnego lub poinstruować o możliwości konsultacji telefonicznej ze Stacją Sanitarno-Epidemiologiczną.

KRYTERIA EPIDEMIOLOGICZNE ODNOSZĄCE SIĘ DO PODEJRZENIA ZAKAŻENIA

<https://gis.gov.pl/aktualnosci/definicja-przypadku-na-potrzeby-nadzoru-nad-zakazeniami-ludzinowym-koronawirusem-sars-cov-2/>

Każda osoba, która w okresie 14 dni przed wystąpieniem objawów spełniała co najmniej jedno z następujących kryteriów:

- przebywała lub powróciła z obszaru, w którym występuje też lokalna lub o małym stopniu rozpowszechnienia transmisja COVID-19.
- miała **bliski kontakt** z osobą, u której stwierdzono zakażenie COVID-19 (*kontakt z przypadkiem potwierdzonym lub prawdopodobnym*). Jako bliski kontakt należy rozumieć:
 - zamieszkiwanie z przypadkiem COVID-19, 8
 - bezpośredni kontakt fizyczny z przypadkiem COVID-19 (np. podanie ręki),
 - bezpośredni kontakt bez zabezpieczania z wydzielinami osoby z COVID-19 (*np. dotykane zużytej chusteczki higienicznej, narażenie na kaszel osoby chorej*),
- przebywanie w bezpośredniej bliskości (*twarzą w twarz*) osoby chorej – przez dowolny czas,
- przebywanie w odległości 2 metrów od przypadku COVID-19 przez czas dłuższy niż 15 minut w sytuacji każdej innej ekspozycji niewymienionej powyżej,
- personel medyczny lub inna osoba bezpośrednio opiekująca się chorym z COVID-19 lub osoba pracująca w laboratorium bezpośrednio z próbkami osób z COVID-19 bez odpowiedniego zabezpieczania lub w przypadku, gdy doszło do uszkodzenia stosowanych środków ochrony osobistej lub w przypadku stwierdzenia ich nieprawidłowego zastosowania,
- kontakt na pokładzie samolotu i innych zbiorowych środków transportu obejmujący osoby zajmujące dwa miejsca (*w każdym kierunku*) od osoby z COVID-19, osoby towarzyszące w podróży lub sprawujące opiekę, członkowie załogi obsługujący sekcje, w której znajduje się chory (*w przypadku ciężkich objawów u osoby z COVID-19 lub jej przemieszczania się za bliski kontakt należy uznać wszystkich pasażerów znajdujących się w sekcji lub na pokładzie środka transportu*),
- uzyskanie informacji od odpowiednich służb, że miał miejsce kontakt z potwierdzonym przypadkiem.

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.

SARS-COV-2: ZALECENIA DLA INSTRUMENTARIUSZEK I PIELEŃNIAREK OPERACYJNYCH 31.03.2020 R.

MZ opublikowało zalecenia Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Instrumentariuszek dla pielęgniarek operacyjnych pracujących przy operacjach pacjentów z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem wirusem SARS-CoV-2. Nie oddają one całości opieki pielęgniarek operacyjnych. Charakter tej opieki został opisany w standardach pielęgniarskiej praktyki klinicznej w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego i obowiązują one również podczas opieki nad pacjentem z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem wirusem SARS-CoV-2. **Celem dokumentu jest wskazanie dodatkowych zachowań i podkreślenie tych aspektów opieki, które mają na celu zwiększenie bezpieczeństwa operowanego pacjenta i personelu.**

Zalecenia nie uwzględniają wszystkich rozwiązań architektonicznych występujących w blokach operacyjnych w Polsce. Należy zatem dostosować je do swoich warunków lokalowych. Zdaniem Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Instrumentariuszek należy pracować według procedur obowiązujących w danych jednostkach w sytuacji kontaktu z pacjentem zakażonym lub podejrzanym o zakażenie patogenem alarmowym.

Niedopuszczalne są praktyki delegowania personelu do pracy w dwóch jednostkach organizacyjnych danego szpitala podczas jednego dyżuru (na przykład delegowanie pielęgniarek operacyjnych do pracy w oddziale, czy na SOR, a potem powrotu na blok operacyjny).

Zalecenie podzielono na 3 części: faza przedoperacyjna, śródoperacyjna i pooperacyjna. Oprócz tego znalazły się procedury związane ze sprzątnięciem sali operacyjnej po operacji u pacjenta podejrzanego o zakażenie lub zakażonego wirusem SARS CoV-2, w których przypomniano, że pielęgniarki operacyjne odpowiadają za przeprowadzenie dezynfekcji w sali operacyjnej wnętrza szaf/szuflad, w których są umieszczone wyroby medyczne. Zalecenia powyższe dostępne są pod adresem:

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

Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego

Beata Ostrzycka 31.03.2020r.

Wytyczne do stosowania przez pielęgniarki POZ w czasie epidemii wirusa SARS-CoV-2

W związku z ogłoszeniem stanu epidemii w Polsce i stale rosnącą liczbą zachorowań na COVID-19 – chorobę wywołaną przez wirusa SARS-CoV-2 wprowadza się dla pielęgniarek POZ wytyczne, których należy bezwzględnie przestrzegać podczas realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie pielęgniarstwa POZ.

Organizacja pracy pielęgniarki POZ w czasie ogłoszonej epidemii koronawirusem SARS-CoV-2

Zaplanuj pracę w ciągu dnia na:

1. Wizyty domowe – tylko pacjenci wymagający pilnej wizyty domowej w przypadkach uzasadnionych medycznie – po wcześniejszym uzgodnieniu telefonicznym.
2. Wizyty w gabinecie pielęgniarki POZ – minimalizuj wizyty – tylko pacjenci z pilnym skierowaniem na zabiegi pozostające w kompetencji pielęgniarki POZ.
3. Teleporady w gabinecie pielęgniarki POZ.

Wizyty domowe:

1. Ogranicz wizyty domowe do wizyt niezbędnych, wyłącznie do pacjentów pilnych! Zminimalizuj to ryzyko dla Ciebie i pacjenta transmisji infekcji COVID-19.
2. Pacjent stabilny powinien być poinformowany poprzez rozmowę telefoniczną o możliwości konsultacji z pielęgniarką rodzinną metodą teleporady z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności. Pacjent powinien otrzymać również informację o możliwości otrzymania kodu do e- recepty oraz środków pomocniczych poprzez łączność telefoniczną.
3. Wszystkie wizyty domowe wynikające ze zlecenia lekarza oraz te pozostające w kompetencji pielęgniarki POZ, powinny być poprzedzone wcześniej wywiadem telefonicznym z pacjentem lub jego rodziną. Wiedza zdobyta podczas wywiadu epidemiologicznego telefonicznego pozwoli na podjęcie szczególnych środków ostrożności podczas wizyty domowej oraz pozwoli na dokładne zaplanowanie działań podczas wizyty domowej. **W rozmowie telefonicznej zadaj pytania:**
 - Czy ktoś z domowników w okresie ostatnich 14 dni przebywał w rejonie transmisji koronawirusa?
 - Czy w ostatnich 14 dniach pacjent miał kontakt z osobą, która wróciła z kraju transmisji koronawirusa?
 - Czy w okresie ostatnich 14 dni pacjent miał kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie koronawirusem SARS CoV-2?

- Czy pacjent lub ktoś z domowników obserwują u siebie objawy ostrej infekcji dróg oddechowych – jak gorączka powyżej 38° C, kaszel, duszność, trudności w oddychaniu?

Jedna z tych odpowiedzi twierdząca powoduje, że pilna wizyta domowa pielęgniarki rodzinnej musi odbyć się bezwzględnie z zastosowaniem środków ochrony indywidualnej!!

Środki ochrony indywidualnej zgodne z wytycznymi GIS i WHO

UWAGA! Jeżeli pacjent informuje pielęgniarkę, że sam lub inna osoba z domowników ma gorączkę powyżej 38° C, kaszel, duszność, trudności w oddychaniu – proszę ustalić w porozumieniu z lekarzem POZ teleporadę lekarza POZ. Lekarz POZ podejmuje wówczas decyzję co dalej z pacjentem. Natomiast, gdy pacjent informuje, że jest z kontaktu, a nie ma objawów (pacjent bezobjawowy) powinien otrzymać informację od pielęgniarki POZ o konieczności kontaktu telefonicznego ze stacją SANEPID (proszę podać pacjentowi telefom do SANEPID).

Przed wizytą domową przygotuj zestaw środków ochrony indywidualnej.

PAMIĘTAJ !!!

Brak dostępności do środków ochrony indywidualnej powoduje, że wizyta domowa powinna zostać przełożona do czasu otrzymania lub wyposażenia pielęgniarkę w środki ochrony indywidualnej !!!

Nie narażaj siebie na zakażenie i przymusową Izolację.

Pozbawisz przez to innych pacjentów opieki, której przecież potrzebują!

Zalecany zestaw środków ochrony indywidualnej dla personelu opiekującego się osobą chorą lub podejrzaną o zakażenie

1. 3 – czerwone worki plastikowe worki ponumeruj 1,2,3
2. 1 – worek plastikowy w innym kolorze
3. 2 pary rękawiczek
4. Maski twarzowa z filtrem HEPA, ewentualnie chirurgiczna
5. Fartuch ochronny nieprzesiakiwy (lub flizelinowy jeżeli wizyta jest dedykowana iniekcji, innych zabiegów z przerwaniem ciągłości tkanek)
6. Gogle lub przyłbica.
7. Preparat do dezynfekcji rąk na bazie alkoholu.
8. Pamiętaj o związaniu lub upięciu włosów.

Do wizyty domowej przygotuj tylko niezbędny i potrzebny do wykonania świadczenia zdrowotnego sprzęt.

Organizacja wizyty domowej

1. Umów telefonicznie wizytę domową.
2. Zbierz wywiad epidemiologiczny zgodnie z procedurą wskazaną wyżej. Zbierz potrzebne informacje w celu zaplanowania wizyty.
3. Poproś rodzinę lub pacjenta o wywietrzenie pokoju, w którym przebywa chory bezpośrednio przed wizytą.
4. Poproś, aby w pokoju pacjenta podczas wizyty przebywał tylko pacjent, bez rodziny.
5. Poproś, aby pacjent miał założoną maseczkę jednorazową w trakcie pielęgniarskiej wizyty, w sytuacji gdy jej nie posiada, a wynika to z przeprowadzonej wcześniej rozmowy telefonicznej, weź ze sobą dodatkową maskę. Jeśli nie ma takiej możliwości poproś pacjenta, aby zasłonił usta i nos np. ręcznikiem.
6. Ciąg komunikacyjny do miejsca, w którym przebywa chory powinien być drożny, drzwi do pokoju chorego otwarte.
7. Załóż środki ochrony indywidualnej zaraz po wejściu do domu.

Zastosuj poniższy algorytm

Algorytm zakładania środków ochrony osobistej

1. Swoje wierzchnie ubranie włóż do worka foliowego innego koloru niż czerwony.
2. Pamiętaj o zasadzie: „nic poniżej łokcia” co oznacza, że nie możesz mieć na ręku zegarka, pierścionków, innych ozdób na nadgarstkach.
3. Zepnij włosy.
4. Przed założeniem środków ochrony indywidualnej zdezynfekuj ręce i nadgarstki roztworem na bazie alkoholu zgodnie z instrukcją producenta.
5. Załóż pierwsze rękawice (wewnętrzne).
6. Załóż fartuch ochronny, mankiety powinny zachodzić na pierwsze rękawice.
7. Załóż maskę ochronną z filtrem HEPA przykładając starannie do twarzy w okolicy ust i nosa i rozłóż ją tak, by dobrze przywierała (bez żadnych szczelin pomiędzy twarzą a maską), zlokalizuj metalowy pasek i rozmieść na twarzy tak, by środek był w okolicy nosa.
8. Jeżeli nie posiadasz maski z filtrem HEPA, zastępczo załóż maskę chirurgiczną i dopasuj metalowy klips na nosie.
9. Załóż okulary ochronne (gogle) lub przyłbicę.
10. Załóż rękawice zewnętrzne (drugie).

Nigdy nie dotykaj maseczki w trakcie jej noszenia.

PAMIĘTAJ !!! w domu chorego masz ograniczone możliwości bezpiecznej wymiany maseczki.

8. Wizyta powinna trwać jak najkrócej, maksymalnie 15 minut.
9. Wszystkie zalecenia po wizycie powinny być omówione poprzez teleporadę.
10. Zdejmij środki ochrony osobistej stosując poniższy algorytm

Algorytm zdejmowania środków ochrony osobistej

1. Zdejmij zewnętrzne rękawice wraz z fartuchem ochronnym i umieść natychmiast w 1 czerwonym worku
2. Zdejmij gogle lub przyłbicę i natychmiast umieść w 2 czerwonym worku (po powrocie z wizyty będziesz musiała je umyć i zdezynfekować)
3. Zdezynfekuj rękawice wewnętrzne
4. Zdejmij maskę ochronną twarzową, (jeżeli użyłaś maski z filtrem HEPA pamiętaj aby najpierw zdjąć taśmy nagłowia potyliczną i szyjną i trzymając czasze maski odsuń maskę od twarzy zdejmując ją – umieść natychmiast w 1 czerwonym worku
5. Zdejmij wewnętrzne rękawice i umieść w 1 czerwonym worku
6. Worek zwiń i włóż do 3 czerwonego worka
7. Zamknij szczelnie, tak aby w trakcie jazdy samochodem brudne akcesoria nie miały możliwości przemieszczania się
8. Zdezynfekuj dłonie i nadgarstki preparatem na bazie alkoholu zgodnie z instrukcją producenta
9. Pamiętaj o dezynfekcji sprzętu, który użyłaś podczas udzielania świadczeń

Pamiętaj!!!

Pacjent, który wymaga pilnej wizyty pielęgniarki rodzinnej – uzasadnionej jego stanem zdrowia **nie może pozostać bez opieki!**

Na bieżąco śledź wytyczne Głównego Inspektora Sanitarnego!
Na bieżąco śledź ogłoszenia i komunikaty Ministra Zdrowia!
Sytuacja zmienia się dynamicznie.

Realizacja świadczeń pielęgniarских w gabinecie pielęgniarki POZ w trakcie epidemii koronawirusa

1. Umieść informacje w widocznym miejscu o dostępności świadczeń pielęgniarских w gabinecie POZ – harmonogram
2. Realizacja zabiegów pozostających w kompetencji pielęgniarki POZ odbywa się zgodnie z ustalonym i podanym do wiadomości pacjentów harmonogramem
3. Każdy pacjent wymagający pilnej realizacji świadczeń pielęgniarских musi być przyjęty z zachowaniem bezpieczeństwa – przeprowadź wywiad epidemiologiczny dotyczący wirusa SARS-CoV-2, w celu oceny ryzyka COVID-19 (schemat jak wyżej)
4. Świadczenia wykonuj z założeniem środków ochrony indywidualnej
5. Pacjent do gabinetu pielęgniarki POZ powinien wejść w maseczce ochronnej, przekazać maseczkę ochronną pacjentowi natychmiast po wejściu do przychodni
6. Wizyta powinna trwać krótko
7. Wywietrz gabinet po każdym pacjencie
8. Nie zapominaj o częstym myciu rąk i dezynfekcji
9. Dezynfekuj klamki oraz miejsca dotykowe kilkakrotnie w ciągu dnia
10. Pamiętaj o dezynfekcji sprzętu, który używasz – gleukometr, stetoskop oraz każdy inny

Wszystko dokumentujemy w indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta

Teleporady w gabinecie pielęgniarki POZ

1. Przygotuj się do teleporady, przygotuj dokumentację pacjenta
2. Zbierz dokładny wywiad, zdefiniuj problemy
3. Udzielaj teleporady jednocześnie tylko jednemu pacjentowi
4. Udzielanie kilku teleporad jednocześnie – grozi popełnieniem błędu!
5. Jeżeli udzielasz teleporady a w trakcie przyszedł pacjent do gabinetu, poproś aby poczekał. Udzielanie jednocześnie dwóch konsultacji obarczone jest błędem!
6. Zawsze pytaj pacjenta czy dobrze zrozumiał, to o czym rozmawialiście
7. Formułuj jasno zalecenia i upewnij się czy pacjent będzie je stosował
8. Edukuj pacjenta, monitoruj telefonicznie efekty edukacji
9. Kontroluj. Jeżeli wydałaś zalecenia, poproś aby pacjent dzwonił i zwrotnie informował o realizacji zaleceń. Jeżeli to możliwe to poproś o przysłanie zdjęcia, aby się upewnić, że nie doszło do błędu.

Wszystkie teleporady muszą być dokumentowane w indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta.

WAŻNE! – Pamiętaj o wpisaniu również godziny teleporady.

Może się zdarzyć, że będziesz zmuszona poddać się obowiązkowej kwarantannie. W domu masz małe dzieci lub osobę starszą, poproś Wojewodę z Twojego terenu o wskazanie miejsca odbycia kwarantanny poza domem. Masz takie prawo.

Telefon znajdziesz na stronie Zarządzania Kryzysowego właściwego Urzędu Wojewódzkiego.

Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie uruchomiło porady dla pielęgniarek. Masz wątpliwości – zadzwoń i upewnij się, abyś czuła się bezpieczna – **Tel. 22 398 18 72**

**Zalecenia dla Zespołu Domowej Opieki Paliatywnej/Hospicjum Domowego
i Poradni Medycyny Paliatywnej w stanie epidemii wirusa SARS-CoV-2
wywołującego chorobę COVID-19**
Aktualizacja z dnia 2.04.2020 r.

