

Spis Treści

1. KOMUNIKATY

Ostatnie pożegnanie koleżanki Pielęgniarki BOŻENY SULIMY	2
Konkursy na stanowiska kierownicze w podmiotach leczniczych	3
Bezpłatny dostęp do księgozbioru online IBUK Libra	3
Uchwała Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w sprawie zmiany uchwały w sprawie określenia kalendarza wyborczego	4 – 6
Stanowiska od nr 39 – do nr 44 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 15 i 30 października 2020 r.	6 – 16
APEL Prezesów Samorządów Zawodów Medycznych w sprawie działań Państwa w zakresie ochrony zdrowia w czasie epidemii	16 – 17
Odpowiedź z Ministerstwa Zdrowia na stanowiska podjęte na posiedzeniu NRPiP w dniu 15.10.2020 r.	18 – 23
Pismo z Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej w sprawie przywrócenia 100% zasiłku chorobowego dla pracowników medycznych	24 – 25
Informacja o spotkaniu Zofii Małas Prezes NIPiP z Prezesem Rady Ministrów oraz Ministrem Zdrowia	26
Informacja ze spotkania NRPiP, OZZPiP, PTP, PTP z dn. 01.12.2020 r.	26
Stanowisko z dnia 18.11.2020 r. w sprawie wzmocnienia roli pielęgniarek w strategii walki z pandemią Covid-19	27 – 31
Stanowisko Prezesów Samorządów Zawodów Medycznych z dn. 24.11.2020 r.	32 – 33
NRPiP alarmuje – nowy pomysł Rządu na „import” medyków spoza granic Polski to realne zagrożenie dla życia i zdrowia pacjentów	33 – 35
List Otwarty Prezesa NRPiP do pacjentów oraz członków samorządu pielęgniarek i położnych	36 – 37

2. KĄCIK HISTORYCZNY

Elżbieta Pokora: Odcinek XI –Sylwetki położnych i pielęgniarek Starego Szpitala w latach 1950 – 1991 – ciąg dalszy	38 – 55
• Wspomnienia Pani Mirosławy Wierzbickiej	56 – 59
• Wspomnienia Pani Ireny Zalc	60 – 61
3. Z ŻAŁOBNEJ KARTY	62

Z ogromnym żalem zawiadamiamy, że w dniu 12.11.2020 r. odeszła od nas w wieku 61 lat z powodu zakażenia COVID-19 nasza Koleżanka Pielęgniarka



Bożena Sulima

" JAKIE TO ŻYCIE JEST KRÓTKIE...
JEDNO TCHNIENIE
A POTEM PUSTKA
.... W SERCU, W DOMU, W POWIETRZU
I NAWET W TYM GROBIE."
P U S T K A

Miarą wartości człowieka,
jest rozmiar pustki, jaką po sobie zostawia.
NIC jej nie zapelni. N I C.

Może tylko wdzięczność, że Bożenka była, że Bożenka
JEST i POZOSTANIE w naszych sercach i w naszej
pamięci.
TERAZ i ZAWSZE.

Nasza koleżanka Bożenka urodziła się 03.10.1959 r. w Sieradzu.

W roku 1979 ukończyła Liceum Medyczne w Sieradzu, a w 2011 r. uzyskała tytuł magistra pielęgniarstwa na Uniwersytecie Medycznym w Łodzi. Pracę zawodową na stanowisku pielęgniarki rozpoczęła w dniu 10 lipca 1979 r. w Ośrodku Rehabilitacyjno - Leczniczym dla Dzieci w Rafałowce, gdzie pracowała do ostatnich dni. Od dnia 1 kwietnia 2004 r. pełniła funkcję pielęgniarki oddziałowej.

Bożenka była bezgranicznie oddana pracy. Zawsze odpowiedzialna, sumienna, radosna – to tylko niektóre jej cechy. Do tej listy każdy z nas mógłby dodać wiele bowiem wszyscy doświadczyliśmy jej wielkiego serca. Jako pielęgniarka przepracowała 41 lat. Była osobą zaangażowaną w społeczną działalność na rzecz samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych przez ostatnich 16 lat.

Nasza Koleżanka została 3 krotnie odznaczona. Otrzymała:

- Medal Złoty za długoletnią służbę nadany przez Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej Bronisława Komorowskiego,
- Odznaczenie za zasługi dla Samorządu Pielęgniarek i Położnych oraz
- Odznaczenie brązowe „ZASŁUŻONY dla SAMORZĄDU PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH”.

Wiadomość o śmierci naszej koleżanki bardzo nas wszystkich zaskoczyła i zasmuciła. Bożenka przez całe swoje życie zawodowe wypełniała pielęgniarski obowiązek niesienia pomocy innym. Wydawało się nam, że tak będzie zawsze. Jednak w tym trudnym dla wszystkich okresie walki z pandemią poniosła największą ofiarę przegrywając walkę z bezlitosnym koronawirusem.

Kochana Bożenko,

Odeszłaś tak nagle pozostawiając nas wszystkich w ogromnym bólu. Trudno nam w to uwierzyć, że Ciebie nie ma już wśród nas. Zawsze służyłaś pomocą, zawsze można było na Ciebie liczyć.

Dziękujemy Ci za wszystkie lata współpracy, za okazane serce i za to że po prostu z nami byłaś.

Będzie nam Ciebie brakowało, szczególnie Twojej życzliwości, uśmiechu i optymizmu. Zawsze pozostaniesz w naszej pamięci i sercach. Spoczywaj w pokoju.

Rodzinie i Bliskim składamy najserdeczniejsze wyrazy współczucia.

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych Ziemi Sieradzkiej

Konkursy na stanowiska kierownicze w podmiotach leczniczych

Przedstawiciele Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych Ziemi Sieradzkiej uczestniczyli w posiedzeniach Komisji Konkursowych. W związku z przeprowadzonymi postępowaniami konkursowymi stanowiska kierownicze objęły:

Pani mgr IWONA MATUSIAK – stanowisko Pielęgniarki Oddziałowej Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego Szpitala Wojewódzkiego im. Prymasa Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Sieradzu Centrum Psychiatryczne w Warcie.

Pani MIROSŁAWA GIERLIC – stanowisko Pielęgniarki Oddziałowej Oddziału Diabetologicznego i Chorób Wewnętrznych Szpitala Wojewódzkiego im. Prymasa Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Sieradzu.

Pani mgr JUSTYNA KOKOSZKA – stanowisko Pielęgniarki Oddziałowej Oddziału Nefrologicznego i Chorób Wewnętrznych Szpitala Wojewódzkiego im. Prymasa Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Sieradzu.

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych Ziemi Sieradzkiej serdecznie gratuluje, życzy wielu sukcesów i satysfakcji z realizacji zadań przewidzianych na objętym stanowisku.



Gratulujemy

Bezpłatny dostęp do księgozbioru online IBUK Libra

Szanowni Państwo

Informujemy, że OIPiPZS kontynuuje współpracę w zakresie dostępu online do wybranych publikacji akademickich i naukowych w języku polskim na platformie IBUK Libra.

Z oferty można skorzystać składając wniosek do Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych Ziemi Sieradzkiej w Sieradzu o nadanie dostępu do Serwisu IBUK.

Procedura nadania kodu PIN:

1. Członek samorządu składa **wniosek do OIPiPZS** o nadanie dostępu do Serwisu IBUK.
2. Kod PIN zostaje przesłany na adres poczty elektronicznej lub można go uzyskać w OIPiPZS w formie papierowej.
3. Po uzyskaniu kodu PIN od OIPiPZS należy go uaktywnić w koncie serwisu www.libra.ibuk.pl

Wniosek oraz informacje pomocnicze dostępne są na stronie: www.oipipsieradz.pl

Serdecznie zachęcamy do korzystania z wirtualnej czytelnicy IBUK Libra.

Anna Augustyniak
Przewodnicząca ORPiPZS

Uchwała Nr 407/VII/2020
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
z dnia 15 października 2020 r.
w sprawie zmiany uchwały nr 360/VII/2019 Naczelnej Rady Pielęgniarek
i Położnych z dnia 5 czerwca 2019 r. zmienionej uchwałą nr 387/VII/2020
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 11 marca 2020 r. w sprawie
określenia kalendarza wyborczego

Na podstawie art. 8 ust. 4 oraz art. 22 ust. 1 pkt 9 ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. z 2018 r, poz. 916 ze zm.) uchwała się, co następuje:

§1

1. Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych zmienia § 1 pkt. 2 Uchwały Nr 360/VII/2019 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 5 czerwca 2019 r. zmienionej uchwałą nr 387/VII/2020 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 11 marca 2020 r. w sprawie określenia kalendarza wyborczego poprzez nadanie mu następującego brzmienia:

„ § 1/ Okręgowe rady pielęgniarek i położnych przeprowadzą okręgowe zjazdy w terminie umożliwiającym przeprowadzenie VIII Krajowego Zjazdu nie później niż 60 dnia od odwołania stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii, o których mowa 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, z późn. zm.), na których wybrani zostaną delegaci na VIII Krajowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych w terminie wskazanym odrębną uchwałą podjętą przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych po odwołaniu stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii.”

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych uchyla § 1 pkt. 3 Uchwały Nr 360/VII/2019 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 5 czerwca 2019 r. zmienionej uchwałą nr 387/VII/2020 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 11 marca 2020 r. w sprawie określenia kalendarza wyborczego.

2. Pozostała treść Uchwały Nr 360/VII/2019 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 5 czerwca 2019 r. zmienionej uchwałą nr 387/VII/2020 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 11 marca 2020 r. w sprawie określenia kalendarza wyborczego nie ulega zmianie.

§2

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

UZASADNIENIE

Podstawą zmiany kalendarza wyborczego do okręgowych organów samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych oraz do krajowych organów Naczelnej Izby pielęgniarek i Położnych jest zaistnienie ekstraordynaryjnej sytuacji wynikającej z zagrożenia rozprzestrzeniania się zakażeń wirusem SARS CoV-2 i koniecznością wprowadzenia szczególnych rozwiązań, umożliwiających podejmowanie działań minimalizujących zagrożenie dla zdrowia publicznego. Zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej nowy koronawirus nazwany SARS-CoV-2 jest wirusem mogąącym wywołać zespół niewydolności oddechowej, a wywołana nim choroba jest określana, jako COVID-19. SARS-CoV-2 został zidentyfikowany pod koniec 2019 roku i jest nowym szczepem koronawirusa, który nie był wcześniej identyfikowany u ludzi.