Rekomendacje

**Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej
Konsultanta Krajowego w dziedzinie medycyny paliatywnej
Pełnomocnika Ministra Zdrowia ds. opieki paliatywnej
Polskiego Towarzystwa Pielęgniarstwa Opieki Paliatywnej
Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej
Polskiego Towarzystwa Opieki Paliatywnej im. Profesora Jacka Łuczaka
Forum Hospicjów Polskich**

Opracowanie: Wojciech Leppert¹, mgr Izabela Kaptacz², mgr Anna Białoń-Janusz³
Konsultacja: dr hab. med. Aleksandra Ciałkowska-Rysz⁴, dr med. Maciej Niedźwiecki⁵

¹ Konsultant Krajowy w dziedzinie medycyny paliatywnej
Pracownia Badania Jakości Życia, Katedra i Klinika Medycyny Paliatywnej
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

² Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej
Zakład Medycyny i Opieki Paliatywnej, Wydział Nauk o Zdrowiu w Katowicach
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

³ Konsultant Wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej w Województwie
Małopolskim, Polskie Towarzystwo Pielęgniarstwa Opieki Paliatywnej
Towarzystwo Przyjaciół Chorych Hospicjum im. św. Łazarza w Krakowie

⁴ Prezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej
Zakład Medycyny Paliatywnej, Katedra Onkologii, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

⁵ Pełnomocnik Ministra Zdrowia ds. opieki paliatywnej
Katedra i Klinika Pediatrii, Hematologii i Onkologii, Gdański Uniwersytet Medyczny

W celu minimalizacji ryzyka transmisji infekcji wirusem SARS-CoV-2 poprzez ograniczanie kontaktów z pacjentami przebywającymi w domach, w ramach realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna udzielanych w Hospicjum Domowym i w Poradni Medycyny Paliatywnej, w przypadku kontynuacji opieki, możliwa jest realizacja porad i wizyt z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności, o ile ten sposób postępowania nie wpłynie negatywnie na stan zdrowia pacjenta.

**I. ZALECENIA W REALIZACJI ŚWIADCZEŃ PIELEGNIARSKICH I LEKARSKICH
W HOSPICJUM DOMOWYM/ZESPOLE DOMOWEJ OPIEKI PALIATYWNEJ DLA
DOROSŁYCH I DLA DZIECI W STANIE EPIDEMII WIRUSA SARS-COV-2
WYWOŁUJĄCEGO CHOROBE COVID-19**

Teleporada lekarza z pacjentem i/lub rodziną powinna być udzielona minimum 2 razy w miesiącu, a telewizyta pielęgniarki minimum 2 razy w tygodniu. Należy sprawdzić, czy pacjent dysponuje środkami łączności (telefon), jeśli nie, zabezpieczyć pacjenta, pozostawić numery kontaktowe i zapewnić dostęp do całodobowego kontaktu telefonicznego z zespołem medycznym przez 7 dni w tygodniu.

W dokumentacji medycznej należy odnotować fakt poinformowania chorego i/lub jego rodziny o zmianie formy sprawowania opieki na czas epidemii.

Jeżeli pacjent i/lub rodzina nie wyrażają zgody na wizyty personelu medycznego w domu, pielęgniarka i lekarz odnotowują ten fakt w dokumentacji medycznej z podaniem przyczyny i ustalają z pacjentem i/lub rodziną warunki prowadzenia porad i konsultacji pacjenta w formie kontaktu telefonicznego.

Zaplanuj pracę na:

- 1) **Teleporady lekarskie/ telewizyty pielęgniarские** – przeprowadź zdalnie (praca z domu) lub w uzasadnionej sytuacji w siedzibie jednostki.
- 2) **Wizyty domowe** realizuj u pacjentów, u których niezbędna jest wizyta domowa, po wcześniejszym uzgodnieniu telefonicznym i zebraniu wywiadu epidemiologicznego.

1. Organizacja pracy w ramach teleporady/ telewizyty w Hospicjum Domowym

- Przygotuj warunki do przeprowadzenia teleporady/telewizyty, przygotuj dokumentację pacjenta.
- Zbierz dokładny wywiad, zdefiniuj problemy i potrzeby chorego.
- Ustal dogodne godziny, w których pacjent i/lub opiekun będzie dostępny przy telefonie.
- Udzielaj teleporady/telewizyty jednocześnie tylko jednemu pacjentowi.
- Udzielanie kilku teleporad/telewizyt jednocześnie może spowodować błędy.
- Poinformuj pacjenta i/lub jego opiekuna o konieczności zgłaszania pogorszenia stanu zdrowia chorego i objawów, które mogą wymagać wizyty domowej.
- Formułuj jasno zalecenia i upewnij się, czy pacjent będzie je stosował.
- Zawsze pytaj pacjenta / opiekunów chorego, czy dobrze zrozumiał zalecenia.
- Edukuj pacjenta / opiekunów, monitoruj telefonicznie efekty edukacji.
- Opis teleporady/telewizyty (wywiad, rozpoznanie problemów i potrzeb, wydane zalecenia, leki, recepty i wnioski) umieść w dokumentacji medycznej pacjenta.
- Indywidualną dokumentację medyczną pacjenta prowadź systematycznie, wpisów dokonuj w miejscu udzielania teleporady/telewizyty.
- Informację o wykonanej teleporadzie/telewizycie umieść w „karcie wizyt w domu chorego”.
- Przekaż pacjentowi informację o możliwości otrzymania kodu do e-recepty i środków pomocniczych.
- Pamiętaj o wpisaniu daty i godziny teleporady/telewizyty.

2. Organizacja wizyt domowych w ramach Hospicjum domowego

- Jeśli na podstawie zebranych telefonicznie informacji, stan pacjenta wymaga wizyty domowej, zaplanuj termin wizyty i poinformuj chorego i/lub jego rodzinę o jej formie i planowanym przebiegu (w tym przewidzianym czasie wizyty).
- Każdorazowo przed realizacją wizyty w domu pacjenta podczas rozmowy telefonicznej przeprowadź wywiad z pacjentem lub jego rodziną/opiekunami dotyczący stanu klinicznego, problemów i potrzeb oraz przeprowadź wywiad epidemiologiczny, w celu oceny ryzyka zakażenia wirusem SARS-CoV-2 wywołującym chorobę COVID-19.
- Podczas przeprowadzania **wywiadu epidemiologicznego** dotyczącego rozprzestrzeniania wirusa SARS – CoV-2 przed wizytą domową u chorego zapytaj:
 - Czy w okresie ostatnich 14 dni miał Pan/Pani kontakt z osobą, która przebywała w rejonie transmisji koronawirusa? TAK, NIE;
 - Czy w okresie ostatnich 14 dni miał Pan/Pani kontakt z osobą, u której zostało potwierdzone zakażenie koronawirusem? TAK, NIE;
 - Czy w okresie ostatnich 14 dni miał Pan/Pani kontakt z osobą, która została poddana kwarantannie lub zalecono izolację w domu? TAK, NIE;
 - Czy występują u Pana/Pani lub domowników objawy ostrej infekcji układu oddechowego: gorączka powyżej 38°C, kaszel, duszność? TAK, NIE;
- Zapytaj o objawy nietypowe: stan podgorączkowy, ból gardła, objawy infekcji przewodu pokarmowego, zaburzenia węchu i smaku, zapalenie spojówek.
- Dokonaj rozpoznania różnicowego czy objawy wymienione w pytaniu 4. dotyczą choroby podstawowej i chorób współistniejących. Jeżeli objawy wynikają z powyższego na pytanie 4. udziel odpowiedzi NIE.
- Jeżeli na którekolwiek pytanie wywiadu epidemiologicznego udzielono odpowiedzi TAK, przed wizytą zabezpiecz się w środki ochrony osobistej jak w punkcie III.
- Jeżeli udzielono odpowiedzi TAK na co najmniej dwa z powyższych pytań skontaktuj się z Państwowym Powiatowym Inspektorem Sanitarnym.
- Po umówieniu wizyty domowej na konkretną godzinę, bezpośrednio przed wizytą poproś rodzinę lub pacjenta o wywietrzenie pokoju, w którym przebywa chory.

- Poproś, aby w pokoju pacjenta podczas wizyty przebywał tylko chory i jeden opiekun.
- Ciąg komunikacyjny do miejsca, w którym przebywa chory powinien być drożny, drzwi do pokoju chorego otwarte.
- Załóż środki ochrony indywidualnej zaraz po wejściu do domu.

II. ZALECENIA W REALIZACJI ŚWIADCZEŃ PIELEŃNIARSKICH I LEKARSKICH W PORADNI MEDYCZYNY PALIATYWNEJ W TRAKCIE EPIDEMII KORONAWIRUSEM SARS-COV-2

- Umieść informacje w widocznym miejscu o dostępności świadczeń pielęgniarских i lekarskich w Poradni.
- Realizacja porad lekarza i zabiegów pielęgniarских odbywa się zgodnie z ustalonym i podanym do wiadomości pacjentów harmonogramem.
- Pacjent wymagający pilnej realizacji świadczeń musi być przyjęty z zachowaniem bezpieczeństwa – przeprowadź wywiad epidemiologiczny dotyczący wirusa SARS-CoV-2, w celu oceny ryzyka COVID-19 (jak w zaleceniach dla Hospicjum Domowego).
- Na podstawie przeprowadzonego wywiadu epidemiologicznego świadczenia wykonuj po założeniu środków ochrony indywidualnej. Załóż rękawiczki i maseczkę jednorazową, umyj ręce lub zastosuj preparat do dezynfekcji rąk.
- Pacjent do gabinetu w Poradni powinien wejść w maseczce ochronnej, przekaz maseczkę ochronną pacjentowi po wejściu do pomieszczeń Poradni.
- Wizyta powinna trwać możliwie najkrócej.
- Wywietrz gabinet po wizycie każdego pacjenta.
- Nie zapominaj o częstym myciu rąk oraz dezynfekcji rąk i powierzchni.
- Dezynfekuj klamki i miejsca dotykowe kilka razy dziennie.
- Pamiętaj o dezynfekcji sprzętu, który używasz, np. glukometru, stetoskopu, komputera.
- Wszystkie działania należy udokumentować w dokumentacji medycznej pacjenta.

Organizacja teleporady lekarza i telewizyty pielęgniarки w Poradni Medycyny Paliatywnej

- Przygotuj się do teleporady/telewizyty, przygotuj dokumentację pacjenta.
- Zbierz dokładny wywiad, zdefiniuj problemy i potrzeby chorego.
- Udzielaj teleporady/telewizyty jednocześnie tylko jednemu pacjentowi.
- Udzielanie kilku teleporad/telewizyt jednocześnie może spowodować błędy.
- Jeżeli udzielasz teleporady/telewizyty a w trakcie przyszedł pacjent do gabinetu, poproś aby poczekał – to jest chyba oczywiste
- Zawsze pytaj pacjenta / opiekunów chorego, czy dobrze zrozumiał treść rozmowy.
- Formułuj jasno zalecenia i upewnij się, czy pacjent będzie je właściwie rozumiał.
- Edukuj pacjenta / opiekunów, monitoruj telefonicznie efekty edukacji.
- Kontroluj. Jeżeli wydałaś zalecenia, poproś aby pacjent dzwonił i zwrotnie informował o realizacji zaleceń.
- Opis teleporady/telewizyty (wywiad, rozpoznanie problemów i potrzeb, zalecenia, leki, recepty i wnioski) umieść w dokumentacji medycznej pacjenta.
- Pamiętaj o wpisaniu daty i godziny teleporady/telewizyty.

III. ZASTOSOWANIE ŚRODKÓW OCHRONY INDYWIDUALNEJ u pacjentów spełniających kryterium epidemiologiczne i kliniczne (niespełniających kryterium chorych i podejrzanych zakażeniem wirusem sars-cov-2 wywołującym chorobę covid-19)

- Stosuj środki ochrony indywidualnej zgodne z wytycznymi GIS i WHO.
- Przed wizytą domową przygotuj tylko niezbędny i potrzebny do wykonania świadczenia zdrowotnego sprzęt oraz zestaw środków ochrony indywidualnej.
- Zalecany zestaw środków ochrony indywidualnej:
 - 1) Dwa czerwone worki – ponumeruj worki 1,2,
 - 2) Pojemnik do transportu odpadów,
 - 3) Worek plastikowy w innym kolorze,
 - 4) 2 pary rękawiczek,
 - 5) Maski twarzowa chirurgiczna, ewentualnie z filtrem FFP2 lub FFP3,

- 6) Fartuch ochronny,
- 7) Ochrona oczu (co najmniej okulary ochronne),
- 8) Preparat do dezynfekcji rąk na bazie alkoholu.

Zasady zakładania środków ochrony osobistej:

- Wierzchnie ubranie włóż do worka foliowego innego koloru niż czerwony.
- Pamiętaj o zasadzie: „nic poniżej łokcia”, co oznacza, że nie możesz mieć na ręku zegarka, pierścionków, innych ozdób na nadgarstkach.
- Zepnij włosy.
- Przed założeniem środków ochrony indywidualnej zdezynfekuj ręce i nadgarstki roztworem na bazie alkoholu zgodnie z instrukcją producenta.
- Załóż pierwsze rękawice (wewnętrzne).
- Załóż fartuch ochronny, mankiety powinny zachodzić na pierwsze rękawice.
- Załóż maskę ochronną.
- Załóż okulary ochronne (ewentualnie gogle lub przyłbicę).
- Załóż rękawice zewnętrzne (drugie).
- Nigdy nie dotykaj maseczki w trakcie jej noszenia.
- Pamiętaj, że w domu chorego masz ograniczone możliwości bezpiecznej wymiany maseczki.

Zasady zdejmowania środków ochrony osobistej:

- Zdejmij zewnętrzne rękawice.
- Zdezynfekuj rękawice wewnętrzne.
- Zdejmij fartuch ochronny łapiąc go z tyłu i ciągnąc od siebie wywijając go na lewą stronę, tak by jego skażona część zawinęła się do środka i umieść natychmiast w 1 czerwonym worku.
- Zdezynfekuj rękawice wewnętrzne.
- Zdejmij ochronę oczu i umieść w 2 czerwonym worku (po powrocie z wizyty należy je umyć i zdezynfekować), jednorazową umieść w 1 worku.
- Zdezynfekuj rękawice wewnętrzne.
- Zdejmij maskę ochronną twarzową i natychmiast wyrzuć do 1 czerwonego worka. Ważnym jest by unikać kontaktu z samą maseczką i podczas zdejmowania dotykać jedynie jej pasków.
- Zdejmij wewnętrzne rękawice i umieść w 1 czerwonym worku.
- Worek zwiń i włóż do pojemnika na odpady do transportu.
- Zdezynfekuj dłonie i nadgarstki preparatem na bazie alkoholu, zgodnie z instrukcją producenta.
- Zabezpiecz aby w trakcie jazdy samochodem brudne akcesoria nie miały możliwości przemieszczania się.
- Pamiętaj o dezynfekcji sprzętu, użytego podczas udzielania świadczenia.

IV. ZASADY POSTĘPOWANIA PERSONELU MEDYCZNEGO W STANIE EPIDEMII WIRUSEM SARS-COV-2 WYWOŁUJĄCYM CHOROBY COVID-19

- Jeżeli pacjent poinformuje, że miał kontakt z osobą, u której zostało potwierdzone zakażenie koronawirusem, a nie ma objawów (pacjent bezobjawowy), poinformuj o konieczności kontaktu telefonicznego z Państwowym Powiatowym Inspektorem Sanitarnym. Przekaż numery kontaktowe.
- Jeżeli pacjent poinformuje, że sam lub inna osoba z domowników, ma gorączkę powyżej 38 °C, kaszel, trudności w oddychaniu, pielęgniarzka prowadzi teleporadę, dokumentuje powyższe i przekazuje niezwłocznie informacje lekarzowi, który podejmuje dalsze decyzje.
- Jeżeli podczas wizyty stan pacjenta lub domowników wskazuje na możliwość zakażenia SARS-CoV-2, oprócz zachowania szczególnej ostrożności, w trybie natychmiastowym zgłoś ten fakt do Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego.

WAŻNE!

- Komunikaty Głównego Inspektora Sanitarnego i Ministerstwa Zdrowia w związku ze zmienną sytuacją epidemiologiczną wywołaną wirusem SARS-CoV-2:

<https://www.gov.pl/web/koronawirus>
<https://www.gov.pl/web/zdrowie/wiadomosci>
<https://gis.gov.pl/kategoria/aktualnosci/>

PONIEWAŻ WYTYCZNE ULEGAJĄ AKTUALIZACJI SYSTEMATYCZNIE SPRAWDZAJ NA STRONIE INTERNETOWEJ GIS i MZ:

<https://gis.gov.pl/> <https://www.gov.pl/>

AKTUALNE WYTYCZNE:

1. **Komunikat Głównego Inspektora Sanitarnego - DEFINICJA PRZYPADKU NA POTRZEBY NADZORU NAD ZAKAŻENIAMI LUDZI NOWYM KORONAWIRUSEM SARS-CoV-2 z dnia 22.03.2020**

<https://gis.gov.pl/aktualnosci/definicja-przypadku-na-potrzeby-nadzoru-nad-zakazeniami-ludzi-nowym-koronawirusem-sars-cov-2/>

2. **Zalecenia dla pacjenta z dodatnim wynikiem badania w kierunku koronawirusa ze wskazaniem do izolacji w warunkach domowych MZ, GIS z dnia 26.03.2020r.**

<https://www.gov.pl/web/zdrowie/zalecenia-dla-pacjenta-z-dodatnim-wynikiem-badania-w-kierunku-koronawirusa-ze-wskazaniem-do-izolacji-w-warunkach-domowych>

3. **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) z dnia 12.03.2020r.**

<https://www.mp.pl/covid19/zalecenia/229175,zalecenia-ecdc-dotyczace-zakladania-i-zdejmowania-srodkow-ochrony-indywidualnej-w-czasie-opieki-nad-pacjentami-z-podejrzeniem-lub-potwierdzonym-zakazeniem-wirusem-sars-cov-2-covid-19>

Damian Czarnecki

Konsultant krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego

Bydgoszcz 03.04.2020r.

Bieżące i wybrane zalecenia w opiece pielęgniarstwie w psychiatrii i leczeniu uzależnień

(dostępne linki należy kopiować i wklejać w wyszukiwarce internetowej).

1. Należy śledzić nowe wytyczne w zapobieganiu zakażeniu i postępowaniu z chorym z COVID-19 (strony rządowe oraz Głównego Inspektoratu Sanitarnego (GIS)).

2. Należy tworzyć na bazie wytycznych rządowych i Głównego Inspektoratu Sanitarnego procedury i algorytmy działań, w tym opierać na zatwierdzonych przez Departament Pielęgniarek i Położnych, GIS, towarzystwa naukowe wytycznych.

3. Pacjent podejrzany (patrz normy kwalifikacji COVID-19 – załącznik D) o zakażenie wymaga izolacji z zachowaniem procedur reżimu sanitarnego według zaleceń GIS.

4. W chwili potwierdzenia zakażenia COVID-19 pacjent jest przekazywany do szpitala wyznaczonego do opieki nad pacjentami z COVID-19 (procedury zgodne z wytycznymi GIS, (przydatny link: <https://www.mp.pl/covid19/covid19-kompendium/228368,jakie-sa-zasady-postepowania-z-pacjentem-z-podejrzeniem-zakazenia-sars-cov-2>).

5. **Podczas opieki nad pacjentem unieruchomionym z przyczyn zawartych w Ustawie o ochronie zdrowia psychicznego i gdy istnieje jednocześnie ryzyko zakażenia COVID-19, należy zachowywać procedury wynikające z Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2018 r. w sprawie stosowania przymusu bezpośredniego wobec osoby z zaburzeniami psychicznymi i ustawy o ochronie zdrowia psychicznego:** (w Rozporządzeniu jest zapis: § 4. 1. Ocenę stanu fizycznego osoby z zaburzeniami psychicznymi unieruchomionej lub izolowanej przeprowadza się w ramach kontroli, o której mowa w art. 18a ust. 3 ustawy. Ocena ta obejmuje informacje dotyczące zachowania, w tym przyjęcia posiłku oraz płynu, snu, a także

parametrów wskazanych do oceny na podstawie decyzji lekarza nadzorującego lub kierującego akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych.

W ustawie jest zapis: art.18a. 3. Stan fizyczny osoby z zaburzeniami psychicznymi unieruchomionej lub izolowanej kontroluje pielęgniarka nie rzadziej niż co 15 minut, również w czasie snu tej osoby.)

– nadrzednym i wiążącym dokumentem jest Ustawa, jednakże w obecnej sytuacji epidemiologicznej proszę w każdym przypadku pacjenta unieruchomionego konsultować się z lekarzem nadzorującym/prowadzącym **celem ustalenia zakresu oceny parametrów życiowych oraz zachować reżim sanitarny** zgodny z aktualnymi wytycznymi, w tym wytycznymi szpitali odnośnie zabezpieczenia pacjenta i personelu przed zakażeniem COVID-19 (załącznik D).

6. Po zastosowaniu pasów do unieruchomienia pacjenta z COVID-19, może rodzić się pytanie jak je dezynfekować. Pasy po użyciu powinno się oddawać do profesjonalnej pralni. Po użyciu u pacjenta z COVID-19 należy pasy włożyć do czerwonego worka ze specjalnym oznakowaniem do wiadomości pralni (COVID-19). Oznacza, to że oddziały powinny posiadać kilka zestawów pasów. Z uwagi na konieczność dezynfekcji pasów w specjalistycznych pralniach, konieczne jest używanie do unieruchomienia pacjentów pasów innych niż skórzane.

7. W opiece nad pacjentem bez logicznego kontaktu, bez wglądu, pacjentem pod wpływem środków psychoaktywnych oraz bez objawów klinicznych COVID-19 należy liczyć się z odroczonym wywiadem epidemiologicznym, sugeruję aby, w tym przypadku zachować wszelkie środki ostrożności sanitarnej (załącznik poniżej - **Zalecenia dotyczące stosowania poszczególnych rodzajów środków ochrony indywidualnej (ŚOI) w kontekście COVID-19, z uwzględnieniem warunków, personelu i zakresu podejmowanych czynności**) (załącznik C i D) (proszę aktualizować wytyczne, gdyż często się zmieniają) oraz starać się umieścić takiego pacjenta w separacie, wyznaczyć służy, z przydzielonym personelem tylko do opieki nad nim z zastosowaniem ŚOI, do czasu uzyskania logicznej informacji w wywiadzie epidemiologicznym, dalsze postępowanie zgodne z ogólnie przyjętymi wytycznymi w zakresie podejrzenia i prewencji COVID-19. Kontrolować parametry życiowe pacjenta celem oceny objawów klinicznych COVID-19 (przydatny link:

<https://www.mp.pl/covid19/covid19-kompendium/228368,jakie-sa-zasady-postepowania-z-pacjentem-z-podejrzeniem-zakazenia-sars-cov-2>) (patrz załącznik C i D oraz pkt. 8). Gdy pacjent wymaga przekazania do szpitala jednoimiennego sugeruje się wcześniejsze telefoniczne uzgodnienie przyjęcia z kierownictwem jednostki przyjmującej pacjenta, aby uniknąć nieporozumień.

8. W opiece środowiskowej psychiatrycznej, np. przy konieczności podania leków *depot*, gdzie wymagany jest kontakt z pacjentem można stosować zalecenia Głównego Inspektoratu Sanitarnego dla POZ (załącznik E oraz przydatne linki: http://adst.mp.pl/s/www/covid19/wizyta+domowa_COVID19.pdf<https://klrwp.pl/stro-na/645/koronawirus-schemat-postepowania/pl>).

Należy, podanie leku konsultować z lekarzem, gdyż w przypadku podania leków *depot*, jakkolwiek infekcja (nie tylko COVID-19) może być przeciwwskazaniem do iniekcji. Proszę zgodnie z ogólnymi zaleceniami rządowymi i GIS w porozumieniu z pacjentem prowadzić działania w ramach telemedycyny (telefonicznie, skype).

9. Jeśli szpitale psychiatryczne, postanowiłyby wydzielać w kompleksie szpitalnym „oddziały przyjęciowe”, w których pacjenci w chwili przyjęcia nie mają przesłanek do przekazania ich do szpitala jednoimiennego zakaźnego, a zarazem mogą być tam obserwowani pod kątem COVID-19 a następnie po obserwacji przekazani do oddziałów docelowych w kompleksie szpitalnym, należy brać pod uwagę zastrzeżenia:

- w wywiadzie epidemiologicznym nie ma informacji, że pacjent mógł mieć kontakt z osobą zakażoną lub podejrzaną o zakażenie (zgodnie z definicją przypadku WHO/GIS);
- żaden z pacjentów nie ma (nie miał w czasie pobytu) objawów wskazujących na możliwy przypadek COVID-19, szczególnie takich, których etiologii nie da się jednoznacznie ustalić;

– na oddział nie były w tym czasie przyjmowane nowe osoby z zewnątrz;
– nie było działań PSSE/WSSE w kierunku pacjentów na oddziale lub personelu.
Powyższe przesłanki nie dają gwarancji, że infekcja nie zostanie zawleczona do innych jednostek szpitala (w drodze pacjent-pacjent czy personel-pacjent).
Jeśli zostałyby organizowane tego typu oddziały, sugeruję aby w tych jednostkach „przyjęciowych” zapewnić obsadę pielęgniarską, jak w oddziałach psychiatrycznych (co najmniej wskaźnik 0,5). Warto zabiegać aby personel szczególnie tych oddziałów i izb przyjęć bezwzględnie był wyposażony w niezbędne w zapobieganiu zakażeniom COVID-19 środki ochrony osobistej. Należy śledzić zmieniające się dynamicznie zalecenia rządowe, GIS i zmiany legislacyjne, które ukierunkowują nasze decyzje organizacyjne i kliniczne.

10. W oddziałach prowadzić działania edukacyjne w zakresie zapobiegania epidemii (np. mycie rąk, higiena codzienna i kontakt z innymi, higiena palenia tytoniu) i wspierające (rozmowa, treningi relaksacyjne, muzykoterapia, biblioterapia) pacjentów oddziałów psychiatrycznych i leczenia uzależnień (materiał pomocniczy – poniższe linki, załącznik A i B, tylko do użytku personelu medycznego).

11. Szczególnie należy zwrócić uwagę na możliwość kontaktu pacjenta z rodziną poprzez internet, telefonicznie.

Przydatne linki:

Link1: strona główna Głównego Inspektoratu Sanitarnego <https://gis.gov.pl>

Link2: lista stacji epidemiologiczno-sanitarnych <https://gis.gov.pl/mapa/>

Link3: Wytyczne postępowania dla pielęgniarek mających kontakt z osobą zakażoną sars-cov-2 [file:///C:/Users/Damian/Downloads/wytyczne_dla_pielęgniarek%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Damian/Downloads/wytyczne_dla_pielęgniarek%20(1).pdf)

Link4: Algorytm postępowania diagnostycznego w przypadku osób zakażonych /podejrzanych o zakażenie 2019-nCoV od dnia 05.03.2020

<https://www.pzh.gov.pl/algorytm-postepowania-diagnostycznego-w-przypadku-osob-zakazonych-podejrzanych-o-zakazenie-2019-ncov-od-dnia-05-03-2020/>

Link5: zagrożenie kryzysem

<https://www.mp.pl/kurier/230673,zagrozeni-kryzysem-psychicznym>

Link6: informacje Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego

https://psychiatria.org.pl/aktualnosci,tekst,390,psychiatria_covid_19_wazne_materiały

Link7: Zalecenia opracowane pod patronatem Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej oraz Konsultanta Krajowego w dziedzinie medycyny rodzinnej.

<https://www.mp.pl/covid19/zalecenia/230766,zalecenia-dot-wizyt-domowych-w-czasie-zagrozenia-covid-19>

Link8: prowadzenie resuscytacji krążeniowo-oddechowej u pacjentów z podejrzeniem lub rozpoznaniem COVID-1

<https://www.mp.pl/covid19/zalecenia/230714,wskazowki-resuscitation-council-uk-dotyczace-prowadzenia-resuscytacji-krazeniowo-oddechowej-u-pacjentow-z-podejrzeniem-lub-rozpoznaniem-covid-19>

Link9: Zalecenia PTEiLChZ i Konsultanta Krajowego w dziedzinie chorób zakaźnych dotyczące postępowania z chorymi zakażonymi SARS-CoV-2, którzy nie wymagają hospitalizacji

<https://www.mp.pl/covid19/zalecenia/230318,zalecenia-pteilchz-i-konsultanta-krajowego-w-dziedzinie-chorob-zakaznych-dotyczace-postepowania-z-chorymi-zakazonymi-sars-cov-2-ktorzy-nie-wymagaja-hospitalizacji>

Link10: Zalecenia konsultanta krajowego ds. chorób zakaźnych i Prezesa PTEILCHZ

<https://www.mp.pl/covid19/zalecenia/230063,zalecenia-konsultanta-krajowego-ds-chorob-zakaznych-i-prezesa-pteilchz>

Link11: Wymagania odnośnie oznakowania i transportu próbek do badań laboratoryjnych w kierunku covid-19 (sars-cov-2)

<https://www.pzh.gov.pl/wp-content/uploads/2020/03/Komunikat-ws-pakowania-i-transportu-probek-do-badan-COVID-19-14.03.2020-gjrg.pdf>

Link12: stosowanie masek ochronnych wytyczne WHO

<https://www.mp.pl/covid19/zalecenia/231381,wskazowki-swiatowej-organizacji-zdrowia-dotyczace-stosowania-masek-w-opiece-domowej-w-placowkach-opieki-zdrowotnej-i-pozanimi-podczas-epidemii-covid-19>

Stanowisko specjalistyczne – pielęgniarstwo diabetologiczne
Wybrane i wskazane zalecenia postępowania dla pielęgniarek/położnych
pracujących z pacjentami chorymi na cukrzycę
Pacjent z podejrzeniem/zakażeniem SARS-CoV-2

2 kwietnia 2020r.

Polska Federacja Edukacji w Diabetologii
Konsultant krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa diabetologicznego

Opracowanie: Alicja Szewczyk, Ewa Kobos, Agnieszka Karczewska

Opracowano na podstawie:

1. Zaleceń w opiece diabetologicznej Polskiej Federacji Edukacji w Diabetologii, konsultantów krajowych w dziedzinach: pielęgniarstwa, pielęgniarstwa diabetologicznego, pielęgniarstwa ginekologicznego i położniczego oraz pielęgniarstwa epidemiologicznego. Dostęp: 31.03.2020. http://www.pfed.org.pl/uploads/1/9/9/8/19983953/procedury-diabetologia_2018-bez_reklam.pdf
2. Wytycznych Ministerstwa Zdrowia, Głównego Inspektora Sanitarnego, aktualnych ustaw i zarządzeń na dzień 31.03.2020 roku.
3. Wytycznych przygotowanych przez Polskie Towarzystwo Diabetologiczne na bazie Zaleceń Amerykańskiego Towarzystwa Diabetologicznego (31.03.2020) https://cukrzyca.info.pl/aktualnosci/nowy_koronawirus_sars_cov_2_covid_19_a_cukrzyca
4. IDF Europe. Information on corona-virus disease 2019 (COVID-19) outbreak and guidance for people with diabetes Dostęp: 31.03.2020. https://idf.org/images/IDF_Europe/Information_on_CoronaVirus_Disease_2019_COVID-19_outbreak_and_guidance_for_people_with_diabetes_-_Final.pdf
5. IDF Europe. How to manage diabetes during an illness? "SICK DAY RULES" Dostęp: 31.03.20. [file:///C:/Users/wum/Downloads/IDFE-Sick-day-management%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/wum/Downloads/IDFE-Sick-day-management%20(1).pdf)

Chorzy na cukrzycę nie mają większego prawdopodobieństwa zachorowania na COVID-19 niż osoby w populacji ogólnej. Chorzy na cukrzycę posiadają ogólnie większe prawdopodobieństwo rozwoju ciężkich objawów i powikłań infekcji wirusowych. Jeśli cukrzyca jest dobrze kontrolowana, ryzyko rozwoju ciężkiej postaci zakażenia COVID-19 jest podobne do tego, które obserwuje się w populacji ogólnej.

U osób z niedostateczną kontrolą choroby i wahaniami glikemii istnieje większe ryzyko rozwoju powikłań cukrzycowych. Obecność choroby serca lub innych powikłań poza cukrzycą może dodatkowo zwiększać ryzyko pacjenta związane z rozwojem ciężkiej postaci COVID-19. Jest to podobna sytuacja jak w przypadku innych zakażeń wirusowych, która wynika z upośledzonej zdolności organizmu do walki z infekcją. Infekcja wirusowa u pacjentów z cukrzycą, jak każdy ostry stan zapalny, może prowadzić do gwałtownego wzrostu stężenia glukozy we krwi i zwiększa ryzyko rozwoju cukrzycowej kwasicy ketonowej (CKK), dotyczy to przede wszystkim chorych na cukrzycę typu 1.

Nie są znane jakiegokolwiek przyczyny, dla których ryzyko rozwoju COVID-19 u pacjentów z cukrzycą typu 1 lub 2 miałyby być inne. Ważniejszy jest fakt, iż osoby z cukrzycą danego typu różnią się między sobą wiekiem, obecnością powikłań i sposobem kontroli choroby podstawowej.

Zalecenia w opiece ambulatoryjnej, stacjonarnej i w środowisku pacjenta dla użytkownika glukometrów i innych systemów do monitorowania glikemii.

ZALECENIA OGÓLNE

1. Glukometry powinny być przypisane do indywidualnej osoby i nie powinny być udostępniane innym. W przypadku konieczności korzystania z jednego glukometru do pomiaru glikemii u kilku pacjentów, należy je czyścić i dezynfekować po każdym użyciu zgodnie z instrukcjami producenta, aby zapobiec przenoszeniu krwi i czynników zakaźnych. Jeśli producent nie określił sposobu czyszczenia i dezynfekcji urządzenia, nie należy go udostępniać innym osobom.
2. Acetaminofen (Paracetamol) wpływa na wartości glikemii mierzonej przez niektóre urządzenia do monitorowania glikemii - CGM (Dexcom G5, Medtronic Enlite i Guardian).

3. W celu zweryfikowania wyniku w przypadku niskich lub wysokich wartości glikemii oraz objawów nie pasujących do wskazań systemu ciągłego monitorowania glikemii pracownik medyczny powinien wykonać dodatkowy pomiar glikemii z użyciem glukometru.
4. W warunkach szpitalnych do pomiaru stężenia glukozy preferowane są paski testowe pakowane pojedynczo. Paski testowe pakowane w pojemnikach po jego uszkodzeniu lub nieszczelności nie nadają się do użycia.
5. Po pierwszym otwarciu opakowania pasków testowych należy umieścić na opakowaniu datę jego otwarcia. Producent pasków określa czas ich użytkowania od momentu otwarcia opakowania.
6. Przed pomiarem stężenia glukozy wykonać higienę rąk i oczyścić miejsce nakłucia opuszki palca wodą z mydłem lub środkiem dezynfekującym na bazie alkoholu.
7. Do pomiaru należy użyć pierwszej kropli krwi, gdyż wielokrotne wyciskanie kropli krwi powoduje rozcieńczenie jej płynem tkankowym.
8. W jednostkach ochrony zdrowia należy stosować bezpieczny sprzęt, tj. jednorazowe nakłuwacze.