Należy zauważyć, że w dniu okresie podjęcia uchwały następuje wzrost liczby zachorowań na COVID-19, a właściwe organy podejmują wszelkie niezbędne działania w celu ograniczenia rozprzestrzeniania się koronawirusa. Na organie samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych, jako instytucji zrzeszającej przedstawicielki i przedstawicieli danych zawodów medycznych, ciąży w związku

z tym szczególne obowiązki wynikające z zapobiegania rozprzestrzeniania się w/w choroby.

Zgodnie z art. 8 ust. 4 ustawy z 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych, jeżeli kadencja organów okręgowych izb i Naczelnej Izby upływa w okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii, o których mowa 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, z późn. zm.) lub do 30 dni po odwołaniu danego stanu, podlega ona przedłużeniu do czasu wyboru organów izby na nową kadencję, jednak nie dłużej niż do 60 dni od dnia odwołania stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii. Tym samym brak konieczności przeprowadzenia okręgowych zjazdów delegatów na VIII Krajowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych w trakcie trwania epidemii.

Przy tym wskazać należy, że nie tylko kadencje organów samorządu pielęgniarek i położnych zostały przedłużone w zw. z epidemią, ale również odnotować należy wiele podobnych regulacji:

1) Art. 14ha. ust. 4 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. 2020, poz. 374) – przedłużenie kadencji organów samorządu radców prawnych,

2) Art. 14i 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. 2020, poz. 374) przedłużenie kadencji organu statutowego organizacji samorządu gospodarczego rzemiosła,

3) Art. 15zzzc. ust. 2 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. 2020, poz. 374) – przedłużenie kadencji organów polskiego związku sportowego,

4) Art. 22 ustawy z dnia 16 kwietnia 2020 r. o szczególnych instrumentach wsparcia w związku z rozprzestrzenianiem się wirusa SARS-CoV-2 (Dz. U. 2020, poz. 695) -przedłużenie kadencji organów koła łowieckiego i Polskiego Związku Łowieckiego,

5) Art. 27 ustawy z dnia 19 czerwca 2020 r. o dopłatach do oprocentowania kredytów bankowych udzielanych przedsiębiorcom dotkniętym skutkami COVID-19 oraz o uproszczonym postępowaniu o zatwierdzenie układu w związku z wystąpieniem COVID-19 (Dz. U. 2020, poz. 1086) – przedłużenie kadencji organów fundacji,

6) Art. 28 ustawy z dnia 19 czerwca 2020 r. o dopłatach do oprocentowania kredytów bankowych udzielanych przedsiębiorcom dotkniętym skutkami COVID-19 oraz o uproszczonym postępowaniu o zatwierdzenie układu w związku z wystąpieniem COVID-19 (Dz. U. 2020, poz. 1086) – przedłużenie kadencji organów stowarzyszenia,

7) Art. 78 pkt. 4 ustawy z dnia 19 czerwca 2020 r. o dopłatach do oprocentowania kredytów bankowych udzielanych przedsiębiorcom dotkniętym skutkami COVID-19 oraz o uproszczonym postępowaniu o zatwierdzenie układu w związku z wystąpieniem COVID-19 (Dz. U. 2020, poz. 1086) – przedłużenie kadencji zarządu i organów spółdzielni.

Ponadto, zgodnie z art. 30 Konstytucji RP przyrodzona i niezbywalna godność człowieka stanowi źródło wolności i praw człowieka i obywatela. W zaistniałej sytuacji dochodzi do konfliktu praw wyborczych członków samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych z prawnym nakazem ochrony zdrowia i życia każdego człowieka (art. 38 Konstytucji). Odpowiedzią na ten konflikt jest 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, poz.374 ze zm.), zwana

dalej także ustawą kryzysową mająca swoje umocowanie w art. 31 ust.3 Konstytucji RP. Ograniczenia w zakresie korzystania z konstytucyjnych wolności i praw mogą być ustanawiane tylko w ustawie i tylko wtedy, gdy są konieczne w demokratycznym państwie dla jego bezpieczeństwa lub porządku publicznego, bądź dla ochrony środowiska, zdrowia i moralności publicznej, albo wolności i praw innych osób. Ograniczenia te nie mogą naruszać istoty wolności i praw. W/w ustawa wprowadza w zakresie personelu medycznego pełną gotowość do niesieniu fachowej pomocy zagrożonemu społeczeństwu.

Biorąc to wszystko pod uwagę należy przyjąć zaistnienie nadzwyczajnego stanu epidemiologicznego. Wychodząc naprzeciw wszystkim sytuacjom, w których narasta zagrożenie epidemii i rozprzestrzeniania się chorób zakaźnych u ludzi ze wszech miar konieczna stała się kolejna zmiana kalendarza wyborczego w taki sposób, aby uniknąć sytuacji rozprzestrzeniania się koronawirusa w obliczu zwiększającej się liczby zachorowań. A jednocześnie być kompatybilna z zapisaniu ustawy o samorządzie pielęgniarek i położnych.

Sekretarz NRPiP
Joanna Walewander

Wiceprezes NRPiP
Mariola Łodzińska

Stanowisko nr 39
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
z dnia 15 października 2020 r.

w sprawie rozszerzenia kompetencji pielęgniarki w zakresie samodzielnego wykonywania zabiegów z dziedziny kosmetyki i kosmetyki estetycznej oraz podjęcia działań w kierunku zmian w przepisach regulujących kształcenie podyplomowe pielęgniarek poprzez wprowadzenie nowej ścieżki kształcenia umożliwiającej pielęgniarce nabyć w/w uprawnienia.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych działając w ramach kompetencji samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych, które wynikają z ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. z 2018 r. poz. 916 ze zm.) i obejmują wyznaczanie kierunków rozwoju pielęgniarstwa i położnictwa, doradzanie w sprawach kształcenia zawodowego pielęgniarek i położnych oraz wychodząc naprzeciw oczekiwaniom licznych środowisk pielęgniarstwa, popiera proponowany kierunek rozwoju pielęgniarstwa w przedmiocie rozszerzenia uprawnień pielęgniarek w zakresie wykonywania samodzielnie zabiegów w zakresie kosmetyki i kosmetyki estetycznej.

Mając na uwadze, dynamiczny rozwój dziedziny kosmetyki i kosmetyki estetycznej obszarze nauk medycznych, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych wskazuje na konieczność podjęcia działań legislacyjnych w celu zmian przepisów regulujących kształcenie podyplomowe pielęgniarek pozwalających na wprowadzenie nowej ścieżki rozwoju zawodowego, która umożliwi osobom wykonującym zawód pielęgniarki nabycie kwalifikacji zawodowych, umiejętności i kompetencji w zakresie kosmetyki i kosmetyki estetycznej.

Absolwenci kierunku pielęgniarstwa posiadają bardzo dobre przygotowanie o charakterze interdyscyplinarnym, łączącym wiedzę z zakresu różnych dziedzin i dyscyplin naukowych, w tym nauk medycznych, chemicznych i biologicznych, co niezaprzeczalnie umożliwia im w ramach kształcenia przeddyplomowego kontynuowanie nauki w obszarze kosmetyki i medycyny estetycznej. Wprowadzenie w/w zmian stworzy ponadto dodatkowe obszary wykorzystania

wiedzy i kwalifikacji zawodowych przez pielęgniarki oraz przyczyni się do zwiększenia atrakcyjności wykonywania samodzielnego zawodu medycznego.

W ocenie Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych podjęcie prac nad wprowadzeniem zmian w systemie kształcenia podyplomowego powinno być poprzedzone szczegółową analizą z zakresu rozszerzenia uprawnień i zadań pielęgniarki w nowym obszarze medycyny oraz konieczność zasięgnięcia specjalistycznej wiedzy w tym zakresie. W związku z powyższym, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych proponuje, aby w ramach powołanego przez Ministerstwo Zdrowia Zespołu ds. opracowywania zmian w kształceniu podyplomowym pielęgniarek i położnych podjęto prace w zakresie ustalenia głównych założeń kierunków zmian w systemie kształcenia podyplomowym pielęgniarek, opracowania szczegółowych rozwiązań w poszczególnych obszarach kształcenia, określenia standardów kwalifikacji zawodowych oraz przedłożenia propozycji nowelizacji ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej i innych aktów prawnych regulujących system kształcenia podyplomowego pielęgniarek.

Biorąc pod uwagę powyższe Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych wnosi, jak na wstępie.

Sekretarz NRPiP
Joanna Walewander

Wiceprezes NRPiP
Mariola Łodzińska

Stanowisko nr 40
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
z dnia 15 października 2020 r.

**w sprawie prawa pielęgniarek i położnych oraz innych grup zawodów
medycznych do zasiłku chorobowego w wymiarze 100% podstawy wymiaru
zasiłku wypłacanego za każdy miesiąc niezdolności do pracy**

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych działając na podstawie ustawy z dnia 11 lipca 2011 r. *o samorządzie pielęgniarek i położnych* (t. j. Dz. U. z 2018 r., poz. 916 ze zm.) zwraca się po raz kolejny z prośbą o PILNĄ zmianę przepisów regulujących wysokość wynagrodzenia i zasiłku chorobowego wypłacanego osobom wykonującym zawód medyczny za okres niezdolności do pracy w okresie choroby i odosobnienia w związku z chorobą zakaźną.

Z uwagi na zaistnienie ekstraordynaryjnej sytuacji wynikającej z zagrożenia rozprzestrzeniania się zakażeń wirusem SARS CoV-2 i ogłoszeniem w Polsce stanu epidemii – Zespół Zarządzania Kryzysowego działający przy Naczelnej Radzie Pielęgniarek i Położnych w dniu 23 marca 2020 r. skierował pismo do Pani Marleny Małag – Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z prośbą o pilną zmianę przepisów regulujących wysokość wynagrodzenia i zasiłku chorobowego wypłacanego dla osób wykonujących zawód medyczny za okres choroby i odosobnienia w związku z chorobą zakaźną.

Nasz postulat spotkał się ze zrozumieniem i w następstwie nowelizacji 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. z 2020 r., poz. 374 ze zm.) wprowadzono do w/w ustawy przepis art. 4c w brzmieniu: *W okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii ubezpieczonemu zatrudnionemu w podmiocie leczniczym, w okresie podlegania obowiązkowej kwarantannie lub*

izolacji w warunkach domowych, o których mowa w przepisach o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, wynikających z pozostawania w styczności z osobami chorymi z powodu COVID-19 w związku wykonywaniem obowiązków wynikających z zatrudnienia w podmiocie leczniczym oraz w czasie niezdolności do pracy z powodu COVID-19 powstałej w związku wykonywaniem obowiązków wynikających z zatrudnienia w podmiocie leczniczym przysługuje zasiłek chorobowy, którego miesięczny wymiar wynosi 100% podstawy wymiaru zasiłku obliczonej na podstawie przepisów ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa.

Niestety z niezrozumiałych dla Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych względów, przepis ten utracił moc po upływie 180 dni od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy na podstawie art. 36 w/w ustawy, czyli z dniem 4 września 2020 r.

W dniu 1 października 2020 r. Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych ponownie wystąpiła z pismem do Minister Rodziny i Polityki Społecznej o przywrócenie przedmiotowego zapisu.

Pragniemy stanowczo podkreślić, że już z literalnego brzmienia uchwalonego przepisu wynikało, iż omawiana regulacja ma obowiązywać w *okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii*. Natomiast zaniechanie kontynuowania w/w uregulowania w naszej opinii jest sprzeczne z zasadami współzycia społecznego i podważa zaufanie do władzy publicznej, której rolą jest stworzenie optymalnie bezpiecznych i stabilnych warunków pracy i rekompensaty utraconego zarobku w okresie niezdolności do pracy w następstwie zakażeń wirusem SARS CoV-2.

Ponadto, mając na uwadze obecnie niekorzystnie i dynamicznie zmieniającą się sytuację epidemiologiczną w Polsce zwracamy się o rozszerzenie niniejszego uregulowania na całą grupę zawodową pielęgniarek i położnych, bez względu na miejsce wykonywania zawodu. Wiele osób z naszego środowiska bierze udział w walce z epidemią w innych miejscach niż podmioty lecznicze. Są to w szczególności domy pomocy społecznej, pracownicy stacji sanitarno-epidemiologicznej, czy osoby pracujące w zespołach podstawowej opieki zdrowotnej, które obecnie są pierwszym miejscem kontaktu z pacjentem podejrzanym lub zarażonym COVID-19.

Po raz kolejny podnosimy, iż Polska jest w niezwykle trudnym okresie epidemii, propozycja zmian jest podyktowana ekstraordynaryjną sytuacją wynikającą z zagrożenia rozprzestrzeniania się zakażeń wirusem SARS CoV-2 i koniecznością wprowadzenia szczególnych rozwiązań w zakresie zabezpieczenia społecznego dla osób zobowiązanych do bezpośredniego niesienia pomocy osobom podejrzanym lub zarażonym wirusem SARS CoV-2 bez względu na zagrożenie własnego zdrowia i życia. Nie ma obecnie żadnych wątpliwości, że osoby wykonujące zawód medyczny, potrzebują szczególnego wsparcia ze strony władzy publicznej, bez względu na miejsce niesienia tej pomocy ludziom jej potrzebującym.

Mając na uwadze powyższe Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych apeluje o jak najszybsze podjęcie koniecznych prac i uregulowań mających moc obowiązywania od dnia 4 września 2020 r.

Sekretarz NRPiP
Joanna Walewander

Wiceprezes NRPiP
Mariola Łodzińska

Stanowisko nr 41
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
z dnia 15 października 2020 r.

w sprawie zlikwidowania w Ministerstwie Zdrowia Departamentu Pielęgniarek i Położnych i zaniechania podjęcia w tej sprawie dialogu z przedstawicielami samorządu pielęgniarek i położnych

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych wyraża stanowczą dezaprobatę i sprzeciw w związku ze zlikwidowaniem w Ministerstwie Zdrowia Departamentu Pielęgniarek i Położnych oraz zaniechanie podjęcia dialogu i nie udzielenia odpowiedzi na pismo skierowane z zapytaniem do Ministra Zdrowia w niniejszej sprawie.

W szczycie pandemii koronawirusa i roku 2020 ogłoszonym Światowym Rokiem Pielęgniarek i Położnych środowisko pielęgniarek i położnych zostało zaskoczony decyzją i postawione przed faktem zlikwidowania Departamentu Pielęgniarek i Położnych w Ministerstwie Zdrowia.

Pragniemy przypomnieć, iż utworzenie Departamentu Pielęgniarek i Położnych w Ministerstwie Zdrowia dla największej grupy zawodowej w Polsce ma swoje historyczne i merytoryczne uzasadnienie. Natomiast podjęcie decyzji o włączeniu go, jako jednego z zakresów działania nowego Departamentu Rozwoju Kadr Medycznych jest kolejnym naruszeniem społecznej umowy zawartej z przedstawicielami władzy publicznej i przedstawicielami najliczniejszego środowiska medycznego w Polsce.

Samorząd pielęgniarek i położnych reprezentujący ponad 320 000 pielęgniarek i położnych, na fali protestów społecznych 15 lat temu zawarł z ówczesną władzą publiczną – umowę społeczną, iż powstanie w strukturach władzy publicznej specjalna jednostka organizacyjna zajmująca się współpracą ze środowiskiem pielęgniarek i położnych oraz jego przedstawicielami w zakresie systematycznego wzmacniania statusu zawodowego naszych grup zawodowych. Miała to być również swoista rekompensata za wieloletnie bagatelizowanie, lekceważenie, pomijanie, zaniebywanie i ignorowanie warunków pracy i życia środowiska pielęgniarek oraz położnych. Powołanie celowanego Departamentu Pielęgniarek i Położnych miał być również realizacją zobowiązań Polski, w związku z ratyfikowaniem konwencji MOP nr 149 z 1977 r. dotyczącej zatrudnienia oraz warunków pracy i życia personelu pielęgniarskiego i położniczego (Ratyfikowana przez Polskę 9.10.1980 r. Dz.U. z 1981 r. Nr 2, poz. 4.). W preambule wskazano, iż Konwencja została przyjęta w porozumieniu ze Światową Organizacją Zdrowia z uwagi na uznanie istotnej roli, jaką odgrywa personel pielęgniarski i położniczy współpracujący z innymi pracownikami służby zdrowia w ochronie oraz podnoszeniu zdrowotności i dobrobytu ludności, uznając, że **sektor publiczny, jako pracodawca personelu pielęgniarskiego i położniczego, powinien odgrywać aktywną rolę w polepszaniu warunków zatrudnienia i pracy tej grupy zawodowej.**

Podjęcie przez Pana Ministra decyzji o likwidacji w/w Departamentu z całkowitym pominięciem stanowiska naszego środowiska, bez przedstawienia nam propozycji alternatywnego rozwiązania – uważamy za złą i nieprzemyślaną decyzję, zarówno dla władzy publicznej, jak i dla środowiska pielęgniarek i położnych. Pragniemy zwrócić uwagę, że decyzji o likwidacji nie należało traktować tylko w kategorii porządkowania struktur organizacyjnych w ministerstwie zdrowia i kalkulacji ekonomicznej, ale należało wziąć pod uwagę kryteria merytoryczne, funkcję, jaką ten Departament pełnił w sektorze opieki zdrowotnej oraz zasadę homeostazy społecznej.

W ocenie Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych podjęcie decyzji o likwidacji Departamentu Pielęgniarek i Położnych działającego na rzecz najliczniejszej grupy wśród zawodów medycznych świadczy o braku dostrzeżenia powagi sytuacji, z jaką

boryka się polskie pielęgniarstwo i położnictwo, braku zrozumienia specyfiki wykonywania zawodów pielęgniarki i położnej przez urzędników oraz braku jednego ośrodka administracji rządowej, który analizowałby problemy, konsultował z przedstawicielami środowiska sposoby ich rozwiązywania.

Kryzys demograficzny wśród polskich pielęgniarek i położnych stał się powodem opracowania Strategii na rzecz rozwoju pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce a w efekcie przyjęciem przez Rząd RP Uchwałą Nr 124/2019 Rady Ministrów z dnia 15 października 2019 r. dokumentu „Polityka Wieloletnia Państwa na Rzecz Pielęgniarstwa i Położnictwa w Polsce (z uwzględnieniem etapów prac zainicjonowanych w roku 2018)”. Pozytywne początki zmian, jakie dokonały się w ostatnich latach to wspólna ciężka praca organizacji reprezentujących interesy środowiska zawodowego pielęgniarek i położnych wspartych merytorycznie i organizacyjnie przez pracowników Departamentu Pielęgniarek i Położnych.

Mając na uwadze powyższe Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych po raz kolejny zwraca uwagę, że władza publiczna w sposób nieprzemysłany, lekceważąc prośby i apele naszego środowiska – podjęła autorytarną decyzję.

Sekretarz NRPiP
Joanna Walewander

Wiceprezes NRPiP
Mariola Łodzińska

**Stanowisko nr 42
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
z dnia 15 października 2020 r.**

w sprawie sprzeciwu wobec wprowadzeniu w życie art. 5 ust. 1a ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. 2020, poz. 562 ze zm.)

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, działając na podstawie ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. *o samorządzie pielęgniarek i położnych* (t. j. Dz. U. z 2018 r., poz. 916 ze zm.), zgodnie z którą reprezentuje dwa odrębne zawody zaufania publicznego, tj. osoby wykonujące zawody pielęgniarki i położnej oraz sprawuje pieczę nad należyтым wykonywaniem tych zawodów w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony **wyraża swoje zdumienie i sprzeciw wobec wprowadzeniu w życie art. 5 ust. 1a ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. 2020, poz. 562 ze zm., dalej: u.z.p.p) dodanego przez art. 13 ustawy z dnia 14 sierpnia 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia funkcjonowania ochrony zdrowia w związku z epidemią COVID-19 oraz po jej ustaniu (Dz.U. 2020 poz. 1493) i żąda jego uchylecia w trybie pilnym, jako wprowadzającego w błąd środowisko medyczne i kadre zarządzającą.**

Art. 5 ust. 1a u.z.p.p otrzymał następujące brzmienie:

1a. W przypadku ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii wykonywanie zawodu położnej może polegać również na udzielaniu pacjentom świadczeń zdrowotnych w zakresie:

- 1) rozpoznawania warunków i potrzeb zdrowotnych,*
- 2) rozpoznawania problemów pielęgnacyjnych,*
- 3) planowania i sprawowania opieki pielęgnacyjnej,*
- 4) samodzielnego udzielania w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych,*

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

Ustawodawca, poprzez dodanie ust. 1a do art. 5 u.z.p.p., rozszerzył zakres przedmiotowy definicji zawodu położnej poprzez prostą technikę legislacyjną – skopiowanie treści ust. 1 art. 4 u.z.p.p. i przeniesienie jej do nowo utworzonej regulacji. Rozszerzył w ten sposób kompetencje położnej o zakres czynności dotychczas charakterystycznych dla zawodu pielęgniarki.