ZALECENIA W OPIECE NAD PACJENTEM Z CUKRZYCĄ PODEJRZANYM O ZAKAŻENIE LUB U KTÓREGO STWIERDZONO ZAKAŻENIE SARS-CoV-2:

Personel pracujący podczas wykonywania wszystkich czynności przy pacjencie chorym na cukrzycę, u którego podejrzewa się lub stwierdzono zakażenie SARS-CoV-2:

- stosuje środki ochrony indywidualnej: maskę chirurgiczną, gogle/przyłbice, jednorazowy fartuch wodoodporny z długimi rękawami, jedna para rękawic jednorazowych, czapkę, obuwie pełne-zmywalne
- stosuje zasady bezpiecznego ubierania się i rozbierania
- wszystkie działania/zlecenia muszą być przemyślane i zaplanowane aby jak najmniej osób miało kontakt z pacjentem, a czas kontaktu był jak najkrótszy
- drzwi do sali pacjenta muszą być zamknięte
- pielęgniarka/położna zabezpiecza pacjenta w: glukometr, paski diagnostyczne do pomiaru stężenia glukozy na czas 7 dni, paski diagnostyczne do pomiaru glukozy i ketonów w moczu na czas 7 dni, nakłuwacze jednorazowego użytku na czas 7 dni; termometr do pomiaru temperatury ciała, gaziki jałowe, płyn dezynfekcyjny, mydło, pudełko na odpady medyczne – materiały te są dostępne przy pacjencie
- sensory do ciągłego monitorowania glikemii i osobisty sprzęt pacjenta do ciągłego monitorowania glikemii zabezpiecza sam pacjent – osprzęt ten znajduje się przy pacjencie
- jeżeli **pacjent jest przeszkolony, w dobrym stanie ogólnym** samodzielnie wykonuje pomiary stężenia glukozy na swoim sprzęcie, samodzielnie instaluje sensor do monitorowania glikemii, samodzielnie bada na paskach diagnostycznych glukozę i ketony w moczu
- **pacjent w stanie ogólnym dobrym** przekazuje wyniki pomiarów personelowi medycznemu telefonicznie
- pielęgniarka odnotowuje wyniki pomiarów w dokumentacji, która jest przechowywana w punkcie pielęgniarskim lub gabinecie lekarskim
- pacjent z infekcją wirusową, podwyższoną temperaturą ciała może wymagać częstszego monitoringu glikemii
- do **pacjenta w ciężkim stanie** oprócz lekarza, wchodzi również pielęgniarka, i wspólnie wykonują wszystkie zlecenia. Ilość zleceń stałych musi być przemyślana i ograniczona do minimum. Najważniejsza jest współpraca Zespołu
- należy obowiązkowo dezynfekować sprzęt używany do pomiaru stężenia glukozy (glukometry, systemy do monitorowania glikemii, osobisty telefon komórkowy, który może służyć do monitorowania glikemii). Jeżeli pacjent korzysta ze swojego sprzętu wystarczy dezynfekcja 1 raz na dobę, jeżeli czynności na sprzęcie wykonuje pielęgniarka/położna to dezynfekcja sprzętu jest po każdorazowym kontakcie ze sprzętem.

Zalecenia w opiece ambulatoryjnej, stacjonarnej i w środowisku pacjenta dla użytkownika wstrzykiwaczy typu pen i innych systemów do podawania insuliny (ciągły podskórny wlew insuliny przy użyciu osobistej pompy insulinowej)

ZALECENIA OGÓLNE

1. Peny są sprzętem osobistego użytku niezależnie od tego, czy są jednorazowego czy wielokrotnego użycia.
2. Do iniekcji insuliny należy stosować wstrzykiwacz jej dedykowany, zgodny z normą ISO dla sprzętu medycznego oraz używać go zgodnie z dołączoną do niego instrukcją obsługi.
3. Wstrzykiwacz wraz z ampułką insuliny może być używany tylko przez jednego pacjenta, dlatego też pomimo zmiany igły nie należy go używać wspólnie z inną osobą.
4. Do każdego rodzaju insuliny należy używać innego pena. W celu uniknięcia pomyłek można zastosować peny różnych kolorów, a każdy z nich powinien być wyraźnie opisany – imieniem, nazwiskiem i datą włożenia wkładu z widoczną nazwą insuliny.
5. Wstrzykiwacz typu pen powinien być używany i przechowywany w temperaturze pokojowej.
6. Insulinę aktualnie używaną przechowuje się w temperaturze pokojowej zgodnie z zaleceniami producenta umieszczonymi na ulotce dołączonej do opakowania i/lub z Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL) przez czas nie dłuższy niż 4-6 tygodni.
7. Igły do wstrzykiwaczy typu pen w placówkach ochrony zdrowia są przeznaczone wyłącznie do jednorazowego użytku.
8. Prawidłowa technika iniekcji insuliny wstrzykiwaczem typu pen jest jednym z czynników wpływających na wyrównanie glikemii i redukcję powikłań skórnych.
9. Przygotować wstrzykiwacz z insuliną – wykonać higienę rąk, zdjąć nasadkę wstrzykiwacza, zdezynfekować gumowy korek na ampułce z insuliną, odczekać aż środek antyseptyczny wyschnie, założyć wcześniej dobraną jałową igłę, wypełnić igłę insuliną poprzez wystrzyknięcie 1 jednostki insuliny lub ilości wskazanej w instrukcji do wstrzykiwacza.
10. Zestaw infuzyjny w terapii ciągłym podskórnym wlewem insuliny (CPWI) przy użyciu osobistej pompy insulinowej należy zmieniać planowo co 24–72 godziny.
11. Podczas instalacji zestawu infuzyjnego należy przestrzegać zasad aseptyki i antyseptyki.
12. Zestawy infuzyjne należy regularnie wymieniać zgodnie z zaleceniami producenta, aby zapewnić właściwe wchłanianie insuliny, zredukować ryzyko infekcji i podrażnień skóry.
13. Przed podaniem insuliny wykonać higienę rąk i zdezynfekować miejsce wstrzyknięcia środkiem dezynfekującym na bazie alkoholu.

ZALECENIA W OPIECE NAD PACJENTEM Z CUKRZYCĄ PODEJRZANYM O ZAKAŻENIE LUB U KTÓREGO STWIERDZONO ZAKAŻENIE SARS-CoV-2:

Personel podczas wykonywania wszystkich czynności przy pacjencie, u którego podejrzewa się lub stwierdzono zakażenie SARS-CoV-2:

- stosuje środki ochrony indywidualnej: maskę chirurgiczną, gogle/przyłbice, jednorazowy fartuch wodoodporny z długimi rękawami, jedna para rękawic jednorazowych, czapkę, obuwie pełne-zmywalne
- stosuje zasady bezpiecznego ubierania się i rozbierania
- wszystkie działania/zlecenia muszą być przemyślane i zaplanowane aby jak najmniej osób miało kontakt z pacjentem, a czas kontaktu był jak najkrótszy
- drzwi do sali pacjenta muszą być zamknięte
- pielęgniarka zabezpiecza pacjenta w: wstrzykiwacze z insuliną dokładnie opisane z nazwą insuliny i godziną kiedy ma być podana insulina, jednorazowe igły do podania insuliny przekazane pacjentowi na czas 7 dni; gaziki jałowe, płyn dezynfekcyjny, pudełko na odpady medyczne - są dostępne przy pacjencie

- pielęgniarka zabezpiecza pacjenta w: tabletki glukozy, glukozę w żelu na wypadek lekkiej hipoglikemii; wodę do picia (w okresie choroby zaleca się nawadnianie organizmu) – środki te są dostępne przy pacjencie
- zestawy infuzyjne do osobistej pompy insulinowej zabezpiecza sam pacjent - osprzęt ten znajduje się przy pacjencie
- **jeżeli pacjent jest przeszkolony, w stanie ogólnym dobrym**, w porozumieniu z personelem medycznym samodzielnie wykonuje podawanie insuliny wstrzykiwaczem, samodzielnie zmienia zestaw infuzyjny do osobistej pompy insulinowej, samodzielnie obsługuje pompę insulinową
- lekarz zleca pisemnie, pielęgniarka odnotowuje fakt podania insuliny przez pacjenta w dokumentacji medycznej, która jest przechowywana w punkcie pielęgniarskim lub gabinecie lekarskim
- pacjent z infekcją wirusową, podwyższoną temperaturą ciała może wymagać zwiększenia dawek podawanej insuliny oraz częstszych pomiarów temperatury ciała
- **do pacjenta w ciężkim stanie** oprócz lekarza, wchodzi również pielęgniarka, i wspólnie wykonują wszystkie zlecenia. Ilość zleceń stałych musi być przemyślana i ograniczona do minimum. Najważniejsza jest współpraca Zespołu
- należy obowiązkowo dezynfekować sprzęt do podawania insuliny (wstrzykiwacze, pompy insulinowe). Jeżeli pacjent korzysta ze swojego sprzętu wystarczy dezynfekcja 1 raz na dobę, jeżeli czynności na sprzęcie wykonuje pielęgniarka/położna to dezynfekcja sprzętu jest po każdorazowym kontakcie ze sprzętem

Uwaga Pierwsza!

1. Insulina podawana we wlewie dożylnym powinna być użytkowana zgodnie z zasadami ujętymi w ulotce do leku.
2. Ustawienie pompy infuzyjnej oraz miejsce wprowadzenia kaniuli dożylniej powinno być sprawdzane na początku dyżuru, podczas zmiany dyżurów oraz przy każdej zmianie strzykawki/linii infuzyjnej.

Uwaga Druga!

1. Służby ratunkowe, ratownicy medyczni, służby mundurowe, transportując pacjenta z cukrzycą u którego podejrzewa się zakażenie SARS-CoV-2: do szpitala, powinny wziąć również z domu niezbędny osobisty sprzęt pacjenta do monitorowania i leczenia cukrzycy.

Informacje przekazane pacjentowi przez pielęgniarkę/położną do opieki domowej

1. Często myj ręce

Należy pamiętać o częstym myciu rąk wodą z mydłem, a jeśli nie ma takiej możliwości dezynfekować je płynami/żelami na bazie alkoholu (min. 60%). Istnieje ryzyko przeniesienia wirusa z zanieczyszczonych powierzchni na ręce. Dlatego częste mycie rąk zmniejsza ryzyko zakażenia.

2. Podczas powitania unikaj uścisków i podawania dłoni

W ciągu dnia dłonie dotykają wielu powierzchni, które mogą być zanieczyszczone wirusem. Powstrzymaj się od uścisków, całowania i podawania dłoni na powitanie.

3. Unikaj płatności gotówką, korzystaj z kart płatniczych

Na powierzchni banknotów i monet mogą znajdować się wirusy i bakterie. W miarę możliwości unikaj płatności gotówką. Korzystaj z kart płatniczych i bankowości elektronicznej.

4. Unikaj dotykania oczu, nosa i ust

Dłonie dotykają wielu powierzchni, które mogą być zanieczyszczone wirusem. Dotknięcie oczu, nosa lub ust zanieczyszczonymi rękami, może spowodować przeniesienie wirusa z powierzchni na siebie.

5. Regularnie myj lub dezynfekuj powierzchnie dotykowe

Powierzchnie dotykowe w tym biurka, lamy i stoły, klamki, włączniki światła, poręcze muszą być regularnie przecierane z użyciem wody z detergentu lub środka dezynfekcyjnego. Wszystkie miejsca, z których często korzystają ludzie powinny być starannie dezynfekowane.

6. Regularnie dezynfekuj swój telefon i nie korzystaj z niego podczas spożywania posiłków

Na powierzchni telefonów komórkowych bardzo łatwo gromadzą się chorobotwórcze drobnoustroje. Regularnie przecieraj lub dezynfekuj swój telefon komórkowy (np.: wilgotnymi chusteczkami nasączonymi środkiem dezynfekującym). Nie kładź telefonu na stole i nie korzystaj z niego podczas spożywania posiłków.

7. Zachowaj bezpieczną odległość od rozmówcy

Należy zachować co najmniej 1-1,5 metra odległości z osobą, z którą rozmawiamy, twarzą w twarz, która kaszle, kicha lub ma gorączkę.

8. Stosuj zasady ochrony podczas kichania i kaszlu

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 (min. 60%). Zakrycie ust i nosa podczas kaszlu i kichania zapobiega rozprzestrzenianiu się zarazków, w tym wirusów.

9. Odżywiaj się zdrowo i pamiętaj o nawodnieniu organizmu

Stosuj zrównoważoną dietę. Unikaj wysoko przetworzonej żywności. Pamiętaj o codziennym jedzeniu minimum 5 porcji warzyw i owoców. Odpowiednio nawadniaj organizm. Codziennie wypijaj ok. 2 litrów płynów (najlepiej wody). Doświadczenia z innych krajów wskazują, że nie ma potrzeby robienia zapasów żywności na wypadek rozprzestrzeniania się koronawirusa.

10. Korzystaj ze sprawdzonych źródeł wiedzy o koronawirusie

Niepokój to naturalny odruch w przypadku występowania nowego zagrożenia zdrowotnego. Korzystaj ze sprawdzonych źródeł wiedzy opartych na dowodach naukowych, które publikowane są na stronach internetowych gis.gov.pl i gov.pl/koronawirus. Wiedza naukowa to najskuteczniejsze narzędzie w walce z koronawirusem.

11. Noś identyfikatory (opaska na rękę, karta ratownicza, karta I.C.E./ICE (ang. in case of emergency – w nagłym wypadku). Karta I.C.E. (ICE) informuje ratowników, do kogo powinni zadzwonić w razie wypadku lub nagłego zdarzenia. Stosowana przeważnie w dwóch formach:

- w książce adresowej telefonu komórkowego jako kontakt ICE wpisuje się numer telefonu wybranej osoby. Jeśli takich osób jest kilka, oznacza się je jako ICE 1, ICE 2 itd.,
- na kartoniku wielkości wizytówki wpisuje się imię, nazwisko i numer kontaktowy najbliższych osób (i to jest „karta ICE” – „w razie wypadku”). Kartę powinno się nosić cały czas przy sobie, ale nie w portfelu.
- Noś przy sobie węglowodany proste (glukoza tabletki, glukoza płynna) i dodatkową kanapkę.
- Miej zawsze przy sobie sprzęt do pomiaru glikemii i glukagon na konieczność podania.
- Jeśli zaobserwujesz spadek stężenia glukozy (poniżej 70 mg/dl lub zalecanego docelowego przedziału glikemii), spożyj 15 gramów łatwo przyswajalnych cukrów prostych w formie tabletki zawierającej glukozę, glukozę płynną lub napój słodzony glukozą. Skontroluj poziom cukru za 15 minut, aby upewnić się, czy poziom glikemii wzrasta. Wykonuj dodatkowe oznaczenia stężenia glukozy w ciągu dnia i w nocy (zazwyczaj co 2–3 godziny; jeśli używasz urządzenia do ciągłego monitorowania glikemii [CGM], często sprawdzaj odczyty).
- Jeśli stwierdzisz u siebie wysokie stężenie glukozy (powyżej 250 mg/dl) więcej niż w 2 kolejnych oznaczeniach, sprawdź stężenie ketonów w moczu, ketonów we krwi, aby uniknąć rozwoju kwasicy ketonowej.
- Jeśli w teście paskowym stwierdzisz średnie lub wysokie stężenie ketonów (ewentualnie ślad lub niski poziom ketonów zgodnie ze wskazówkami lekarza), niezwłocznie skontaktuj się z gabinetem lekarza.
- Otwieraj okna i często wietrz pomieszczenia domowe.
- Pozostawianie pacjenta w domu może wiązać się z ograniczeniem aktywności fizycznej co może wpływać na wartości glikemii. Wskazana jest aktywność fizyczna realizowana przez pacjentów w warunkach domowych.

Aby uzyskać więcej informacji, należy dzwonić na numer infolinii Narodowego Funduszu Zdrowia dotyczącej postępowania w sytuacji podejrzenia zakażenia koronawirusem - 800 190 590.

1. Listę wszystkich stacji sanitarno-epidemiologicznych (wojewódzkich i powiatowych) można znaleźć na stronie GIS.

2. Listę szpitalnych oddziałów chorób zakaźnych działających na terenie całego kraju znaleźć można na stronie Ministerstwa Zdrowia.

[3. Zalecenia ulegają dynamicznym zmianom: Należy sprawdzać regularnie 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.](#)

Zalecenia dotyczące organizacji procesu udzielania świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej w związku ze stanem epidemii i ryzykiem zakażeń wirusem SARS-CoV-2 i zachorowań na COVID-19

02.04.2020

Zalecenia uwzględniające rekomendacje:

Prezesa Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego, Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa opieki długoterminowej, Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego.

Autorzy: dr n. o zdr. Mariola Rybka, dr n. med. Ewa Kądalska, dr n. o zdr. Grażyna Wójcik

Konsultacje: dr hab. Maria Kózka, prof. UJ, Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa

Świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze realizowane w opiece długoterminowej są obszarem wymagającym zapewnienia najwyższych standardów epidemiologicznych w okresie rozprzestrzenienia się wirusa SARS-CoV-2 z uwagi na sytuację zdrowotną pacjentów i podopiecznych (wielochorobowość i choroby przewlekłe) oraz występowanie dodatkowego ryzyka związanego z wiekiem.

W celu minimalizacji ryzyka transmisji infekcji wirusem SARS-CoV-2 należy ograniczyć wszelkie kontakty pacjentów przebywających w warunkach stacjonarnych, jak i domowych. Ten cel może być osiągnięty poprzez:

1. Ograniczenie lub zakaz odwiedzin pacjentów w opiece domowej przez członków ich rodzin i znajomych oraz personel medyczny oraz całkowite wstrzymanie odwiedzin u pacjentów w placówkach stacjonarnych.
2. Ograniczenie do niezbędnego minimum liczby wymaganego personelu (w tym medycznego) sprawującego bezpośrednią opiekę nad pacjentami przebywającymi w ZOL lub ZPO:
 - w przypadku dużych podmiotów leczniczych wydzielenie pododcinków i podzespołów pielęgniarstwo-opiekuńczych,
 - z uwagi na szczególne ryzyko przenoszenia zakażenia w placówkach stacjonarnych rekomendowane jest ograniczenie zatrudnienia personelu pielęgniarstwa i opiekuńczego zewnętrznego, tj. zatrudnionego w innych podmiotach medycznych, jeżeli system organizacji i zabezpieczenia bezpieczeństwa epidemiologicznego i zdrowotnego pacjentów i personelu na to pozwoli.
3. Zmianę organizacji pracy personelu lekarskiego zatrudnionego w ZOL/ZPO i posiadającego równoległe zatrudnienie w innych podmiotach leczniczych (w szczególności w szpitalach) poprzez wdrożenie pracy zdalnej, tj. wykorzystania przez nich systemów teleinformatycznych do konsultacji pacjentów leczonych w placówkach opieki długoterminowej.

4. Jeżeli istnieje potrzeba udzielenia osobistej porady/konsultacji/badania pacjenta przebywającego w ZOL/ZPO, należy je odbyć z zachowaniem optymalnych i zalecanych warunków bezpieczeństwa epidemiologicznego, o których mowa w załączniku nr 3.
5. Informowanie i edukowanie rodzin pacjentów leczonych w warunkach domowych i samych pacjentów w zakresie ograniczenia kontaktów społecznych pacjentów przewlekle chorych, w tym konieczność eliminowania kontaktów pacjentów opieki domowej z osobami, które przebywały w obszarach ryzyka oraz osób, które są aktywne zawodowo i mogą być źródłem potencjalnego zakażenia ze względu na charakter pracy (służby publiczne, pracownicy handlu itp.).