Innymi słowy, osoba mająca prawo wykonywania zawodu położnej w okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii w ocenie ustawodawcy może wykonywać czynności właściwe dla zawodu pielęgniarki, choć nadal ma mieć tytuł zawodowy „położna”.

Wprowadzenie takiego zapisu jest ewidentnie sprzeczne z dobrą legislacją i wprowadza chaos interpretacyjny w podmiotach zatrudniających i środowiskach medycznych.

Powstała w ten sposób sytuacja, że w okresie trwania epidemii ustawodawca mocą przepisu prawa, wbrew dotychczasowym przepisom o systemie kształcenia przeddyplomowego oraz wbrew obecnie obowiązującym regulacjom prawnym określającym kompetencje osób wykonujących zawód położnej czyni z położnych osoby mogące wykonywać te same czynności, co pielęgniarki. Jeżeli taki był zamierzony cel ustawodawcy, to jest on absolutnie sprzeczny z wykładnią historyczną, systemową, funkcjonalną, celowością, a także z orzecnictwem sądowym i doktryną prawa.

Przypominamy także, że choć kompetencje dwóch innych zawodów, tj. lekarza i lekarza dentystry krzyżują się w zakresie niektórych czynności zawodowych (np. pobierania krwi u pacjenta, wykonania iniekcji, wystawiania recept itp.), to jednak nadal są to dwa różne zawody medyczne. Dla potrzeb walki z epidemią ustawodawca nie wprowadził zamian w definicji zawodu lekarza dentystry i nie rozszerzył jego kompetencji o kompetencje lekarza. Nie zrobił tego mimo konieczności zamknięcia gabinetów dentystrycznych.

I tak jak środowisko lekarskie podkreśla odrębności w zakresie kwalifikacji zawodowych i swoich uprawnień w ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o *zawodach lekarza i lekarza dentystry* (Dz. U. 2020 r., poz. 514 ze zm.), tak nasze środowisko wyraźnie i stanowczo podkreśla odrębność zawodu pielęgniarki i położnej.

Całkowicie nieprzekonywujący jest argument Ministra Zdrowia, że zmiany wprowadzone do definicji zawodu położnej leżą w interesie tego środowiska i mają na celu ochronę miejsc pracy.

Po raz kolejny Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych wskazuje, iż w sytuacji ekstremalnej może zachodzić konieczność czasowego świadczenia opieki nad pacjentem z COVID-19 przez położne w zakresie nieprzekraczającym jej kwalifikacji zawodowych i umiejętności (art. 12 ust. 1 u.z.p.p.) na zasadach ogólnych. Jednak sam fakt nakładania się niektórych *kompetencji* pielęgniarki i położnej w udzielaniu *świadczeń zdrowotnych* nie czyni zasadnym rozszerzania zakresu definicji zawodu położnej o elementy właściwe dla definicji zawodu pielęgniarki w czasie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii. W tej sprawie jednoznacznie wypowiedzieli się także krajowi konsultanci ds. położnictwa i pielęgniarstwa.

Takie rozwiązania budzą stanowczy sprzeciw i żądamy natychmiastowego podjęcia działań legislacyjnych w przedmiotowej sprawie.

Sekretarz NRPiP
Joanna Walewander

Wiceprezes NRPiP
Mariola Łodzińska

Stanowisko nr 43
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
z dnia 15 października 2020 r.

w sprawie medialnej wypowiedzi Wicepremiera i Ministra Aktywów
Państwowych Jacka Sasina

W dniu 13 października 2020 r. Wicepremier i Minister Aktywów Państwowych Jacek Sasin wypowiedział słowa, które poruszyły i oburzyły środowisko pielęgniarek i położnych. Wicepremier stwierdził, że władza publiczna zapewniła wszelkie niezbędne środki i konieczny sprzęt medyczny do walki z pandemią, ale poważną przyczyną braku skuteczności działań w tym zakresie jest brak zaangażowania części lekarzy i innego personelu medycznego, co miałyby się przekładać na rozprzestrzenianie wirusa SARS CoV-2.

Wyrażając solidarność ze środowiskiem lekarskim, diagnostami laboratoryjnymi, ratownikami medycznymi, fizjoterapeutami, farmaceutami, opiekunami medycznymi i innymi osobami biorącymi bezpośredni udział w codziennej walce o życie i zdrowie pacjentów i ich bliskich **nie znajdujemy merytorycznego, społecznego, etycznego ani prawnego uzasadnienia dla publicznego wyrażania takich opinii. Wzywamy przedstawicieli władzy publicznej do zaprzestania działań prowadzących do podważania zaufania społecznego do środowiska medycznego.**

Władza publiczna poprzez swojego przedstawiciela wysłała do społeczeństwa sygnał, że cześć środowiska lekarskiego oraz innych grup medycznych nie chce pomagać w walce z epidemią, co może nasilić negatywne zjawiska, jakimi są hejt i agresja wobec personelu medycznego.

Jesteśmy medycznymi zawodami zaufania publicznego i czynimy wszystko, co w naszej mocy, aby walczyć o życie i zdrowie pacjentów – nawet kosztem naszego zdrowia i życia (wśród kadry medycznej są również osoby z grupy wysokiego ryzyka, tj. osoby chore, niepełnosprawne, w wieku emerytalnym) czy bezpieczeństwa naszych rodzin. Statystyki udostępnione przez resort zdrowia wskazują, że od początku pandemii do drugiej połowy września zakażenie potwierdzono u prawie 1,4 tys. lekarzy, 3,2 tys. pielęgniarek i ponad 300 ratowników medycznych. Koronawirus przyczynił się do śmierci ośmiu lekarzy, sześciu pielęgniarek i ratownika medycznego.

Obecnie trzeba mieć na uwadze, że rosnąca dynamika epidemii wzmagą społeczne napięcie z uwagi na coraz większą liczbę osób potrzebujących pomocy medycznej. Dlatego słowa przedstawiciela władzy odbieramy jako próbę przekierowania społecznej agresji z problemów i błędów organizacyjnych na przemęczony, zestresowany i coraz mniej liczny personel medyczny.

Zgodnie z art. 68 ust. 2 Konstytucji RP rolą władzy publicznej jest solidarne wspieranie i udzielanie maksymalnie wszechstronnej pomocy wszystkim uczestnikom systemu opieki zdrowotnej, w tym kadrze medycznej, która ryzykuje swoim życiem i zdrowiem, a nie skłócanie ich ze społeczeństwem.

W obecnej sytuacji priorytetem powinny być tylko i wyłącznie działania służące ochronie zdrowia i życia całego społeczeństwa, integrowanie i motywowanie środowiska medycznego, ale przede wszystkim zapewnianie społeczeństwu poczucia bezpieczeństwa zdrowotnego.

Sekretarz NRPiP
Joanna Walewander

Wiceprezes NRPiP
Mariola Łodzińska

Stanowisko nr 44
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
z dnia 15 października 2020 r.

**w sprawie równego traktowania świadczeniodawców w Podstawowej Opiece
Zdrowotnej**

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych zwraca się o pilne podjęcie działań w kierunku równego traktowania świadczeniodawców w POZ, uwzględnienie finansowania w formie nowej stawki tzw. fee for service, która będzie miała zastosowanie dla każdego pacjenta z dodatnim wynikiem testu w kierunku SARS CoV-2, objętego opieką przez pielęgniarkę i położną POZ.

Pacjenci z dodatnim wynikiem na obecność koronawirusa to w większości pacjenci z chorobami współistniejącymi, którzy w trakcie terapii wymagają i będą wymagali udzielania świadczeń przez pielęgniarki i położne POZ. Obecnie pielęgniarki i położne POZ otrzymują zlecenia na realizację świadczeń u pacjentów pozostających w kwarantannie, a wymagających zachowania ciągłości leczenia i pielęgnacji, co wiąże się ze zwiększonym zagrożeniem epidemicznym oraz zwiększonymi kosztami zapewnienia odpowiednich środków ochrony osobistej zgodnie z obowiązującymi wytycznymi.

Wytyczne konsultanta krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego do stosowania przez pielęgniarki POZ w czasie epidemii wirusa SARS CoV-2 zmienione z dniem 2 lipca 2020 r. zawierają zapis: *zaleca się aby wizyta trwała możliwie jak najkrócej. O czasie wizyty decyduje pielęgniarka po uprzednim zebraniu wywiadu z pacjentem lub rodziną mając na uwadze stan pacjenta oraz zaplanowane czynności do zrealizowania.* Nie ma możliwości wyegzekwowania tego zapisu przez pielęgniarki POZ, ponieważ niektórzy lekarze POZ wystawiają skierowania na realizację świadczeń, których czasookres to niekiedy kilka godzin, np. wykonanie wlewu kroplowego. Lekarze POZ nie biorą pod uwagę zagrożenia epidemicznego. Lekarze POZ w zakresie teleporady wystawiają zlecenia lekarskie dla pacjenta, które muszą być zrealizowane przez pielęgniarkę POZ w miejscu zamieszkania tego pacjenta. Wykonanie zlecenia lekarskiego wymaga osobistego kontaktu pielęgniarki i położnej POZ z pacjentem, np. w sytuacji trudno gojących się ran, odleżyn, długoterminowej terapii w formie iniekcji, coraz liczniej zlecanych wlewów kroplowych i ciągłości leczenia po hospitalizacji.

Tym samym zachodzi istotna różnica w realizacji zadań przez lekarza POZ pracującego co do zasady on-line, a pielęgniarkę POZ czy położną POZ. Pielęgniarki i położne POZ w zdecydowanej większości należą do grupy wysokiego ryzyka ze względu na bezpośredni kontakt z pacjentem i jego najbliższym otoczeniem. Dodatkowo należy podkreślić średnią wiek w grupie pielęgniarek i położnych pracujących w POZ oraz zachorowalność w tej grupie zawodowej. Taka sytuacja faktyczna budzi niepokój wśród środowiska pielęgniarek i położnych POZ. Ich praca jest inaczej wyceniana przez NFZ niż praca lekarza co do zasady wykonywana w gabinecie bez konieczności osobistego kontaktu z pacjentem.

Będąc zawodem zaufania publicznego i mając na uwadze zdrowie i życie pacjentów, jesteśmy gotowi do wykonywania pracy w ekstraordynaryjnej sytuacji epidemiologicznej – jednak żądamy szacunku dla naszej pracy i przestrzegania generalnej zasady wyrażonej w art. 134 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t. j. Dz. U. z 2020 r., poz. 1398):

Art. 134. [Równe traktowanie świadczeniodawców]

1. Fundusz jest obowiązany zapewnić równe traktowanie wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i prowadzić postępowanie w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji.

Pogłębiająca się w naszym środowisku frustracja i niezrozumienie różnicowania członków zespołu POZ grozi rezygnacją z pracy dużej grupy pielęgniarek i położnych POZ będących w wieku emerytalnym.

Trzeba ponadto zauważyć, że w sytuacji epidemii wiele laboratoriów diagnostycznych zaprzestało pobierania krwi w miejscu zamieszkania pacjenta (tłumacząc to zagrożeniem i kosztami związanymi z zabezpieczeniem w środki ochrony osobistej), co sprawiło, że świadczenie i koszty z nim związane są przerzucane na pielęgniarki POZ. Tu zwracamy ponownie uwagę na istotny fakt – gdy w przypadku udzielonej przez lekarza POZ teleporady zachodzi konieczność wykonania badań laboratoryjnych, obowiązkiem świadczeniodawcy jest organizacja pobrania materiałów do badań diagnostycznych i ich transport zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 17 ust. 4 ustawy z dnia 27 lipca 2001 r. o *diagnostyce laboratoryjnej* (t. j. Dz. U. z 2019 r., poz. 849 ze zm.). Obecnie obowiązujący stan prawny nie reguluje jednoznacznie kwestii związanych z przewozem materiału pobranego w celu badań diagnostycznych od pacjenta w warunkach domowych. Nieprecyzyjne przepisy sugerują, że wszelkie obowiązki w zakresie transportu obciążają świadczeniodawcę w zakresie przedmiotowym zawartej umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia. Zgodnie z postanowieniami umowy europejskiej, która dotyczy międzynarodowego przewozu drogowego towarów niebezpiecznych (ADR), transport materiałów do badań diagnostycznych ma odbywać się specjalnym, do tego celu przeznaczonym transportem. Natomiast transport materiałów zakaźnych może odbywać się samochodem specjalnie do tego celu nieprzystosowanym wyjątkowo, gdy istnieje znikome prawdopodobieństwo, że materiały te zawierają patogeny. Zgodnie z art. 9 ust. 7 ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o *przewozie towarów niebezpiecznych* (t. j. Dz. U. z 2020 r., poz. 154) organem właściwym dla określenia w sprawach warunków przewozu materiałów *zakaźnych* jest minister właściwy do spraw zdrowia – postulat *de lege ferenda* – **wnosimy o PILNE przygotowanie warunków przewozu.**

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych stoi na stanowisku utrzymania finansowania w formie opłat jednostkowych wizyt patronażowych oraz wizyt edukacji przedporodowej realizowanych przez położne POZ wobec ciężarnych i położnic za pomocą środków teleinformatycznych. Zalecenia dla położnych POZ konsultanta krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologicznego i położniczego dr hab. n. o zdr. Grażyny Iwanowicz-Palus w stanie epidemii wirusa SARS-CoV-2 wywołującego chorobę COVID-19 określają: *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*. Powyższe zalecenia wskazują na wykorzystanie różnego rodzaju środków teleinformatycznych z możliwością wykorzystania wizji i fonii, a nie jedynie telefonu.

Wykorzystanie tych środków staje się wręcz niezbędne w codziennej pracy położnej POZ w warunkach zagrożenia epidemicznego, zważywszy na fakt konieczności minimalizowania ryzyka infekcji COVID-19 poprzez ograniczenie do niezbędnego minimum osobistych kontaktów z pacjentkami.

Na położne POZ, jako jedynych świadczeniodawców, został nałożony obowiązek uwiarygodnienia wykonania świadczenia podpisem podopiecznej. W tej sytuacji położna POZ powinna udokumentować udzieloną poradę za pomocą środków teleinformatycznych w dokumentacji medycznej pacjenta.

Biorąc powyższe pod uwagę, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych **zwraca się o pilne podjęcie działań legislacyjnych**, mających na celu zagwarantowanie równego traktowania świadczeniodawców w POZ poprzez:

- wzrost stawek kapitacyjnych, biorąc pod uwagę systematyczny wzrost stawki lekarza POZ,
- zróżnicowanie w sposobie finansowania wskaźników wiekowych w populacji objętej opieką,
- zapewnienie zwiększonego finansowania w okresach wzmożonej zachorowalności na infekcje dróg oddechowych, analogicznie tak, jak to występuje w świadczeniach lekarza POZ,
- zapewnienie wzrostu wyceny świadczenia – ankieta profilaktyki gruźlicy,
- wprowadzenie wyceny porady pielęgniarki POZ i położnej POZ,
- zapewnienie finansowania na wdrożenie EDM, co ma miejsce w sytuacji lekarzy POZ.

Sekretarz NRPiP
Joanna Walewander

Wiceprezes NRPiP
Mariola Łodzińska

Stanowisko Nr 44
Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
z dnia 30 października 2020 r.

w sprawie propozycji zmiany zapisów polegających na uchyleniu przepisów przyznających 100% dodatku do wynagrodzenia wszystkim osobom wykonującym zawody medyczne, które realizują świadczenia zdrowotne na rzecz osób chorych lub zarażonych wirusem SARS-CoV-2

Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z oburzeniem i rozgoryczeniem przyjęło informację o złożeniu przez grupę posłów Klubu Prawo i Sprawiedliwość projektu zmieniającego zapisy, których celem jest odebranie wyższego wynagrodzenia pracownikom medycznym i tym samym eliminacja dodatków dla „bohaterów z pierwszej linii frontu”, których tak chętnie określają posłowie i senatorowie.

Nie oczekujemy górnolotnych tylko konkretnych dowodów na to, że to co robimy w obecnej sytuacji epidemiologicznej trwającej od ponad pół roku zasługuje na najwyższe uznanie i należy szacunek.

Jako przedstawiciele najliczniejszej grupy zawodowej wśród zawodów medycznych, wyrażamy stanowczą dezaprobatę wobec określeń wydawanych przez niektórych parlamentarzystów, nazywając rekompensatą za pracę w niezwykle trudnych i niebezpiecznych warunkach „trwonieniem środków”. Panujące standardy legislacyjne podejmowane przez Sejm Rzeczypospolitej Polskiej, w których strona społeczna jest pomijana i eliminowana z procesu opiniowania należy określić jako ignorancję i totalny brak zrozumienia. Samorząd zawodowy wnioskował o dodanie do ustawy zapisu, który gwarantowałby wyższe wynagrodzenie wszystkim pielęgniarkom i położnym mającym kontakt z pacjentem zakażonym lub podejrzanym o zakażenie poprzez wprowadzanie zmiany zapisów, które dawały gwarancje równego traktowania, odpowiedniego do ciężkiej i niebezpiecznej pracy wynagrodzenia wszystkim medykom.

Pozbawienie zwiększenia wynagrodzenia osób biorących udział w walce z epidemią jest wyrazem ogromnej arogancji ze strony parlamentarzystów wybranych w demokratycznych wyborach, której w żaden sposób nie jesteśmy w stanie zrozumieć. Absurdem jest przyznanie jednego dnia pielęgniarkom i położnym

realizującym świadczenia zdrowotne wobec osób chorych na COVID-19 lub z podejrzeniem zakażenia wirusem SARS-CoV-2 prawa do 200% wynagrodzenia zasadniczego, a drugiego dnia odebranie jej wszystkim pracownikom medycznym – poza tymi, którzy w wyniku administracyjnej decyzji wojewody zostali skierowani do tej pracy.

W ocenie Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, działania te należy uznać za wysoce szkodliwe, tym bardziej w tak trudnej sytuacji kadrowej i epidemiologicznej, które doprowadzą do serii konfliktów i podzielenia środowiska medycznego, a przecież nie o to nam chodzi w tym trudnym czasie.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych apeluje do wszystkich posłów i senatorów, o zmianę tej bardzo niekorzystnej i dyskryminującej pod wieloma względami decyzji.

Sekretarz NRPiP
(-)Joanna Walewander

Prezes NRPiP
(-)Zofia Małas

APEL
PREZESÓW SAMORZĄDÓW ZAWODÓW MEDYCZNYCH
z dnia 30 października 2020 r.
do Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej i Prezesa Rady Ministrów
w sprawie działań Państwa w zakresie ochrony zdrowia w czasie epidemii

W dobie nasilającej się w niepokojący sposób drugiej fali epidemii Prezesi samorządów zawodów medycznych apelują do Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej oraz do Prezesa Rady Ministrów o podjęcie wszelkich mieszczących się w zakresie prerogatyw obu urzędów działań zmierzających do poprawy działania systemu ochrony zdrowia oraz do zapewnienia pracownikom medycznym jak najlepszych warunków świadczenia pacjentom pomocy medycznej.

Samorządy zawodów medycznych obawiają się, że:

- przy tak dynamicznie rozprzestrzeniającej się epidemii,
- przy powszechnie znanych bolączkach polskiego systemu ochrony zdrowia,
- przy podejmowaniu w rozmaity sposób prób rozbicia jedności środowiska medycznego,
- przy pojawiających się próbach dyskredytowania osób wykonujących zawody medyczne,
- przy braku realnej współpracy władzy ze środowiskami medycznymi przy tworzeniu przepisów prawa dotyczących funkcjonowania ochrony zdrowia w czasie epidemii, może nas czekać głęboka zapaść systemu ochrony zdrowia, którą odczują przede wszystkim nasi pacjenci.