Uwzględniając aktualne, dostępne wytyczne zapobiegania zakażeń wirusem SARS-CoV-2 i chorobą COVID-19 oraz specyfikę udzielania świadczeń zdrowotnych rekomenduje się następujące działania zapobiegawcze w zakładach opieki długoterminowej:

1. Osoby zarządzające opieką i personelem -powinny zapewnić edukację personelu w zakresie zachowania higieny osobistej, higieny rąk i możliwości transmisji wirusa SARS-CoV-2 wywołującego chorobę COVID-19 (szkolenie indywidualne, drogą mailową, filmy instruktażowe, plakaty), a także bezpiecznego korzystania ze specjalistycznej odzieży ochronnej (prawidłowe zakładanie, bezpieczne zdejmowanie). Należy również uwzględnić aktualizację wiedzy w zakresie higieny separacji środowiska praca-dom w przypadku pracowników ochrony zdrowia (załącznik 1)
2. Należy sprawdzać regularnie komunikaty Głównego Inspektora Sanitarnego i Ministerstwa Zdrowia w związku ze zmienną 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. Osoby spełniające kryterium podejrzenia przypadku należy zgłaszać do stacji sanitarno-epidemiologicznej (załącznik 2).
3. Przed przystąpieniem do pracy z pacjentem personel medyczny udzielający świadczeń domowej opieki długoterminowej dokonuje samokontroli w postaci pomiaru temperatury ciała, natomiast w ośrodkach stacjonarnych pomiarów tych dokonuje pielęgniarka oddziałowa/kierownik zakładu lub wyznaczona dyżurna pielęgniarka Wyniki pomiarów powinny być odnotowane przez osobę dokonującą pomiaru w dokumentacji medycznej.
4. W placówkach stacjonarnych należy wydzielić pomieszczenie dla osób z podejrzeniem choroby COVID-19 (z dostępem do toalety, wyposażone w środki ochrony osobistej oraz termometr oraz środki do dezynfekcji rąk, narzędzi i powierzchni) umożliwiając w tym miejscu bezpieczne przebywanie pod nadzorem lekarza lub pielęgniarki w oczekiwaniu na zespół transportu sanitarnego
5. Mając na uwadze sytuację, w której pacjenci placówek stacjonarnych (ZOL, ZPO) z uwagi na stan epidemii, zostali pozbawieni bezpośredniego wsparcia i obecności osób najbliższych/opiekunów nieformalnych, a jednocześnie nie mogą samodzielnie kontynuować kontaktu za pomocą telefonów oraz Internetu, z uwagi na poczucie osamotnienia pacjentów personel pielęgniarski jest zobowiązany do zapewnienia najwyższych standardów opieki bezpośredniej oraz wsparcia psychicznego.
6. Poszczególne rodzaje środków ochrony indywidualnej (ŚOI) należy stosować zgodnie z zaleceniami epidemiologicznymi dotyczącymi ograniczenia rozprzestrzeniania się wirusa SARS-CoV-2 i choroby COVID-19, z uwzględnieniem dostępnego personelu, warunków i zakresu podejmowanych czynności (załącznik 3).
7. Wszyscy pracujący w opiece długoterminowej powinni zachowywać wszelkie środki ostrożności i podejmować działania edukacyjne i profilaktyczne, aby zmniejszyć ryzyko zakażenia wirusem SARS-CoV-2 i zachorowania na COVID-19 (załącznik 4).
8. Odprawy medyczne, spotkania organizacyjne i konsultacje pomiędzy członkami zespołu powinny odbywać się w formie telekomunikacji.
9. Należy korzystać ze wszystkich dostępnych, wiarygodnych źródeł na temat wirusa SARS-CoV-2 i choroby COVID-19, np. na stronie Zakładu Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego w zakładce

- newsletter znajduje się aktualizowana co tydzień prezentacja dotycząca koronawirusa adresowana do profesjonalistów medycznych i opieki (msizp.wum.edu.pl oraz www.mp.pl)
10. Aktualne komunikaty dotyczące wirusa SARS-CoV-2 i choroby COVID-19, w tym m.in. informacje na temat wykonywania badań laboratoryjnych w kierunku koronawirusa, aktualne informacje o sytuacji epidemiologicznej przekazywane przez Ministerstwo Zdrowia oraz Głównego Inspektora Sanitarnego, a także materiały edukacyjne na temat koronawirusa i sposobów unikania zarażenia są dostępne na stronie Głównego Inspektora Sanitarnego oraz Państwowego Zakładu Higieny
 11. Przykład edukacji na temat prawidłowego pobrania, przechowywania i transportowania materiału do badania w kierunku SARS-CoV-2 jest dostępny na stronie internetowej
 12. Osoby zarządzające opieką i personelem powinny wyznaczyć koordynatora, który będzie odpowiedzialny za zdobywanie i uaktualnianie wiedzy, przekazywanie jej sukcesywnie i systematycznie personelowi a także za wzmożony nadzór nad pracą personelu w zakresie wdrożenia zasad ochrony osobistej i ochrony podopiecznych oraz nad dbaniem o umacnianie ich zdrowia.
 13. W celu zachowania bezpieczeństwa epidemiologicznego należy zrezygnować z zajęć grupowych terapii zajęciowej, kinezyterapii, wspólnych posiłków w stołówce itp. Zajęcia należy ograniczyć do sal chorych, a rehabilitację – do bezwzględnie wskazanego podstawowego zakresu. Zabiegi i ćwiczenia rehabilitacyjne należy prowadzić indywidualnie w łóżku i/lub sali chorych.
 14. Z uwagi na fakt, że zakaźność wirusa SARS-CoV-2 rozpoczyna się prawdopodobnie na krótko przed wystąpieniem początkowym objawów choroby COVID-19 i utrzymuje się do momentu ich ustąpienia, a choroba zakaźna u osób starszych oraz zapalenie płuc może rozpoczynać się w sposób atypowy, w odniesieniu do pacjentów, u których dotychczas nie stwierdzono ciężkich zaburzeń poznawczych, należy zwrócić uwagę na objawy majaczenia (takie jak: zmiany w zachowaniu, pogorszenie kontaktu słowno-logicznego, niespójne myślenie, brak koncentracji, niemożność udzielenie odpowiedzi na zadawane pytania, splątanie, nadmierna senność, osłabienie lub nieobserwowane dotychczas pobudzenie) i obserwować te osoby w kierunku rozwoju objawów choroby COVID-19.
 15. Zachęcanie i umożliwienie podopiecznym pozostawania w zdalnym kontakcie z rodziną i innymi bliskimi osobami (telefon, internet – komunikator i poczta elektroniczna), a jeśli zaistnieje taka potrzeba – udzielenie pomocy w załatwieniu pilnych spraw urzędowych drogą elektroniczną lub telefoniczną.

Wytyczne szczegółowe dotyczące udzielania świadczeń zdrowotnych realizowanych przez pielęgniarki w warunkach domowych oraz zespoły opieki długoterminowej domowej dla dorosłych, dzieci i młodzieży wentylowanych mechanicznie:

1. W procesie udzielania świadczeń opieki długoterminowej domowej należy stosować przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 marca 2020 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz. U. poz.460), zgodnie z którym dopuszcza realizację wizyt z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności, o ile ten sposób postępowania nie zagraża pogorszeniem stanu zdrowia świadczeniobiorcy.
2. Przed realizacją wizyty, podczas rozmowy telefonicznej, należy przeprowadzić ankietę wstępnej kwalifikacji, w celu oceny ryzyka i podjęcia decyzji o odbyciu wizyty zgodnie z algorytmem postępowania w związku z zagrożeniem epidemią COVID-19 (załącznik 5).
3. Jeżeli po telefonicznej konsultacji przeprowadzonej przez pielęgniarkę istnieje potrzeba odbycia wizyty w domu pacjenta, należy taką wizytę odbyć z zachowaniem wszelkich warunków bezpieczeństwa pacjenta, jego rodziny i personelu medycznego.
4. Każdy pacjent w środowisku domowym powinien być traktowany jako potencjalne źródło zakażenia, ponieważ okres zakażenia bezobjawowego wynosi ok. 5 dni, co oznacza, że każdy kontakt bezpośredni z pacjentem w czasie realizacji procedur

medycznych wymaga bezwzględnie stosowania środków ochrony indywidualnej, w tym przede wszystkim masek ochronnych.

5. W toku sprawowanej opieki należy podejmować wszelkie działania organizacyjne mające na celu zapewnienie dostępności recept, leków, zleceń na wyroby medyczne.
6. Jeżeli pacjent i/lub rodzina nie wyrażają zgody na wizytę personelu medycznego w domu, należy fakt ten odnotować w dokumentacji medycznej z podaniem przyczyny i ustalić warunki prowadzenia porad i konsultacji pacjentów w formie kontaktu telefonicznego z pacjentem i/lub jego opiekunem.
7. Zalecane jest edukowanie pozostałych profesjonalistów medycznych, członków zespołu interdyscyplinarnego i innych osób uczestniczących w sprawowaniu opieki nad pacjentem w zakresie bezwzględnego ograniczenia wizyt w domu pacjenta do absolutnego minimum (dotyczy to m.in. pracowników socjalnych, fizjoterapeutów, kapelanów, wolontariuszy itp.).
8. Należy poinformować pacjentów i ich rodziny o zmianie formy sprawowanej opieki z uwagi na stan epidemii, a po wygaśnięciu epidemii – o przywróceniu dotychczasowego trybu opieki.
9. Należy prowadzić stałą edukację członków rodzin i opiekunów nieformalnych w zakresie stosowania środków ochrony osobistej w okresie epidemii.

UWAGA: Wszystkie zawarte poniżej dokumenty źródłowe, w szczególności wytyczne międzynarodowe ulegają ciągłej aktualizacji, dlatego zalecamy śledzenie ich treści na stronach źródłowych.

Dokumenty te nie zastępują wytycznych krajowych zatwierdzonych przez Ministra Zdrowia.

Należy sprawdzać regularnie 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 korona wirusem.

Załączniki dostępne są pod adresem: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/zalecenia-dotyczace-organizacji-procesu-udzielania-swiaadczen-pielegnacyjnych-i-opiekunczych-w-ramach-opieki-dlugoterminowej>

Zalecenia postępowania dla pielęgniarek ratunkowych w związku z ogłoszeniem stanu epidemii w Polsce i stale rosnącą liczbą zachorowań na COVID-19 – chorobę wywołaną przez wirusa SARS-CoV-2 z dnia 15.04. 2020 r.

Anna Małecka-Dubiela - Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego

Zalecenia ogólne:

1. Należy opracować procedury wewnętrzne dotyczące postępowania z pacjentem z podejrzeniem zakażenia wirusem SARS-CoV-2, uwzględniających specyfikę, organizację pracy.
2. Zapoznać personel z przyjętymi procedurami.
3. Prowadzić szkolenia z zakresu stosowania niezbędnych środków ochrony indywidualnej dla wszystkich pracowników medycznych oraz personelu pomocniczego.
4. Wyposażenie personelu w środki ochrony indywidualnej oraz opracowanie instrukcji dotyczących stosowania dokładnie jakich środków ochrony indywidualnej należy użyć przy wykonywaniu czynności wobec pacjenta z podejrzeniem zakażenia wirusem SARS CoV-2.
5. Zakładanie środków ochrony indywidualnej powinno odbywać się w obszarze czystym, natomiast zdejmowanie środków ochrony indywidualnej powinno odbywać się w wydzielonym obszarze skażonym.
6. Zapewnienie środków dezynfekcyjnych rąk, sprzętu i powierzchni na każdym stanowisku pracy.

7. Codzienny pomiar temperatury ciała każdego pracownika przed przystąpieniem do pracy w jednostkach systemu.
8. Jeżeli u pracownika poza godzinami pracy występują objawy sugerujące podejrzenie zakażenia wirusem SARS CoV-2 powinien on powiadomić swojego przełożonego.

1. W przypadku przyjęcia wezwania do pacjenta z podejrzeniem zakażenia SARS-CoV-2

- założyć środki ochrony indywidualnej - rękawiczki jednorazowe, kombinezon lub fartuch barierowy wodoodporny, maseczkę FFP2 lub FFP3, gogle ochronne lub przyłbicę, rękawiczki jednorazowe – druga para na kombinezon lub fartuch, przed założeniem pamiętać o zasadzie “nic poniżej łokcia”,
- na siedzenia w przedziale kierowcy nałożyć prześcieradła jednorazowe, które jest usuwane po przetransportowaniu pacjenta przed wykonaniem dezynfekcji,
- po dotarciu na miejsce zdarzenia niezwłocznie założyć szczelnie pacjentowi maseczkę chirurgiczną, jeśli stan pacjenta na to pozwala, zaleca się aby w miarę możliwości pacjent sam zakładał maseczkę.

2. W przypadku, kiedy powód wezwania nie wskazuje na podejrzeniem zakażenia SARS-CoV-2

a) dodatkowy wywiad w trakcie dojazdu –

Kierownik ZRM w czasie dojazdu do miejsca wezwania powinien rozważyć w miarę możliwości kontakt telefoniczny bezpośrednio z numerem wzywającym i zebrać dodatkowy wywiad zwracając uwagę na objawy kliniczne i kryteria epidemiologiczne wskazujące na możliwość zakażenia SARS-CoV-2 należy także zapytać o stan zdrowia domowników oraz kontakt z potencjalnie zarażonymi. W przypadku, kiedy zachodzi podejrzenie zakażenia SARS-CoV-2 powiadamia o tym fakcie dyspozytora i postępuje jak w przypadku wezwania do pacjenta z podejrzeniem zakażenia SARS-CoV-2 – pkt 1

b) brak możliwości zebrania dodatkowego wywiadu w trakcie dojazdu

- zaleca się wejście na miejsce zdarzenia Kierownika ZRM, który powinien każdorazowo być wyposażony w pełen zestaw ochronny, tak jak do wezwania do pacjenta z podejrzeniem zakażenia SARS-CoV2, w tym maseczkę klasy FFP3, gogle, rękawiczki i fartuch barierowy, i pozostawienie pozostałych członków w bezpiecznej odległości umożliwiającej kontakt słowny lub wzrokowy (np. pozostawienie otwartych drzwi mieszkania), przeprowadzenie wstępnego wywiadu w celu wykluczenia podejrzenia zakażenia SARS-CoV-2 zbadanie temperatury zwracając uwagę na zachowanie odpowiedniej odległości, unikanie ekspozycji na kaszel i kichanie i bliskiego kontaktu z pacjentem i domownikami.

W przypadku, kiedy zachodzi podejrzenie zakażenia SARS-CoV-2 powiadamia o tym fakcie pacjenta i rodzinę. Pozostali członkowie zespołu ubierają się w środki ochrony indywidualnej, Kierownik zespołu powiadamia dyspozytora medycznego i postępuje jak w przypadku wezwania do pacjenta z podejrzeniem zakażenia SARS-CoV-2 – pkt 1.

3. Realizacja transportu pacjenta z podejrzeniem zakażenia SARS-CoV-2

- Odizolowanie przedziału medycznego od przedziału kierowcy – zamknięcie drzwi łączących oba przedziały, zamknięcie okna w ścianie grodziowej.
- Kierowca przed wejściem do ambulansu zdejmując zewnętrzną parę rękawiczek (potencjalnie zanieczyszczone), dezynfekuje ręce i zakłada kolejną parę.
- Pacjentowi należy polecić zdezynfekować ręce.
- Należy ograniczyć kontakt z pacjentem do wykonania tylko niezbędnych medycznych czynności ratunkowych stosować standardowe objawowe postępowanie w przypadku duszności unikając wykonywani nebulizacji.
- Należy poinformować rodzinę i osoby mające kontakt z pacjentem o konieczności odbycia 14-dniowej kwarantanny domowej oraz wykonania testu w kierunku SARS CoV-2 zgodnie z zaleceniami Powiatowego Inspektora Sanitarnego właściwego ze względu na miejsce podejrzenia zakażenia, który został powiadomiony o tym fakcie przez głównego dyspozytora medycznego.
- Po zrealizowaniu wyjazdu i przekazaniu pacjenta konieczna jest dezynfekcja ambulansu. Po uprzednim usunięciu wszelkich jednorazowych elementów wyposażenia, z którymi miała styczność osoba chora, dezynfekcję należy

przeprowadzać zgodnie z aktualnym stanowiskiem NIZP-PZH dotyczącym dezynfekcji/dekontaminacji ambulansów, pamiętając także o klamkach zewnętrznych.

- Ważne jest zabezpieczenie członków ZRM w preparaty do dezynfekcji rąk i chusteczki dezynfekcyjne do powierzchni.
- W karetce należy ograniczyć do niezbędnego minimum ilość sprzętu - na noszach tylko jednorazowe prześcieradła, sprzęt (defibrylator, ssak, respirator) zabezpieczony dodatkowo foliami ochronnymi.
- Zaleca się stosowanie worków samorozprężalnych jednorazowego użycia.
- Stosowania pomiaru ciśnienia tętniczego bez użycia słuchawek (których nie ma jak bezpiecznie założyć w kombinezonie) - pomiar metodą Riva-Rocciego „na palec” lub gdy trudno wy badać tętno na palec (podwójne rękawiczki) przy ocenie działania puls oksymetru.
- Używanie mankietu ciśnieniomierza łatwo zmywalnego.
- Zaleca się wyznaczenie stanowisk dekontaminacji ambulansów z dedykowanym do tego odrębnym personelem.