Obowiązkiem władzy publicznej w tych trudnych dla ochrony zdrowia czasach jest wysłuchanie głosu środowisk medycznych. Nikt nie wie lepiej, jaka jest rzeczywista sytuacja w placówkach medycznych udzielających pomocy pacjentom, niż przedstawiciele zawodów medycznych. Według informacji przekazywanych nam przez naszych członków oraz osoby odpowiedzialne za kierowanie podmiotami leczniczymi, sytuacja już dzisiaj jest dramatyczna, a zapewne będzie jeszcze gorsza. Personelu jest za mało, a warunki pracy skrajnie trudne. Do tego dochodzi jeszcze obawa o własne życie i zdrowie. Praca wykonywana przez personel medyczny jest obecnie tak ciężka, że docierają już sygnały o zasłabnięciach w czasie dyżurów, a także o naszych koleżankach i kolegach walczących o własne życie pod respiratorami. Dramatyczna sytuacja naszych pacjentów jest z kolei powszechnie znana z przekazów medialnych.

Samorządy medyczne są zbulwersowane faktem, że w sytuacji, kiedy trzeba myśleć o tworzeniu „tarczy antykryzysowej dla służby zdrowia”, w parlamencie pojawia się projekt ustawy o zmianie niektórych ustaw w związku z przeciwdziałaniem sytuacjom kryzysowym związanym z wystąpieniem COVID-19, który nie był w ogóle poddawany konsultacjom społecznym ani omawiany z organizacjami zrzeszającymi osoby wykonujące zawód medyczny. Ustawa ta zostaje uchwalona 27 października 2020 r. praktycznie bez możliwości zabrania głosu przez którąkolwiek z organizacji medycznych, a już jeden dzień po uchwaleniu tej ustawy uchwalana jest przez Sejm jej nowelizacja (druk sejmowy nr 717) uzasadniona koniecznością konwalidacji błędu, który miał miejsce podczas rozpatrywania w Sejmie poprawek Senatu. Wszystko to całkowicie kompromituje proces tworzenia prawa w tak ważnej sprawie jak ochrona zdrowia w czasie epidemii.

Samorządy medycznych zawodów zaufania publicznego uważają, że jest kilka spraw o fundamentalnym znaczeniu dla systemu ochrony zdrowia, które trzeba pilnie wprowadzić, aby umożliwić dalsze jego działanie. Wśród nich należy koniecznie wymienić m.in. ustalenie szczególnych zasad finansowania placówek ochrony zdrowia dotkniętych skutkami epidemii. Dotychczasowe zasady rozliczania się z publicznym płatnikiem ustalone przez epidemię stanowczo nie spełniają swojej roli w czasie epidemii i zagrażają dalszemu funkcjonowaniu wielu placówek ochrony zdrowia. Dla placówek komercyjnych, bardzo silnie dotkniętych skutkami epidemii, konieczne jest stworzenie specjalnej tarczy pomocowej, tak aby uchronić je przed widmem upadku. Komercyjna ochrona zdrowia zapewnia opiekę zdrowotną bardzo wielu pacjentom, stanowi niezbędne, komplementarne ogniwo dla działalności publicznej ochrony zdrowia, dlatego Polska nie może sobie pozwolić na zamykanie tych placówek. Konieczne jest także zaprzestanie wszelkich prób dzielenia środowisk medycznych. Należy wreszcie zrozumieć, że niezależnie od miejsca pracy (szpital, przychodnia, karetka czy gabinet prywatny), wykonywanego zawodu, poziomu kwalifikacji, my wszyscy jesteśmy powołani do niesienia pomocy naszym pacjentom i jesteśmy im niezbędni, szczególnie teraz. Nie sprzyja jedności środowiska medycznego przyznawanie tylko niektórym osobom wyższego wynagrodzenia za pracę przy zwalczaniu COVID-19, podczas gdy niewątpliwie wszyscy zasługują na taki dodatek. Nie sprzyja bezpieczeństwu naszej pracy fakt, że nie wprowadzono dotychczas powszechnego ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków dla osób wykonujących zawody medyczne. Wciąż czekamy także na przepisy łagodzące odpowiedzialność karną, cywilną i zawodową za nieumyślne uchybienia, które mogą w czasie epidemii pojawić się w naszej pracy.

Środowiska medyczne z wielkim rozczarowaniem przyjęły brak realnej współpracy władz publicznych ze środowiskami medycznymi w czasie epidemii i fakt, że kolejno wprowadzane w czasie epidemii przepisy marginalizują nasze zdanie.

<p>Zofia Małas Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych</p>	<p>Alina Niewiadomska Prezes Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych</p>
<p>Andrzej Matyja Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej</p>	<p>Maciej Krawczyk Prezes Krajowej Rady Fizjoterapeutów</p>



Ministerstwo Zdrowia
Podsekretarz Stanu
Maciej Miłkowski

Warszawa, 19 listopada 2020

RKWA.07.27.2020.MF

Pani
Mariola Łodzińska
Wiceprezes
Naczelnej Izby Pielęgniarek
i Położnych

Szanowna Pani Prezes !

W odpowiedzi na pismo z dnia 16.10.2020 r. znak: NIPIP-NRPIP-DS.015.188.2020.MT zawierające stanowiska podjęte na posiedzeniu NRPIP w dniu 15.10.2020 r. uprzejmie prosimy o przyjęcie poniższych odpowiedzi.

W zakresie stanowiska nr 39 dotyczącego „*rozszerzenia kompetencji pielęgniarki w zakresie samodzielnego wykonywania zabiegów z dziedziny kosmetologii i kosmetologii estetycznej oraz podjęcia działań w kierunku zmian w przepisach regulujących kształcenie podyplomowe pielęgniarek poprzez wprowadzenie nowej ścieżki kształcenia umożliwiającej pielęgniarce nabycie ww. uprawnień*” pragniemy zauważyć, że pielęgniarki i położne w trakcie kształcenia zawodowego nie uzyskują wiedzy z zakresu zabiegów kosmetologicznych i medycyny estetycznej.

Ponadto należy wskazać, że nie ma legalnej definicji zabiegów, działalności powszechnie nazywanej „medycyną estetyczną”. Wydaje się, że tego typu usługi – nie mające charakteru ściśle medycznego (nie wynikające z procesu leczenia) nie są świadczeniami zdrowotnymi, a ich świadczenie nie jest wykonywaniem działalności leczniczej.

Pielęgniarki i położne uprawnione są do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej zgodnie z kwalifikacjami nabytymi w drodze kształcenia przeddyplomowego i podyplomowego, które zgodnie z przepisami ustawy z dnia 15 kwietnia 2016 r. o działalności leczniczej

(Dz.U. z 2020 r. poz. 295, z późn. zm.), są działaniami służącymi zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia.

Warto również zauważyć, że zgodnie ze stanowiskiem ekspertów medycyny zabiegi związane z ingerencją w tkanki powłok skórnych, powinny być wykonywane wyłącznie przez lekarzy, jako przedstawicieli grupy zawodowej legitymującej się specjalistycznym zakresem wiedzy teoretycznej i praktycznej, nabytym w trakcie szkolenia przed- i podyplomowego. Pogłębioną wiedzę i umiejętności w zakresie „medycyny estetycznej” lekarze nabywają przede wszystkim w drodze szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie chirurgii plastycznej oraz w dziedzinie dermatologii i wenerologii. Takiego zakresu wiedzy, jaki posiadają lekarze, w szczególności lekarze specjaliści w dziedzinie chirurgii plastycznej i dermatologii i wenerologii, nie uzyskują ani absolwenci studiów na kierunku kosmetologia, ani absolwenci szkół policealnych kształcących w zawodzie technika usług kosmetycznych, ani tym bardziej uczestnicy różnego rodzaju kursów kosmetycznych.

Tym niemniej kwestia uregulowania spraw związanych z tzw. „medycyną estetyczną” jest sprawą istotną dla resortu zdrowia, w szczególności w zakresie szczegółowego doprecyzowania i rozgraniczenia zakresu działań ze strony osób legitymujących się dyplomami różnych zawodów (lekarzy, techników usług kosmetycznych, kosmetologów), a zwłaszcza wobec częstego nadużywania określenia „medycyna” w przypadkach działań niezwiązanych z wykonywaniem zawodów medycznych.

W zakresie stanowiska nr 40 dotyczącego: *„prawa pielęgniarek i położnych oraz innych grup zawodów medycznych do zasiłku chorobowego w wymiarze 100% podstawy wymiaru zasiłku wypłacanego za każdy miesiąc niezdolności do pracy”* pragniemy poinformować, że zgodnie z przyjętą ostatecznie przez Sejm RP w dniu 28 października br. ustawie o zmianie niektórych ustaw w związku z przeciwdziałaniem sytuacjom kryzysowym związanym z wystąpieniem COVID-19, wprowadzono następujące rozwiązania:

1) W okresie obowiązywania stanu zagrożenia epidemicznego albo stanu epidemii ubezpieczonemu zatrudnionemu w jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej świadczących usługi całodobowo, noclegowniach oraz innych placówkach zapewniających całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub w podeszłym wieku, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, w okresie podlegania obowiązkowej kwarantannie lub izolacji lub izolacji w

warunkach domowych, o których mowa w przepisach o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, wynikających z pozostawania w styczności z osobami chorymi z powodu COVID-19 w związku z wykonywaniem obowiązków wynikających z zatrudnienia w tych podmiotach oraz w czasie niezdolności do pracy z powodu COVID-19 powstałej w związku z wykonywaniem obowiązków wynikających z zatrudnienia w tych podmiotach przysługuje prawo do 100% wynagrodzenia, o którym mowa w art. 92 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy, lub zasiłek chorobowy, którego miesięczny wymiar wynosi 100% podstawy wymiaru zasiłku obliczonej na podstawie przepisów ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa.”;

2) W okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii ubezpieczonemu zatrudnionemu w podmiocie leczniczym, w okresie podlegania obowiązkowej kwarantannie, izolacji lub izolacji w warunkach domowych, o których mowa w przepisach o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, wynikających z pozostawania w styczności z osobami chorymi z powodu COVID-19 w związku z wykonywaniem obowiązków wynikających z zatrudnienia w podmiocie leczniczym oraz w czasie niezdolności do pracy z powodu COVID-19 powstałej w związku z wykonywaniem obowiązków wynikających z zatrudnienia w podmiocie leczniczym przysługuje prawo do 100% wynagrodzenia, o którym mowa w art. 92 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy, lub zasiłek chorobowy, którego miesięczny wymiar wynosi 100% podstawy wymiaru zasiłku obliczonej na podstawie przepisów ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa.

Odnosząc się do stanowiska **nr 41** dotyczącego „*likwidacji w Ministerstwie Zdrowia Departamentu Pielęgniarek i Położnych i zaniechania podjęcia w tej sprawie dialogu z przedstawicielami samorządu pielęgniarek i położnych*” pragniemy podtrzymać stanowisko wyrażone w tej kwestii w piśmie znak: PPWA.024.109.2020.RJ skierowanym do Pani Prezes Zofii Małas.

Podkreślam, że w związku z optymalnym wspieraniem przez ministra właściwego do spraw zdrowia polityki zdrowotnej, przy jednoczesnym zachowaniu w obecnej sytuacji epidemicznej w kraju stabilności finansów publicznych, Prezes Rady Ministrów wydał zarządzenie nr 160 z dnia 8 października 2020 r. w sprawie nadania statutu Ministerstwa Zdrowia (M.P. poz. 924), które weszło w życie w dniu 13 października 2020 r.

Należy podkreślić, iż zgodnie z art. 93 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej uchwały Rady Ministrów oraz zarządzenia Prezesa Rady Ministrów i ministrów mają charakter wewnętrzny i obowiązują tylko jednostki organizacyjne podległe organowi wydającemu te akty. Oznacza to, że adresatami aktów prawa wewnętrznego, o których mowa w art. 93 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej mogą być wyłącznie jednostki organizacyjnie podległe organowi wydającemu taki akt.

W związku z tym, że nowy regulamin organizacyjny Ministerstwa, określa nowy zakres zadań i tryb pracy komórek organizacyjnych Ministerstwa Zdrowia, jako urzędu administracji rządowej, obsługującego Ministra Zdrowia w zakresie wykonywania zadań określonych w rozporządzeniu Prezesa Rady Ministrów z dnia 27 sierpnia 2020 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 1470 i 1541), projekt ww. zarządzenia Prezesa Rady Ministrów nie wymagał przeprowadzenia konsultacji publicznych.

Zadania związane z kadrami medycznymi, realizowane dotychczas głównie przez Departament Kwalifikacji Medycznych i Nauki, Departament Pielęgniarek i Położnych oraz Departament Ratownictwa Medycznego i Obronności będą kontynuowane przez nowo powołaną komórkę organizacyjną, tj. Departament Rozwoju Kadr Medycznych.

Zmiany mają służyć racjonalizacji struktury organizacyjnej oraz uzyskaniu synergii w obszarach, w których zadania były realizowane dotychczas przez powołane powyżej komórki organizacyjne.

Ponadto podział funkcjonalny ww. komórek organizacyjnych przebiegnie w sposób naturalny przez przeniesienie części zadań i zasobów osobowych do innych komórek organizacyjnych, bez pozostawiania obszarów nakładających się na siebie kompetencji, czy też pozostawiania obszarów bez właściwości merytorycznej.

W zakresie stanowiska nr 42 dotyczącego „*sprzeciwu wobec wprowadzenia w życie art.5 ust.1a ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej*” należy zauważyć, że zgodnie z art. 5 ust. 1a ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2020 r. poz. 562, z późn. zm.), w przypadku ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii wykonywanie zawodu położnej może polegać również na udzielaniu pacjentom świadczeń zdrowotnych w zakresie:

- 1) rozpoznawania warunków i potrzeb zdrowotnych,
- 2) rozpoznawania problemów pielęgnacyjnych,
- 3) planowania i sprawowania opieki pielęgnacyjnej,

- 4) samodzielnego udzielania w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych,
 - 5) realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji,
 - 6) edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia
- zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami i umiejętnościami zawodowymi.

Intencją powyższego przepisu jest rozszerzenie kompetencji zawodowych położnych o możliwość udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie pacjentom, bez względu na wiek i płeć, w szczególnej sytuacji zdrowotnej kraju.

Przedmiotowy przepis ma charakter epizodyczny i może mieć zastosowanie wyłącznie w okresie stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii.

Nowa regulacja daje możliwość dla kierowników podmiotów leczniczych zabezpieczenia na właściwym poziomie realizacji świadczeń zdrowotnych we wszystkich rodzajach i zakresach, a tym samym bezpieczeństwa zdrowotnego świadczeniobiorców poprzez włączenie położnych do udzielania świadczeń zdrowotnych, zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami i umiejętnościami zawodowymi, w sytuacji gdy występują niedobory personelu pielęgniarskiego w danym podmiocie leczniczym (np. brak pielęgniarek będący efektem objęcia kwarantanną, L4, korzystania z prawa do świadczeń opiekuńczych), mogące zagrażać zapewnieniu ciągłości opieki.

Należy jednak wyraźnie podkreślić, iż wprowadzone zmiany **nie wskazują, iż wykonywanie zawodu położnej będzie realizowane na stanowisku pielęgniarki**, a jedynie wskazują na **możliwość** wykorzystania potencjału położnych (np. w sytuacji jaka miała miejsce w związku z tworzeniem jednoimiennych szpitali – gdy dochodziło do ograniczania funkcjonowania oddziałów położniczo – ginekologicznych lub ich zamykania, a położne były kierowane na przymusowe urlopy wypoczynkowe lub świadczenia postojowe, a także często zagrożone wręcz utratą pracy), do udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie z **posiadanymi kwalifikacjami i umiejętnościami zawodowymi**, w sytuacji gdy kierownik podmiotu leczniczego uzna to za niezbędne.

Jednocześnie należy wskazać, że położne w procesie kształcenia zawodowego nabywają kwalifikacje i umiejętności zawodowe do wykonywania określonych czynności medycznych o charakterze uniwersalnym (np. wykonywanie iniekcji, podłączanie kroplówki, podawanie tlenu, czy opieka pielęgnacyjno – opiekuńcza), które mogą być wykorzystywane przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych na podstawie art. 5 ust. 1a ww. ustawy.

Niezależnie od powyższego, należy jednoznacznie wskazać, że decyzję w sprawie zatrudnienia położnej do realizacji świadczeń zdrowotnych na podstawie art. 5 ust. 1a

ww. ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej, podejmuje kierownik podmiotu leczniczego, mając na uwadze konieczność zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentom przebywającym w danym podmiocie leczniczym, co reguluje art. 46 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2020 r. poz. 295, z późn. zm.). Sprawy dotyczące sposobu i warunków udzielania świadczeń zdrowotnych przez podmiot wykonujący działalność leczniczą, nieuregulowane w ustawie lub statucie danego podmiotu leczniczego, powinien określać regulamin organizacyjny ustalony przez kierownika, co wskazuje art. 23 ustawy o działalności leczniczej.

Dlatego też w każdym podmiocie leczniczym powinny być opracowane zakresy obowiązków i opisy stanowisk pracy dla poszczególnych pracowników medycznych, z uwzględnieniem kwalifikacji i uprawnień, jakie powinny posiadać osoby zatrudnione na tych stanowiskach.

Reasumując, w omawianej sytuacji prawidłowe i zgodne z przepisami prawa, w szczególności prawa pracy, działanie kierownika podmiotu leczniczego powinno z jednej strony gwarantować bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów, a drugiej strony chronić interesy pracownicze personelu medycznego udzielającego świadczeń zdrowotnych w szczególności biorąc pod uwagę aktualną sytuację epidemiczną w kraju.

Odnosząc się do stanowiska **nr 43** „w sprawie medialnej wypowiedzi Wicepremiera i ministra aktywów Państwowych Jacka Sasina” uprzejmie informujemy, że komentowanie medialnych wystąpień innych członków Rady Ministrów nie wchodzi w zakres ustawowych obowiązków ministra właściwego ds. zdrowia.

Z poważaniem

Maciej Miłkowski

Podsekretarz Stanu

/dokument podpisany elektronicznie/



MINISTER
Rodziny i Polityki Społecznej

Warszawa, dnia /elektroniczny znacznik czasu/

DUS-III.501.89.2020.MSz

Pani
Mariola Łodzińska
Wiceprezes
Naczelnej Rady
Pielęgniarek i Położnych
ul. Pory 78 lok. 10
02-757 Warszawa
email:nipip@nipip.pl

Szanowna Pani Prezes,

W odpowiedzi na wystąpienie z dnia 16 października 2020 r. przekazane przez Pana Michała Dworczyka Ministra – Członka Rady Ministrów w Kancelarii Prezesa Rady Ministrów, przesyłające Stanowisko nr 40 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 15 października 2020 r. dotyczące przywrócenia 100 % zasiłku chorobowego dla pielęgniarek i położnych oraz innych grup zawodów medycznych, uprzejmie wyjaśniam, co następuje. Zgodnie z art. 92 § 1 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy (Dz. U. z 2018 r. poz. 917), za czas niezdolności pracownika do pracy wskutek:

- 1) choroby lub odosobnienia w związku z chorobą zakaźną - trwającej łącznie do 33 dni w ciągu roku kalendarzowego, a w przypadku pracownika, który ukończył 50 rok życia - trwającej łącznie do 14 dni w ciągu roku kalendarzowego - pracownik zachowuje prawo do 80% wynagrodzenia, chyba że obowiązujące u danego pracodawcy przepisy prawa pracy przewidują wyższe wynagrodzenie z tego tytułu;
- 2) wypadku w drodze do pracy lub z pracy albo choroby przypadającej w czasie ciąży – w okresie wskazanym w pkt. 1 - pracownik zachowuje prawo do 100% wynagrodzenia;
- 3) poddania się niezbędnym badaniom lekarskim przewidzianym dla kandydatów na dawców komórek, tkanek i narządów oraz poddania się zabiegowi pobrania komórek, tkanek i narządów - w okresie wskazanym w pkt. 1 - pracownik zachowuje prawo do 100% wynagrodzenia.