Pacjent w szpitalnym Oddziale Ratunkowym:

1. Pacjenci zgłaszający się do Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych samodzielnie:

- a) na wejściu do oddziału wyznaczona osoba ubrana w odzież ochrony indywidualnej (czepek, maskę chirurgiczną, gogle lub przyłbice fartuch ochronny, rękawice) mierzy temperaturę ciała termometrem bezdotykowym.
- b) w przypadku gdy u pacjenta występuje temperatura powyżej 38 st. pacjent ma założoną maskę, a pielęgniarka triage (ubrana w środki ochrony indywidualnej) podejmuje decyzje:
- c) jeżeli pacjent podaje jako dolegliwości tylko kaszel i gorączkę bez żadnych innych schorzeń ma założoną maskę chirurgiczną i powinien być odesłany do izby przyjęć szpitala zakaźnego własnym środkiem transportu lub dedykowanym transportem (zakaz korzystania ze środków komunikacji zbiorowej)

Według wytycznych Konsultanta Krajowego w dziedzinie chorób zakaźnych:

„Osoby spełniające kryterium podejrzenia przypadku powinny zgłosić się i być leczone w warunkach oddziału zakaźnego lub obserwacyjno-zakaźnego”

- d) jeżeli występują dodatkowo inne schorzenia, które wymagają hospitalizacji w SOR w szpitalu ogólnym pacjent powinien zostać izolowany do pomieszczenia, w którym zostanie zbadany przez lekarza specjalistę (ubrany w kombinezon lub fartuch barierowy, czepek, maskę FFP2, gogle, lub przyłbicę, rękawiczki 2 pary (diagnostyczne). w zależności od stanu i schorzenia występującego u pacjenta.
- e) Pielęgniarka na zlecenie lekarza pobiera materiał do badań laboratoryjnych oraz wymazy w kierunku grypy oraz SARS CoV-2 (pielęgniarka zabezpieczona w środki ochrony indywidualnej tj.: kombinezon lub fartuch barierowy, czepek, maskę FFP2, gogle, lub przyłbicę, rękawiczki 2 pary diagnostyczne)
- f) do opieki nad pacjentem powinna być wyznaczona jedna pielęgniarka lub ratownik.

2. Pacjent przywieziony przez zespół Ratownictwa Medycznego

Pielęgniarka Triage ubrana w środki ochrony indywidualnej (maska chirurgiczna, gogle, lub przyłbica, fartuch barierowy, czepek, rękawiczki – 2 pary diagnostyczne), przeprowadza wywiad od członków ZRM, a pacjent pozostaje w ambulansie do momentu podjęcia decyzji przez pielęgniarkę triage:

- a) w przypadku podejrzenia zakażenia wirusem SARS CoV-2 przy braku innych schorzeń, pacjent powinien być przewieziony do izby przyjęć szpitala zakaźnego
- b) w przypadku przywiezienia pacjenta z podejrzeniem zakażenia wirusem SARS CoV-2 i występującymi dodatkowo innymi schorzeniami wymagającymi hospitalizacji w SOR w szpitalu ogólnym pacjent powinien być izolowany w stworzonym do tego

- obszarze. (dalsze postępowanie tak jak w przypadku pacjenta zgłaszającego się samodzielnie do SOR)
- c) w przypadku pacjenta z podejrzeniem zakażenia wirusem SARS CoV-2 znajdującego się w stanie nagłego zagrożenia życia pielęgniarka triage umieszcza pacjenta w obszarze resuscytacyjno-zabiegowym (wyznaczona sala resuscytacyjno-zabiegowa dedykowana tylko dla takich pacjentów- jeżeli jest taka możliwość w oddziale)
- d) personel medyczny przebywający w sali resuscytacyjno-zabiegowej powinien być zabezpieczony w środki ochrony indywidualnej (czepek chirurgiczny, fartuch barierowy, maskę FFP2 lub FFP3, gogle, lub przyłbica, rękawiczki – 2 pary diagnostyczne i jałowe, zastosowanie kombinezonu w przypadku: złamań otwartych, ran, zabiegów, intubacji, bronchoskopii i nacięć).

Przydatne linki:

1. <https://www.mp.pl/covid19/zalecenia/230092,rekomendacje-polskiego-towarzystwa-medycyny-ratunkowejoraz-konsultanta-krajowego-w-dziedzinie-medycyny-ratunkowej>
2. <https://drive.google.com/file/d/1oTO6nTO2QY2vjbbWz1cw9A-0UHLg0r2s/view>
-zalecenia ECDC dotyczące zakładania i zdejmowania środków ochrony indywidualnej w czasie opieki nad pacjentem z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem wirusa SARS-CoV-2 (COVID – 19)
3. <https://www.mp.pl/covid19/zalecenia/230563,schemat-postepowania-dla-zespolow-ratownictwa-medycznego-systemu-panstwowe-ratownictwo-medyczne-z-pacjentem-spelniajacych-kryteria-epidemiologiczne>

**WYTYCZNE ZESPOŁU KONSULTANTÓW W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA
EPIDEMIOLOGICZNEGO W ZAKRESIE DZIAŁAŃ MAJĄCYCH NA CELU
ZAOBIEGANIE ROZPRZESTRZENIANIA SIĘ ZAKAŻEŃ SARS-CoV-2
W ŚRODOWISKU SZPITALNYM z dnia 16.04.2020**

Dr n. med. Anna Szczypta - Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego
Mgr Edyta Synowiec – Konsultant Wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego dla województwa małopolskiego
Mgr Katarzyna Salik – Konsultant Wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego dla województwa dolnośląskiego

Opracowane przez konsultantów wytyczne 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.

1. WARUNKI IZOLACJI PACJENTA PODEJRZANEGO LUB ZAKAŻONEGO W PODMIOCIE LECZNICZYM

- Pacjentów z podejrzeniem lub potwierdzeniem COVID-19 należy poddać izolacji powietrzno-kropelkowej i kontaktowej.
- Pacjentów należy izolować w pokojach jednoosobowych z pełnym węzłem sanitarnym (ubikacja + łazienka). Wskazana jest sala ze śluzą, wyposażona w wentylację wymuszoną działającą na zasadzie podciśnienia.
- Aktywność pacjenta należy ograniczyć do niezbędnego minimum (np. przemieszczanie się na badania).
- Sprzęt wielokrotnego użycia w sali izolowanej (np.: termometr, ciśnieniomierz, pulsoksymetr itp.) należy wydzielić dla pojedynczego chorego.
- Podejrzanym i potwierdzonym pacjentów należy umieścić w osobnych częściach oddziału.
- Odwiedziny chorych są zabronione. Pacjent powinien mieć możliwość dostępu do urządzeń elektronicznych umożliwiających zdalny kontakt z rodziną.

- Działania personelu medycznego w strefie izolacyjnej pacjenta należy kumulować i ograniczać do niezbędnych (do max. 4 godzin na dyżur).
- Pacjenci z objawami infekcji dróg oddechowych (kaszel, gorączka, duszność) w kontakcie z personelem zobowiązani są do noszenia maski chirurgicznej podczas pobytu w szpitalu.
- Personel w strefie izolowanej (sala izolacyjna, bądź wydzielona strefa oddziału) bezwzględnie stosuje środki ochrony indywidualnej.
- Czas izolacji kontaktowej i kropelkowej powinien być wydłużony z powodu dłuższego okresu wydalania koronawirusa przez chorych. Po wykonaniu badań z zastosowaniem techniki PCR w odstępie 24h i uzyskaniu dwóch wyników ujemnych, pacjent może opuścić salę izolacyjną.

2. ZASADY UTRZYMANIA CZYSTOŚCI PODCZAS IZOLACJI.

- Czynności sprzątania i dezynfekcji w sali izolacyjnej należy przeprowadzać 1 raz na dobę i zawsze w sytuacji zanieczyszczenia biologicznego. Najlepiej po wykonaniu wszystkich czynności w strefach czystych oddziału.
- Wszystkie powierzchnie w sali należy zmywać preparatem myjącym za pomocą jednorazowych ściereczek. Do dezynfekcji należy stosować preparat na bazie chloru o stężeniu 1000 ppm. aktywnego chloru. W przypadku nietolerancji oddechowej preparatu chlorowego przez pacjenta można użyć preparatu o potwierdzonej skuteczności wirusobójczej.
- Proces sprzątania należy rozpocząć od usunięcia odpadów medycznych oraz mycia i dezynfekcji powierzchni tzw. czystych tj.: od parapetów, blatów stolików, ram łóżka, klamek, włączników i przycisków, słuchawek telefonu, a kończąc na podłodze oraz łazience czy ubikacji. Duże powierzchnie należy myć i dezynfekować za pomocą nakładek mopujących stosując zasadę „jeden mop do jednego pomieszczenia”. Zużyte mopy należy oddać do prania stosując standardową procedurę.
- Wózek serwisowy należy wydzielić dla pomieszczenia izolacyjnego lub strefy izolacyjnej oddziału. Wszystkie elementy wózka po zakończonym procesie sprzątania należy poddać dezynfekcji w preparacie chlorowym o stężeniu 1000 ppm i pozostawić do samodzielnego wyschnięcia.
- Do dezaktywacji zanieczyszczeń biologicznych (krew, wydzieliny i wydaliny) należy zastosować preparat na bazie chloru o stężeniu 10 000 ppm. zgodnie z dwuetapową zasadą tj. zebrać materiał biologiczny za pomocą ściereczki nasączonej preparatem chlorowym (np.: gotowa chusteczka z inkrustowanym chlorem) i usunąć do odpadów medycznych niebezpiecznych. Następnie zdezynfekować powierzchnię kolejną ściereczką nasączoną preparatem chlorowym o stężeniu 10 000 ppm.
- W czasie procesu sprzątania bezwzględnie nie należy stosować środków dezynfekcyjnych w postaci aerozoli i atomizerów.
- Salę izolacyjną lub obszar izolowany należy sprzątać i dezynfekować zawsze pod koniec procesu sprzątania oddziału, jako ostatni element procesu utrzymania czystości.
- Podczas pracy w strefie pacjenta personel sprzątający stosuje środki ochrony indywidualnej, ze szczególnym uwzględnieniem ochrony dróg oddechowych (maska FPP-2).
- W przypadku braku możliwości stosowania chloru (pacjent uczulony) dopuszcza się standardowe preparaty dezynfekcyjne z udokumentowaną skuteczności biobójczą w zakresie bakterii, grzybów i wirusów potwierdzoną normami europejskimi.

3. ZASADY POSTĘPOWANIA Z BIELIZNĄ PACJENTA

- Pacjenci podejrzani lub zakażeni powinni nosić bieliznę jednorazowego użycia. W przypadku braku takiej bielizny dopuszcza się stosowanie bielizny wielokrotnego użytku.
- Wszystkie elementy bielizny pacjentów podejrzanych lub zakażonych należy usuwać ostrożnie bez zbędnego wzmaganie powietrza i pakować do dwóch rodzajów worków: zewnętrzny-foliowy, wewnętrzny-rozpuszczalny, zgodnie z kolorystyką obowiązującą w danym podmiocie leczniczym. Worki należy uszczelnić opaskami kablowymi i przekazać do pralni zgodnie z zasadami postępowania z bielizną skażoną.

- Zmianę bielizny pościelowej i osobistej należy dokonywać 1 raz dziennie oraz zawsze w przypadku zanieczyszczenia.
- Ubranie prywatne pacjenta, powinno zostać zapakowane w worek foliowy i oddane do magazynu odzieży chorych lub przekazane rodzinie. W magazynie przechowywać należy w osobnym, wydzielonym miejscu.
- Nie ma wskazań do stosowania bielizny pościelowej jednorazowego użycia.

4. POSTĘPOWANIE Z ODPADAMI MEDYCZNYMI

- Odpadami należy gospodarować zgodnie z procedurami dla zakaźnych odpadów medycznych kategorii B (UN3291);
- Zaleca się stosowanie podwójnych worków koloru czerwonego. W strefie izolacji odpady gromadzone są w pojedynczym worku, natomiast po wypełnieniu worka do 2/3 są zabierane i zabezpieczane w kolejny worek koloru czerwonego.

5. POSTĘPOWANIE PO WYPISIE CHOREGO

- Po opuszczeniu izolatki przez pacjenta należy salę wywietrzyć przez ok. 1 godz.
- Sprząatanie należy rozpocząć od usunięcia odpadów, a następnie zdjęcia bielizny z łóżka. Jeśli były stosowane parawany, tkaninę oddać do prania.
- Sprzęt wielorazowego użycia poddać standardowej dezynfekcji przy użyciu preparatów obejmujących działanie wirusobójcze. Wskazane, jeśli to możliwe używanie preparatów na bazie chloru.
- Jeśli sprzęt ma być przewieziony w inne miejsce poza salę izolacyjną należy go wcześniej zdezynfekować.
- Proces mycia i dezynfekcji należy wykonywać zgodnie z procedurami dotyczącymi utrzymania czystości opracowanymi przez Zespół Kontroli Zakażeń.
- Pomieszczenie należy poddać gruntownej dezynfekcji zgodnie z wytycznymi zawartymi w punkcie 2.
- Po przeprowadzeniu procesu mycia i dezynfekcji sali należy ją ponownie wywietrzyć.
- W przypadkach szczególnych wskazane jest przeprowadzenie fumigacji po konsultacji z lokalnym Zespołem Kontroli Zakażeń Szpitalnych.

6. POSTĘPOWANIE ZE ZWŁOKAMI

- Postępowanie powinno być zgodnie z procedurą opracowaną lokalnie na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 3 kwietnia 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie postępowania ze zwłokami i szczątkami ludzkimi (Dz.U. z 2020, poz.585, regulujące sposób postępowania ze zwłokami osób zmarłych na chorobę wywołaną SARS CoV-2 (COVID 19-19).
- Przygotować zwłoki z zachowaniem godności należnej osobie zmarłej; do dezynfekcji ciała osoby zmarłej należy zastosować preparat alkoholowy, z przeznaczeniem do dezynfekcji skóry o spektrum wirusobójczym.
- Zwłoki należy transportować w podmiocie leczniczym w taki sposób, aby skrócić drogę transportu ciągami komunikacyjnymi na zewnątrz.
- Jeśli zwłoki były przewożone nie wydzieloną windą (tzw. brudną) należy ją bezzwłocznie zdezynfekować po transporcie.
- Środki transportu po przewiezieniu powinny być poddane dezynfekcji preparatem o spektrum B, V, F.

7. ZASADY ŻYWIENIA

- Posiłki dla chorych podejrzanych lub zakażonych należy podawać przy użyciu jednorazowych naczyń i sztućców, które należy usuwać do odpadów zakaźnych.
- Posiłki należy podawać najlepiej do słuzy przy równoczesnym zamknięciu drzwi sali izolacyjnej.
- Resztki pokonsumpcyjne traktować jako odpad zakaźny, segregować do czerwonego worka, oddać do utylizacji.

8. EDUKACJA PACJENTA

- Podczas pobytu pacjenta (jeśli stan chorego na to pozwala) w sali izolowanej należy edukować chorego poprzez przekazywanie informacji za pomocą ulotek informacyjnych na temat prawidłowej techniki kaszlu, prawidłowej techniki mycia rąk oraz ogólnych zasad izolacji kontaktowej i kropelkowej.

- W przypadku oddziałów pediatrycznych, w których rodzice towarzyszą małoletniemu pacjentowi należy edukacją objąć również rodziców. Zakres edukacji powinien obejmować m.in. stosowanie środków ochrony indywidualnej oraz techniki mycia rąk.

9. ŚRODKI OCHRONY INDYWIDUALNEJ W OPIECE NAD PACJENTEM

9.1 PLACÓWKI OPIEKI STACJONARNEJ

Pracownicy medyczni – sala chorych

- Bezpośrednia opieka nad chorym na COVID-19: maska z filtrem FFP2, fartuch z długim rękawem wodoodporny, rękawiczki z długim mankietem (zalecane 2 pary rękawic), czapka chirurgiczna, ochrona oczu (gogle lub przyłbica).
- Procedury związane z powstawaniem aerozolu wykonywane u chorych na COVID-19 (np. intubacji dotchawiczej, wentylacji nieinwazyjnej, tracheostomii, resuscytacji krążeniowo-oddechowej, wentylacji manualnej przed intubacją, bronchoskopii - maska z filtrem, FFP3, N95, wodoodporny fartuch z długim rękawem, fartuch bez rękawów foliowy przedni (nieprzemakalny), czapka chirurgiczna lub do rozważenia kombinezon ochrony biologicznej, rękawiczki z wydłużonym mankietem (zalecane 2 pary rękawic), ochrona oczu (gogle lub przyłbica) - zalecane szczególnie w OIT.

Personel sprząający – sala chorych

- Bezpośrednie wykonanie usługi - wejście na salę chorego na COVID-19: maska z filtrem FFP2, fartuch z długim rękawem wodoodporny, rękawiczki gumowe z długim mankietem, ochrona oczu gogle lub przyłbica, pełne gumowe obuwie robocze zapewniające zmywalność.
- Inne miejsca w szpitalu, oddziale przez które odbywa się transport niezwiązane z kontaktem z chorymi na COVID-19 - **środki ochrony indywidualnej niewymagane.**

Segregacja pacjentów (triaż):

- Pacjenci z objawami ze strony układu oddechowego - zachowaj odległość ≥ 1 , zaopatrzyć pacjenta w maseczkę chirurgiczną, o ile ją toleruje.
- Personel medyczny - maseczka z filtrem FFP2, fartuch z długim rękawem, rękawiczki, ochrona oczu (gogle lub przyłbica).
- Pacjenci bez objawów ze strony układu oddechowego – nie wymaga się stosowania środków ochrony indywidualnej.

Pomieszczenia administracyjne:

- Cały personel, także pracownicy medyczni - praca w pomieszczeniach administracyjnych (dyżurki lekarskie i pielęgniarskie, pokoje socjalne, sekretariaty) niezwiązana z kontaktem z chorymi na COVID-19 - **środki ochrony indywidualnej niewymagane.**

9.2 PLACÓWKI OPIEKI AMBULATORYJNEJ

Pracownicy medyczni - gabinet konsultacyjny:

- Badanie przedmiotowe pacjenta z objawami ze strony układu oddechowego - maska z filtrem FFP2, fartuch z długim rękawem wodoodporny, rękawiczki z długim mankietem (zalecane 2 pary rękawic), czapka chirurgiczna, ochrona oczu (gogle lub przyłbica).
- Badanie przedmiotowe pacjenta bez objawów ze strony układu oddechowego – środki ochrony indywidualnej zgodne ze standardowymi zasadami dotyczącymi środków ostrożności i z oceną ryzyka.

Pacjenci – gabinet konsultacyjny:

- Z objawami ze strony układu oddechowego - zaopatrzyć pacjenta w maseczkę chirurgiczną, o ile ją toleruje.
- Bez objawów ze strony układu oddechowego – środki ochrony indywidualnej niewymagane.

Personel sprząający- gabinet konsultacyjny:

- Po konsultacji pacjenta z objawami ze strony układu oddechowego i między konsultacjami maska z filtrem FFP2, fartuch z długim rękawem wodoodporny, rękawiczki gumowe z długim mankietem, ochrona oczu gogle lub przyłbica, pełne gumowe obuwie robocze zapewniające zmywalność.

Pacjent – poczekalnia:

- Pacjenci z objawami ze strony układu oddechowego - zaopatrzyć pacjenta w maseczkę chirurgiczną, o ile ją toleruje, niezwłocznie przenieść pacjenta do separatu lub oddzielnego pomieszczenia, z dala od innych osób.
- Pacjenci bez objawów ze strony układu oddechowego - środki ochrony indywidualnej niewymagane.

Segregacja pacjentów (triaż):

- Pacjenci z objawami ze strony układu oddechowego – rozmieścić pacjentów zachowując odległość ≥ 1 , zaopatrzyć pacjenta w maseczkę chirurgiczną, o ile ją toleruje.
- Pacjenci bez objawów ze strony układu oddechowego – środki ochrony indywidualnej niewymagane.
- Personel medyczny – -maseczka z filtrem FFP2, fartuch z długim rękawem, rękawiczki, ochrona oczu (gogle lub przyłbica).

Pomieszczenia administracyjne:

- Cały personel, także pracownicy medyczni - praca administracyjna, niezwiązana z kontaktem z chorymi na COVID-19 - środki ochrony indywidualnej niewymagane. Podczas stosowania środków ochrony należy pamiętać o prawidłowej technice i częstotliwości higieny rąk i higienie układu oddechowego podczas kaszlu. Środki ochrony indywidualnej po użyciu należy umieścić w odpowiednim pojemniku na odpady medyczne zakaźne (podwójny czerwony worek).

9.3 RACJONALNE I WŁAŚCIWE WYKORZYSTANIE ŚRODKÓW OCHRONY INDYWIDUALNEJ

- Wybór ŚOI należy dopasować do ryzyka kontaktu z patogenem (np. rodzaju wykonywanych czynności) oraz drogi jego transmisji (np. kontaktowa, kropelkowa czy przez aerozol).
- Rodzaj ŚOI stosowanych podczas opieki nad chorym na COVID-19 zależy od miejsca, personelu oraz wykonywanych czynności.
- Wydłużony czas stosowania masek z filtrem (np. klasy N95, FFP2 lub odpowiednika). Oznacza to, że pracownik medyczny nosi tę samą maskę podczas sprawowania opieki nad wieloma pacjentami z tym samym rozpoznaniem, nie zdejmując jej. Dostępne dane wskazują, że maski stosowane w ten sposób zachowują funkcję ochronną, choć ich noszenie przez >4 godziny może prowadzić do dyskomfortu i w związku z tym należy go unikać.
- Nie zaleca się noszenia żadnych masek przez osoby bez objawów choroby. Może wytworzyć to fałszywe poczucie bezpieczeństwa, skutkujące zaniedbaniem innych niezbędnych działań zapobiegawczych.

Piśmiennictwo:

1. ECDC „ECDC TECHNICAL REPORT. Infection prevention and control for COVID-19 in healthcare settings. March 2020”
2. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 3 kwietnia 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie postępowania ze zwłokami i szczątkami ludzkimi (Dz.U. z 2020, poz.585)
3. Wskazówki Światowej Organizacji Zdrowia dotyczące stosowania masek w opiece domowej, w placówkach opieki zdrowotnej i poza nimi podczas epidemii COVID-19 World Health Organization (2020). tłum. Magdalena Rot, Piotr Filberek Rational use of personal protective equipment (PPE) for coronavirus disease (COVID-19): interim guidance, 19 March 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/331498>);
4. Profilaktyka i kontrola zakażeń wirusem powodującym COVID-19 w placówkach ochrony zdrowia. Raport techniczny ECDC z marca 2020 tłum. M.Rot. Med. Prakt. <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/infection-prevention-and-control-covid-19-healthcare-settings>
5. Zalecenia postępowania w zakażeniach SARS CoV-2 Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych -wersja 24.03.2020

Zalecenia Krajowego Konsultanta w dziedzinie chorób zakaźnych z dnia 6.04.2020 dotyczące stosowania środków ochrony osobistej oraz sposób organizacji pomieszczeń, w których udzielana jest pomoc medyczna dla pacjentów z podejrzeniem COVID-19

14.04.2020

W związku ze zmianą sytuacji epidemicznej i pojawieniem się transmisji koronawirusa w jednostkach opieki zdrowotnej zaleca się :

1. W województwach, w których nastąpiły transmisje zakażeń w szpitalach i innych placówkach
 - Wydzielenie w Izbach Przyjęć, SOR-ach miejsc izolacji pacjentów klinicznie podejrzanych o COVID19.
 - Wydzielenie oddziału/ów mogących być miejscem hospitalizacji chorych lub podejrzanych o COVID-19.
 - Wydzielenie części pomieszczeń OIT-u , mogących być miejscem hospitalizacji chorych lub osób podejrzanych o COVID-19.
2. Personel zajmujący się tymi chorymi winien posiadać środki ochrony osobistej, używanej zgodnie z zaleceniami będącymi załącznikiem do niniejszego komunikatu.
3. W Izbach Przyjęć, SOR-ach i wymienionych wyżej oddziałach zaleca się wydzielenie trzech stref:
 - Czerwonej, w której przebywają pacjenci , a personel obowiązany jest stosować środki ochrony osobistej jak wyżej
 - Pomarańczowej, w której personel zakłada i zdejmuje środki ochrony osobistej
 - Zielonej, w której nie przebywają pacjenci podejrzani o COVID – 19
4. Osoby, u których podejrzewa się COVID-19 , kierowane są do pomieszczeń w strefie czerwonej, w których udziela się niezbędnej pomocy medycznej i pobiera się materiał celem dokonania diagnostyki. Do czasu uzyskania wyniku badania pacjent musi przebywać w izolacji.
5. Po uzyskaniu wyniku ujemnego pacjenta kieruje się do oddziału właściwego dla leczonego schorzenia.
6. Po uzyskaniu dodatniego wyniku- należy nawiązać kontakt z oddziałem zakaźnym dedykowanym leczeniu COVID-19 celem ewentualnego przekazania pacjenta.

DEFINICJA PRZYPADKU NA POTRZEBY NADZORU NAD ZAKAŻENIAMI LUDZI NOWYM KORONAWIRUSEM SARS-CoV-2 (definicja z dnia 22.03.2020; GIS)

Kryteria kliniczne

Każda osoba, u której wystąpił:

Grupa A. Kryteria wymagające dodatkowo spełnienia kryterium epidemiologicznego.

Co najmniej jeden z wymienionych objawów ostrej infekcji układu oddechowego:

- gorączka
- kaszel
- duszność

Grupa B. Kryteria niewymagające spełnienia kryterium epidemiologicznego

- osoba hospitalizowana z objawami ciężkiej infekcji układu oddechowego bez stwierdzenia innej etiologii w pełni wyjaśniającej obraz kliniczny LUB
- osoba w nagłym stanie zagrożenia życia lub zdrowia z objawami niewydolności oddechowej

Kryteria laboratoryjne

Kryteria laboratoryjne przypadku potwierdzonego:

- wykrycie kwasu nukleinowego SARS-CoV-2 z materiału klinicznego[1] potwierdzone badaniem molekularnym ukierunkowanym na inny obszar genomu wirusa[2].

Kryteria laboratoryjne przypadku prawdopodobnego:

Co najmniej jedno z następujących kryteriów:

- dodatni wynik molekularnego testu w kierunku obecności koronawirusów (pan-coronavirusRT-PCR)
- niejednoznaczny wynik badania wykrywającego kwas nukleinowy COVID-19

Kryteria epidemiologiczne

Każda osoba, która w okresie 14 dni przed wystąpieniem objawów spełniała co najmniej jedno z następujących kryteriów:

- przebywała lub powróciła z obszaru, w którym występuje też lokalna lub o małym stopniu rozpowszechnienia transmisja COVID-19^[3].
- miała bliski kontakt z osobą, u której stwierdzono zakażenie COVID-19 (kontakt z przypadkiem potwierdzonym lub prawdopodobnym). Jako bliski kontakt należy rozumieć:
 - zamieszkiwanie z przypadkiem COVID-19,
 - bezpośredni kontakt fizyczny z przypadkiem COVID-19 (np. podanie ręki),
 - bezpośredni kontakt bez zabezpieczania z wydzielinami osoby z COVID-19 (np. dotykane zużytej chusteczki higienicznej, narażenie na kaszel osoby chorej),
 - przebywanie w bezpośredniej bliskości (twarzą w twarz) osoby chorej-przez dowolny czas
 - przebywanie w odległości 2 metrów od przypadku COVID-19 przez czas dłuższy niż 15 minut w sytuacji każdej innej ekspozycji niewymienionej powyżej
 - personel medyczny lub inna osoba bezpośrednio opiekująca się chorym z COVID-19 lub osoba pracująca w laboratorium bezpośrednio z próbkami osób z COVID-19 bez odpowiedniego zabezpieczania lub w przypadku gdy doszło do uszkodzenia stosowanych środków ochrony osobistej lub w przypadku stwierdzenia ich nieprawidłowego zastosowania ,
 - kontakt na pokładzie samolotu i innych zbiorowych środków transportu obejmujący osoby zajmujące dwa miejsca (w każdym kierunku) od osoby z COVID-19, osoby towarzyszące w podróży lub sprawujące opiekę, członkowie załogi obsługujący sekcję, w której znajduje się chory (w przypadku ciężkich objawów u osoby z COVID-19 lub jej przemieszczania się za bliski kontakt należy uznać wszystkich pasażerów znajdujących się w sekcji lub na pokładzie środka transportu);
 - uzyskanie informacji od odpowiednich służb, że miał miejsce kontakt z potwierdzonym przypadkiem.
 - Czynniki zawodowo przedstawiciele zawodów medycznych, mogący mieć kontakt z osobą zakażoną, podczas wykonywania obowiązków zawodowych, u których wystąpiły objawy infekcji układu oddechowego bez stwierdzenia innej etiologii w pełni wyjaśniającej obraz kliniczny.

Klasyfikacja przypadku

A Podejrzenie przypadku

Każda osoba spełniająca:

– kryterium kliniczne grupy A bez stwierdzenia innej etiologii w pełni wyjaśniającej obraz kliniczny oraz kryterium epidemiologiczne nr 1)

LUB

– spełniająca kryterium kliniczne grupy A oraz kryterium epidemiologiczne nr 2) lub 3)

LUB

– spełniająca kryterium kliniczne grupy B

B Przypadek prawdopodobny

Każda osoba spełniająca kryteria podejrzenia przypadku oraz kryteria laboratoryjne przypadku prawdopodobnego

C Przypadek potwierdzony

Każda osoba spełniająca kryteria laboratoryjne przypadku potwierdzonego

Uwaga: spełnienie kryteriów podejrzenia przypadku jest wskazaniem do przeprowadzenia diagnostyki laboratoryjnej.

[1] Próbkę materiału klinicznego z dolnych dróg oddechowych (popłuczyny płuczkowo – oskrzelowe (BAL), bronchoaspirat, odkrztuszana płwocina) mają większą wartość diagnostyczną niż próbki z górnych dróg oddechowych (np. wymaz z nosogardła)

[2] Jeżeli to możliwe, należy wykonać sekwencjonowanie

[3] Informacje na temat obszarów z lokalną transmisją znajduje się w aktualnym dokumencie publikowanym przez WHO pod linkiem:

<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports/>

Wybrane zalecenia postępowania w oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem koronawirusem SARS-CoV-2

Kraków, 14 kwietnia 2020 r.

Opracowanie:

Stanisław Wojtan - Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki,
Polskie Towarzystwo Pielęgniarek Anestezjologicznych i Intensywnej Opieki.

Poniższe zalecenia nie zawierają pełnych opisów poszczególnych procedur wykonywanych w oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii, odnoszą się do szczególnych czynności i działań w przypadku postępowania z pacjentami z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem koronawirusem SARS-CoV-2.

- Konieczność opracowania i weryfikacja istniejących wewnątrzoddziałowych procedur postępowania z pacjentem z COVID-19, uwzględniających specyfikę, organizację i infrastrukturę oddziału oraz dostępne środki; wyznaczenie poszczególnych stref (pobytu pacjenta, buforowej, śluzy itp.), ciągów komunikacyjnych, sposobów przemieszczania się, przekazywania materiałów czystych i usuwania odpadów, postępowania po kontakcie z pacjentem z COVID-19; opracowanie sposobu komunikowania się zespołu bezpośrednio opiekującego się pacjentem z osobami wspierającymi poza strefą.
- Zapoznanie personelu z przyjętymi procedurami, przeprowadzenie szkoleń w tym zakresie oraz szkoleń dotyczących stosowania niezbędnych środków ochrony indywidualnej – w odniesieniu do całego personelu medycznego i wspomagającego, w tym serwisu sprzątającego.
- W miarę możliwości ograniczenie liczby personelu pozostającego w bezpośrednim kontakcie z pacjentem do bezpiecznego minimum.
- Wyznaczanie zespołów do bezpośredniej opieki nad pacjentem (lekarz – pielęgniarka/ki), wspierane przez wyznaczoną osobę w strefie buforowej (utrzymanie kontaktu, przekazywanie materiału do badań, uzupełnianie niezbędnego sprzętu itp.).
- Organizowanie i planowanie opieki nad pacjentem w sposób racjonalny, zapewniający pełną opiekę, przy minimalizacji czasu kontaktu bezpośredniego personelu z pacjentem.
- Wyposażenie oddziału w niezbędne zalecane środki ochrony indywidualnej, dostępne w odpowiednich dla personelu rozmiarach, takich jak:
 - jednorazowe ubrania robocze,
 - obuwie z możliwością skutecznej dekontaminacji / sterylizacji, lub jednorazowe ochraniacze,
 - kombinezony / fartuchy barierowe,
 - czepki chirurgiczne oraz czepki chirurgiczne wiązane,
 - maski: chirurgiczne, FFP2, FFP3,
 - przyłbice / gogle,
 - rękawiczki niesterylne, również z długimi mankietami,
 - zabezpieczenie odpowiedniej ilości środków dezynfekcyjnych (zakaz stosowania środków w postaci aerozoli).
- Wykorzystanie środków ochrony osobistej zgodnie z istniejącym ryzykiem w kontakcie z pacjentem i wykonywaniu poszczególnych procedur – rygorystyczne szkolenia personelu oraz bieżący nadzór.
- Przy wykonywaniu procedur inwazyjnych, szczególnie z możliwością generowania aerozoli zaleca się stosowanie następujących środków ochrony indywidualnej dla wykonujących i asystujących osób:
 - kombinezon / fartuch barierowy z ochraniaczami na obuwie,
 - czepki,
 - maska FFP3 lub FFP2,
 - przyłbica, ew. gogle,
 - rękawiczki podwójne.

Do procedur generujących aerozole należą: intubacja, ekstubacja, tracheotomia, odsysanie wydzieliny z dróg oddechowych, odłączanie od respiratora, wentylacja nieinwazyjna dodatnimi ciśnieniami, bronchoskopia, nebulizacja, resuscytacja krążeniowo-oddechowa, układanie pacjenta w „prone position”.

- W obsadzie personelu uwzględnienie konieczności zamiany zespołu bezpośrednio zaangażowanego w opiekę nad pacjentem przynajmniej co 4 godziny.
- W opiece nad pacjentami zapewnienie zdalnego kontaktu zespołu bezpośrednio zaangażowanego w opiekę z osobami poza strefą zakażoną, a także zapewnienie możliwości natychmiastowego wsparcia zespołu zaangażowanego przy pacjencie.
- W salach chorych intensywnej terapii, szczególnie gdzie wykonywane są zabiegi generujące aerozol, preferowane utrzymanie podciśnienia.
- Przed przystąpieniem do wykonania poszczególnych czynności i interwencji przy pacjencie staranne przygotowanie niezbędnego sprzętu.
- Intubacja dotchawicza:
 - w miarę możliwości rozważyć wczesną intubację, co zapobiega wystąpieniu konieczności wykonania pilnej intubacji, w przypadku której istnieje ryzyko niedostatecznego przygotowania się zespołu,
 - zabieg powinien wykonywać doświadczony lekarz – unikanie przedłużonej bądź powtarzanych prób intubacji,
 - zalecane stosowanie videolaryngoskopu,
 - po intubacji zabezpieczenie sprzętu celem wykonania dekontaminacji i sterylizacji – jeżeli brak jednorazowych zestawów laryngoskopowych,
 - worek samorozprężalny, układ oddechowy respiratora lub aparatu do znieczulenia koniecznie zabezpieczony filtrem – wymiennikiem ciepła i wilgoci od pierwszego użycia przy pacjencie,
 - do układu oddechowego podłączyć zestaw do odsysania w systemie zamkniętym celem uniknięcia konieczności rozłączania układu podczas toalety dróg oddechowych.
- Resuscytacja krążeniowo-oddechowa:
 - zabezpieczenie w środki ochrony indywidualnej dotyczą wszystkich członków zespołu resuscytacyjnego,
 - rozpoczęcie czynności resuscytacyjnych możliwe dopiero po zastosowaniu tych środków przez członków zespołu.
- „Prone position”:
 - wykonywana przez zespół wyćwiczony w procedurze, z jedną wyznaczoną osobą do koordynowania wszystkich czynności,
 - dla dorosłego pacjenta potrzeba od czterech do sześciu osób dla bezpiecznej zmiany pozycji,
 - przed przystąpieniem do odwracania pacjenta przygotowanie niezbędnego sprzętu – udogodnienia, wałki, podkładki,
 - cały zespół zabezpieczony jak do procedur generujących aerozole,
 - pozostałe postępowanie zgodnie z przyjętą w danym miejscu procedurą / standardem.
- Respirator / wentylacja mechaniczna:
 - układ oddechowy zabezpieczony zawsze filtrem – wymiennikiem ciepła i wilgoci – zwracać uwagę na częstotliwość wymiany filtra zgodnie z zaleceniem producenta lub w przypadku widocznego zawilgocenia,
 - stosowanie układów zamkniętych do odsysania wydzieliny z dróg oddechowych, unikanie rozłączania układu oddechowego,
 - zabezpieczenie przed przypadkowym rozłączeniem układu,
 - w sytuacji konieczności rozłączenia układu (np. wymiana filtra oddechowego), stosowanie klemowania rurki intubacyjnej – utrzymanie dodatniego ciśnienia w drogach oddechowych, zapobieganie wydostania się aerozolu pod ciśnieniem z dróg oddechowych.
- Bronchoskopia:
 - w miarę możliwości stosowanie bronchofiberoskopów jednorazowych,
 - stosowanie sterylnych osłon zabezpieczających miejsce połączenia bronchoskopu z układem oddechowym (portem do wykonywania bronchoskopii),

- zapobiegających wydostawaniu się aerozolu z dróg oddechowych w czasie zabiegu,
- zabezpieczenie podwójnym opakowaniem zużytego sprzętu na czas transportu do kontaminacji i sterylizacji (przy braku bronchoskopów jednorazowych), lub wykonanie dezynfekcji wstępnej przez zanurzenie z użyciem środka o spektrum na bakterie, grzyby i wirusy, jeżeli nie można bezpośrednio po zabiegu przekazać sprzętu do centralnej sterylizatorni.
- Czynności pielęgnacyjne:
- stosowanie środków ułatwiających wykonywanie czynności pielęgnacyjnych takich jak np.: zestawy do bezwodnego mycia pacjenta, dedykowane zestawy do toalety jamy ustnej,
 - przy wykonywaniu czynności pielęgnacyjnych stosowanie pełnego zabezpieczenia w środki ochrony indywidualnej.
- Zapewnienie możliwości wykonania czynności higienicznych personelowi po kontakcie z pacjentem z COVID-19 – toaleta twarzy, jamy ustnej, kąpiel pod prysznicem, zabezpieczenie w zamienną jednorazową odzież roboczą i obuwie.
- Zapewnienie miejsca odpoczynku dla personelu po okresie bezpośredniej opieki nad pacjentem, przed następną zmianą.
- Dbanie o przestrzeganie przyjętych zasad postępowania przez wszystkich członków zespołu.
- Szczególne zwrócenie uwagi na przestrzeganie podstawowych zasad bezpiecznego postępowania:
- przygotowanie do pracy:
 - spięcie włosów, eliminacja zarostu na twarzy,
 - usunięcie kolczyków, łańcuszków i inne ozdób,
 - nieużywanie identyfikatorów przypinanych ani na smyczy.
 - przygotować ręce zgodnie z obowiązującą procedurą – nic na rękach do wysokości łokcia” (zdjąć zegarek, obrączkę etc.),
 - ręce – mycie i dezynfekcja zgodnie z obowiązującą procedurą,
 - stosowanie rękawic ochronnych,
 - ograniczenie kontaktu z powierzchniami dotykowymi w otoczeniu pacjenta do niezbędnego minimum,
 - nie korzystanie z telefonów komórkowych,
 - w trakcie pracy aż do momentu zdjęcia odzieży ochronnej i pozostałych środków ochrony osobistej nie dotykać maski, twarzy i błon śluzowych.

Opracowano na podstawie:

- Zalecenia Grupy Roboczej ds. Praktyki Polskiego Towarzystwa Pielęgniarek Anestezjologicznych i Intensywnej Opieki – <https://ptpaio.pl/?id=58>
- Zalecenia Grupy Roboczej Konsultanta Krajowego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii – <https://konsultantait.gumed.edu.pl/>
Wójtewicz M. i wsp.: COVID-19 – co dzisiaj powinien wiedzieć anestezjolog. Anestezjologia Intensywna Terapia 2020; 52, 1, 1-9.

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.

Aktualizacja z dnia 16.04.20 20 r.

Rekomendacje:

Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie,
Polskie Towarzystwo Pielęgniarek Anestezjologicznych i Intensywnej Opieki,
Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa,
Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki

Mając na uwadze możliwe zwiększenie liczby pacjentów z COVID-19 wymagających zastosowania wentylacji mechanicznej i leczenia w ramach oddziałów intensywnej terapii, rekomendujemy dla wszystkich szpitali:

1. Dokonanie analizy własnych zasobów kadry pielęgniarskiej przygotowanej do opieki nad chorym wentylowanym mechanicznie leczonych zarówno w oddziałach intensywnej terapii jak i innych oddziałach szpitala, uwzględniając między innymi ukończenie:
 - specjalizacji lub kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki,
 - specjalizacji lub kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego,
 - kursu specjalistycznego „Pielęgnowanie pacjenta dorosłego wentylowanego mechanicznie”.
2. W sytuacji znaczącego wzrostu pacjentów wymagających zastosowania zaawansowanych technik wspomaganie oddychania grupa pielęgniarek z kwalifikacjami wskazanymi w punkcie 1 powinna być włączona w pierwszej kolejności do opieki nad pacjentami.
3. Przeszkolenie pielęgniarek i pielęgniarzy zatrudnionych z innych jednostkach podmiotu leczniczego w zakresie opieki nad pacjentem wentylowanym mechanicznie w celu przygotowania ich do zapewnienia wsparcie dla zespołu zatrudnionego w bezpośredniej opiece nad pacjentami.
4. Wykorzystanie w przeprowadzeniu szkoleń stanowiskowych materiału opracowanego przez Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki oraz Grupę Roboczą ds. Praktyki Polskiego Towarzystwa Pielęgniarek Anestezjologicznych i Intensywnej Opieki, (PTPAiO) który stanowią załączniki do rekomendacji.

Szerszy zakres materiałów dotyczących awaryjnej adaptacji do opieki nad krytycznie chorymi oraz postępowania w intensywnej terapii znajduje się na stronie PTPAiO <https://www.ptpaio.pl/>

Zalecenia PTEiLChZ, Konsultanta Krajowego w dziedzinie chorób zakaźnych i Głównego Inspektora Sanitarnego dotyczące postępowania z chorymi zakażonymi SARS-CoV-2, którzy nie wymagają hospitalizacji

22.03.2020 r.

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

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

22.03.2020

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

Osoby z kontaktu domowego z chorym mają najwyższe ryzyko zakażenia. Do zakażenia dochodzi drogą kropelkową podczas mówienia, kaszlu czy kichania albo poprzez dotyk skażonych przedmiotów.

W sytuacji pogorszenia stanu zdrowia należy niezwłocznie wezwać karetkę pogotowia informując o rozpoznaniu COVID-19 i izolacji w warunkach domowych celem przewiezienia do szpitala. Na pogorszenie mogą wskazywać uporczywa gorączka powyżej 39 stopni, duszność, bóle w klatce piersiowej, krwawienia z nosa, wybroczyny na skórze.

PODCZAS IZOLACJI DOMOWEJ OBOWIĄZUJĄ NASTĘPUJĄCE ZALECENIA:

1. Dwa razy dziennie wykonuj pomiar temperatury ciała, przyjmuj co najmniej 1,5 litra płynów dziennie, przyjmuj 3-4 lekkostrawne posiłki.
2. Przebywaj (całą dobę) w jednym pokoju, w którym nie mieszkają/ nie przebywają inni domownicy.
3. Staraj się komunikować z otoczeniem poprzez telefon, komputer, jak najmniej narażając inne osoby na kontakt.
4. Inni domownicy NIE powinni zbliżać się do Ciebie bliżej niż na 2 metry.
5. NIE powinieneś mieć kontaktu ze zwierzętami domowymi – mogą przenieść wirusa na osoby zdrowe, na sierści, której dotykasz.
6. Jeśli inna osoba wchodzi do pokoju w którym przebywasz, powinna założyć maseczkę na usta i nos (maseczka chirurgiczna lub samodzielnie sporządzona z tkaniny albo ręcznik).
7. NIE wnoś rzeczy z pokoju, z którego korzystasz.
8. NIE wchodzi do innych pomieszczeń zwłaszcza, jeśli ktoś w nich przebywa.
9. Jeżeli w mieszkaniu jest wspólna toaleta/łazienka, korzystaj z niej oddzielnie, najlepiej jako ostatni z domowników, myj po sobie urządzenia z których korzystasz, zdezynfekuj WC dostępnymi dla gospodarstw domowych środkami, przed wyjściem umyj dokładnie ręce. Używaj wyłącznie własnych ręczników, powieś je w innym miejscu niż ręczniki pozostałych domowników. Trzymaj przybory toaletowe np. szczoteczkę do zębów w pokoju, w którym odbywasz izolację.
10. Często otwieraj okno, wietrz pokój. Jeśli musisz wyjść z pokoju, np. do łazienki, załóż maskę na usta i nos (maseczka chirurgiczna lub samodzielnie sporządzona z tkaniny albo ręcznik).
11. NIE korzystaj z wentylatorów, klimatyzacji, ani oczyszczaczy powietrza.
12. Zmieniaj pościel i piżamę co 2 dni, a ręczniki codziennie.

13. Zużyte pościel, ręczniki i brudne ubrania wkładaj do worka plastikowego w pokoju, a kiedy się zapełni, wystaw go za drzwi, tak aby inna osoba mogła zrobić pranie.
14. Śmieci wrzucaj do plastikowego worka (poproś o zawieszenia pustego worka na klamce), a kiedy się zapełni, wystaw go za drzwi, tak aby inna osoba mogła go wyrzucić do śmietnika.
15. Używaj oddzielnych sztućców, talerzy, kubków, szklanek. Powinny być oddzielne tylko dla ciebie.
16. Przygotowane posiłki, wodę, leki spożywaj w warunkach izolacji, poproś, aby podano ci je pod drzwi.
17. Brudne naczynia wystawiaj za drzwi pokoju, aby inna osoba umyła je w zmywarce w temp. minimum 60°C z użyciem detergentu lub ręcznie środkiem myjącym do naczyń i pod gorącą wodą. Po zmywaniu, osoba myjąca naczynia musi umyć ręce wodą z mydłem.

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

- **Kilka razy dziennie dezynfekuj poprzez przecieranie chusteczkami nasączonymi środkiem dezynfekcyjnym:**
 - klamki do drzwi, blaty stołów, uchwyt lodówki, szafek, rączka czajnika, armatura łazienkowa, toalety i uchwyty toaletowe, telefony, klawiatury, piloty telewizyjne, tablety, stoliki nocne, włączniki światła,
 - dezynfekcję wykonuj w gumowych rękawiczkach, **NIE wycieraj nadmiaru środka dezynfekcyjnego z powierzchni.**
- **Pranie ubrań, pościeli:**
 - pierz rzeczy w oddzielnym wsadzie, bez ubrań innych domowników,
 - wysyp ubrania do pralki bezpośrednio z worka, bez ich dotykania,
 - ubrania i pościel pierz w temperaturze najwyższej dopuszczalnej dla pranych tkanin, ale nie niższej niż 60 stopni C, z użyciem detergentu, przez co najmniej 40 min.
 - używaj ubrań, które można prać w temperaturze 60°C,
 - po załadunku pralki umyj lub zdezynfekuj ręce.

NIE wysyłaj rzeczy do pralni.

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

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

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

DOFINANSOWANIE DO KOMPUTERÓW PRZENOŚNYCH DLA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH

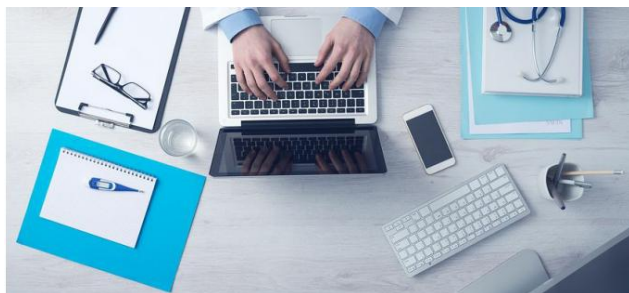
Pielęgniarki i położne mogą ubiegać się o dofinansowanie na pokrycie wydatków związanych z zakupem komputerów przenośnych wykorzystywanych do wystawiania recept w postaci elektronicznej. O taką możliwość postulowała Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych.

Zarządzenie określa warunki udzielania i rozliczania środków na dofinansowanie informatyzacji świadczeń opieki zdrowotnej przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Prawo do skorzystania z dofinansowania mają pielęgniarki i położne (świadczeniodawcy) posiadający umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzajach: **podstawowa opieka zdrowotna, ambulatoryjna opieka specjalistyczna oraz świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej w zakresie świadczeń pielęgniarki i położnej.**

W szczególności pielęgniarki i położne mogą ubiegać się o dofinansowanie na **zakup służbowych komputerów przenośnych wykorzystywanych do wystawiania e-recept.** Narodowy Fundusz Zdrowia przeznaczył na ten cel maksymalnie 1,5 mln zł.

Warunkiem otrzymania przez pielęgniarkę, położną dofinansowania do poniesionych wydatków jest złożenie **wniosku** do właściwego dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ w terminie do dnia 31 grudnia 2020 r.

URUCHOMIONO PLATFORMĘ, DZIĘKI KTÓREJ UZYSKASZ TELEPORADĘ PIELEŃNIARSKĄ (15 kwietnia 2020 r.)



Teleporada jest usługą przygotowaną z myślą o pacjentach, którzy podejrzewają obecność koronawirusa SARS-CoV-2 w swoim organizmie.

Mogą oni w prosty sposób umówić się na teleporadę lekarską lub pielęgniarską w formie wideorozmowy lub telekonsultacji. Podczas konsultacji

pacjent może otrzymać e-receptę bądź e-zwolnienie.

Aby pacjent mógł skorzystać z teleporady, powinien wypełnić krótki formularz zgłoszeniowy dostępny tutaj. Na podany w formularzu adres e-mail otrzyma wiadomość, w której zawarta będzie instrukcja. Pacjent może połączyć się z pracownikiem medycznym za pomocą komputera lub laptopa wyposażonego w kamerę, mikrofon oraz głośnik bądź przez telefon.

Teleporadę można uzyskać w godzinach **7:00-8:00 i 18:00-22:00 w dni robocze** oraz w godzinach **7:00-22:00 w soboty, niedziele i święta.**

W godzinach 8:00-18:00 w dni robocze pacjent powinien w pierwszej kolejności skontaktować się ze swoim lekarzem Podstawowej Opieki Zdrowotnej. Jeśli jednak pacjent nie będzie miał możliwości skontaktowania się ze swoim POZ może skorzystać z platformy Teleporad udostępnionej przez CSIOZ.

Wszelkie pytania dotyczące platformy Teleporad prosimy zgłaszać na adres e-mail: telepacjent@csioz.gov.pl.

Źródło: Ministerstwo Zdrowia

PIELĘGNIARKI I POŁOŻNE OBEJĄ OBSŁUGIWANE W APTEKACH POZA KOLEJNOŚCIĄ



Z takim postulatem Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych zwróciła się do Naczelnej Rady Aptekarskiej.

Prezes NRA zaapelowała do Okręgowych Izb Aptekarskich, aby pracownicy medyczni, w tym pielęgniarki i położne realizujące

świadczenia w domu pacjenta mogły poza kolejnością realizować recepty swoich pacjentów. Każda zaoszczędzona minuta w walce z koronawirusem przekłada się na zdrowie i życie tych, którzy pozostają pod naszą opieką.

Dziękujemy Kolegom Aptekarzom Farmaceutom za przychylenie się do naszej prośby i okazane wsparcie.

Jedność i współpraca samorządów zawodów medycznych, jak mało kiedy – w tej wyjątkowej sytuacji epidemicznej – nabiera właściwego znaczenia.

BEZPŁATNE KOREPETYCJE ON-LINE DLA DZIECI PRACOWNIKÓW MEDYCZNYCH



Ruszył projekt Klinika Matmy, w którym uczniowie szkół średnich, studenci i nauczyciele udzielają bezpłatnych korepetycji on-line dla dzieci pracowników medycznych podczas kwarantanny spowodowanej pandemią koronawirusa SARS-CoV-2. Honorowy Patronat nad przedsięwzięciem objęła Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych.

Klinika Matmy to platforma dzięki, której z bezpłatnych korepetycji z matematyki, fizyki i informatyki korzystać mogą dzieci pracowników ochrony zdrowia. Indywidualnych korepetycji on-line udzielają wolontariusze: uczniowie szkół średnich, polscy studenci w kraju i za granicą oraz nauczyciele.

Projekt Klinika Matmy to wspaniała inicjatywa, która zrodziła się z potrzeby chwili, gdy cały świat walczy z pandemią COVID-19. Pielęgniarki, położne, lekarze i inni pracownicy medyczni nie mogą poświęcić swoim dzieciom tyle czasu, ile by chcieli, ponieważ każdego dnia na długich dyżurach walczą o zdrowie i życie Polaków. Inicjatywa Akademii Ivy Poland to duże wsparcie dla uczniów, dla których obecna sytuacja jest bardzo stresująca – tym bardziej zasługuje na nasze uznanie. – podkreśla Prezes NRPIP Zofia Małas.

Zgłoszenia wolontariuszy chętnych do udzielania lekcji on-line oraz zgłoszenia dzieci pracowników medycznych przyjmuje organizator pod adresem:

<http://klinikamatmy.pl/>

Koordinatorami projektu Klinika Matmy są uczniowie XIV Liceum Ogólnokształcącego im. Stanisława Staszica w Warszawie. „Staszic”.

*„Trudno jest powiedzieć –
Żegnaj na zawsze –
Komuś najbliższemu”*

Z głębokim żalem zawiadamiamy, że odeszła od nas
emerytowana Pielęgniarka Oddziałowa

BARBARA DUDCZAK

koleżanki i koledzy
ze Szpitala Wojewódzkiego w Sieradzu

*„Nie umiera ten, kto pozostaje
w naszych sercach”*

Wyrazy głębokiego współczucia i wsparcia
dla naszej Koleżanki

JOLANTY MATUSIAK

z powodu śmierci

MATKI

składają koleżanki i koledzy, pielęgniarki i położne

*„Kochany człowiek nigdy nie umiera
żyje wciąż w naszych myślach,
słowach i wspomnieniach”.*

Wyrazy głębokiego współczucia i wsparcia
dla naszej Koleżanki

MIROSLAWY KOWALCZYK

z powodu śmierci

MATKI

składają koleżanki i koledzy, pielęgniarki i położne