Zasady przyznawania świadczeń pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, ustalania prawa do zasiłków chorobowych, macierzyńskich, opiekuńczych i świadczenia rehabilitacyjnego są określone przepisami ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz. U. z 2020 r. poz. 870).

Jednocześnie należy zwrócić uwagę, że mamy obecnie w Polsce ogłoszony stan epidemii. Ogłoszenie stanu epidemii jest podstawą prawną różnorodnych podejmowanych przez państwo działań, których celem jest ochrona obywateli

i położenie kresu epidemii. Stan epidemii jest więc okresem przejściowym, w którym stosuje się nadzwyczajne środki z uwagi na bezpieczeństwo publiczne.

Stąd też w dniu 28 października 2020 r. została uchwalona przez Sejm RP ustawa o zmianie niektórych ustaw w związku z przeciwdziałaniem sytuacjom kryzysowym związanym z wystąpieniem COVID-19, wprowadzająca zmiany do 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. tj. z 2020 r. poz. 1842).

Przedmiotowa ustawa przywraca z mocą wsteczną od 5 września 2020 r. prawo o zasiłku chorobowego w wysokości 100% podstawy wymiaru ubezpieczonym zatrudnionym w podmiocie leczniczym, którzy nie mogą wykonywać pracy z powodu kwarantanny, izolacji w warunkach domowych albo są niezdolne do pracy z powodu COVID-19, w związku z wykonywaniem obowiązków wynikających z zatrudnienia w podmiocie leczniczym.

Przyznanie ubezpieczonym zatrudnionym w podmiocie leczniczym tego uprawnienia uzasadnione jest szczególnym narażeniem tej grupy osób na zagrożenia powodowane przez COVID-19.

Biorąc pod uwagę powyższe należy jednocześnie podkreślić, że mamy obecnie czas dalszych szeroko zakrojonych działań, które mają zapobiegać szybkiemu rozprzestrzenianiu się COVID-19 w Polsce. Obecnie wdrożone w Polsce regulacje prawne m.in. pakiet ustaw „tarczy antykryzysowej”, podlegają bieżącej wnikliwej analizie. Wszelkie uwagi są na bieżąco analizowane (również na tle wystąpień posłów i senatorów, organizacji pracodawców, związków zawodowych oraz indywidualnych wystąpień), pod kątem potrzeb ewentualnych zmian w tym sferze przepisów dotyczących ubezpieczeń społecznych jak również celu wprowadzenie kolejnych instrumentów w zakresie ochrony zdrowia, które pozwolą na skuteczną walkę z COVID-19.

Z poważaniem

z up. Ministra Rodziny i Polityki Społecznej

Stanisław Szwed

Sekretarz Stanu

*/-podpisano kwalifikowanym podpisem
elektronicznym/*

Do wiadomości:

Pan

Michał Dworczyk

Minister – Członek Rady Ministrów

Kancelaria Prezesa Rady Ministrów

Dot. BPRM.222.19.53.2020.JGo(2)

INFORMACJA O SPOTKANIU ZOFII MAŁAS PREZES NRPIP Z PREZESEM RADY MINISTRÓW ORAZ MINISTREM ZDROWIA

16 listopada 2020 r. Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej spotkali się z Prezesem Rady Ministrów Mateuszem Morawieckim oraz Ministrem Zdrowia Adamem Niedzielskim.

Zofia Małas oraz Andrzej Matyja wskazali najpilniejsze kwestie, które wymagają natychmiastowych działań:

- Dodatkowe wynagrodzenie dla personelu medycznego pracującego z pacjentami covidowymi i niecovidowymi.
- Ubezpieczenie personelu medycznego od utraty zdrowia lub życia w związku z epidemią koronawirusa.
- Zasiłku opiekuńczego dla personelu medycznego oraz wznowienie nauki dla dzieci medyków.
- Zwiększenie uprawnień pielęgniarkom w POZ oraz umożliwienie kwalifikacji do szczepień.
- Likwidacji Departamentu Pielęgniarek i Położnych, a tym samym umniejszanie roli pielęgniarek i położnych w systemie ochrony zdrowia.
- Finansowanie podmiotów leczniczych leczących pacjentów z COVID-19;
- Zatrudnienie personelu medycznego spoza UE – przekazano wszystkie wątpliwości związane z tym problemem, a przede wszystkim związane z bezpieczeństwem naszych pacjentów.
- Podjęcie działań zmierzających do złagodzenia reżimu odpowiedzialności karnej medyków za błędy medyczne popełnione nieumyślnie – system *no fault*.

Prezesi NRPIP i NRL prześlą w najbliższych dniach Premierowi oraz Ministrowi Zdrowia wszystkie postulaty pielęgniarek, położnych oraz lekarzy dotyczące funkcjonowania ochrony zdrowia oraz propozycje ich wdrożenia. Strona rządowa odniesie się do zaproponowanych rozwiązań przed kolejnym spotkaniem.

INFORMACJA ZE SPOTKANIA NACZELNEJ RADY PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH, OGÓLNOPOLSKIEGO ZWIĄZKU ZAWODOWEGO PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH, POLSKIEGO TOWARZYSTWA PIELEŃNIARSKIEGO, POLSKIEGO TOWARZYSTWA POŁOŻNYCH z dn. 1 grudnia 2020r.

W związku z brakiem reakcji Rządu oraz Ministerstwa Zdrowia na wspólne stanowisko środowiska zawodowego pielęgniarek i położnych: Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych, Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego, Polskiego Towarzystwa Położnych z 18.11.2020 r. w sprawie wzmocnienia roli pielęgniarek w strategii walki z pandemią COVID-19 odbyło się kolejne spotkanie sygnatariuszy ww. Stanowiska. Działając na rzecz ochrony interesów zdrowotnych społeczeństwa wyrażamy swój sprzeciw wobec decyzji rządu, które w żaden sposób nie służą społeczeństwu. Nie zgadzamy się na ignorowanie propozycji i strategicznego znaczenia największej, ponad 300-tysięcznej grupy zawodowej pielęgniarek i położnych. Podczas spotkania podjęto decyzję o podjęciu dalszych strategicznych działań na rzecz obrony naszych zawodów. O szczegółach zostaną Państwo poinformowani w ciągu najbliższych dni.

Prezes NRPIP -Zofia Małas
Prezes OZZPIP – Krystyna Ptok
Prezes PTP – Grażyna Wójcik
Prezes PTP – Beata Pięta



Ogólnopolski Związek Zawodowy
Pielęgniarek i Położnych



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

„Możemy lepiej pomóc pacjentom, sobie i społeczeństwu”

Reprezentując wspólnie całe środowisko pielęgniarek i położnych w Polsce, działając na rzecz ochrony interesów zdrowotnych społeczeństwa, nasze organizacje tj.:

- **Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych**
- **Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych**
- **Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie**
- **Polskie Towarzystwo Położnych**

wyrażamy swój sprzeciw wobec działań rządu, które w naszej ocenie nie zawsze służą społeczeństwu, lecz doraźnym interesom politycznym.

Nie zgadzamy się na ignorowanie propozycji i strategicznego znaczenia największej, ponad ćwierć milionowej grupy zawodowej pielęgniarek i położnych zawartej w strategii Rządu w zakresie walki z pandemią Covid-19, w tym (Strategi 3.0)

Z nieznanymi powodami, w szczycie pandemii, wbrew potrzebom społeczeństwa i pacjentów, realizowana przez Rząd polityka marginalizuje role i zadania pielęgniarek i położnych w systemie, ograniczając wykorzystanie ich kompetencji w walce o zdrowie Polaków. Skutkuje to ogromną stratą dla wszystkich: pacjentów, którzy nie mają szansy na faktyczny dostęp do leczenia i opieki, ich rodzin zmagających się z chaosem w systemie opieki zdrowotnej oraz dla NFZ, który finansuje system opieki zdrowotnej w oparciu o tradycyjny, nieefektywny podział ról i zadań w systemie.

Wobec braku faktycznych działań na rzecz wdrożenia przyjętego uchwałą Rady Ministrów nr 124/2019 z dnia 15.10 2019 r. dokumentu „Polityka Wieloletnia Państwa na rzecz Pielęgniarstwa i Położnictwa w Polsce”, oczekujemy pilnej redefinicji dotychczasowych ról i kompetencji pielęgniarek i położnych w systemie opieki zdrowotnej.

Odnosimy wrażenie, że Rząd i Ministerstwo Zdrowia koncentrują się na działaniach pozornych oraz obietnicach odroczonej w czasie i zupełnie nie rozumieją znaczenia pielęgniarstwa i położnictwa we współczesnej opiece zdrowotnej.

Uznając, że dobro społeczeństwa jest dla nas wartością najwyższą, oczekujemy pilnego wdrożenia zmian w rządowej strategii walki z pandemią Covid-19, gwarantujących bezpieczeństwo zdrowotne Polkom i Polakom poprzez zapewnienie pielęgniarkom i położnym współdecydowania o swojej pracy oraz pełnej możliwości wykorzystania kompetencji i sprawiedliwego udziału w zasobach.

Nie zgadzamy się na zarządzanie systemem opieki zdrowotnej, w obszarze pielęgniarstwa i położnictwa opartym na archaicznych regułach z połowy XX wieku.

W imieniu Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych, Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego i Polskiego Towarzystwa Położnych uznajemy za kluczowe pilne wprowadzenie następujących zmian w Strategii walki z pandemią Covid-19 w odniesieniu do podstawowych obszarów systemu czyli:

- I. Działań ogólnosystemowych**
- II. Podstawowej Opieki Zdrowotnej**
- III. Opieki szpitalnej i Izolatoriów**
- IV. Opieki pozaszpitalnej nad pacjentami z chorobą Covid-19
- opieka długoterminowa i domy pomocy społecznej**

Ad. I. Działania ogólnosystemowe

W całym systemie ochrony zdrowia brakuje co najmniej 100 tysięcy pielęgniarek, a z miesiąca na miesiąc wzrasta liczba kadr wyłączonych z powodu choroby, kwarantanny lub zakażenia Covid-19.

Niestety, z 5317 wydanych od początku 2020 roku Praw Wykonywania Zawodu, tylko 1121 pielęgniarek i położnych zostało zatrudnionych w systemie. Brak ze strony rządu działań mających na celu zmotywowanie kolejnych absolwentów kierunku pielęgniarstwa i położnictwa do podjęcia pracy, spowoduje nieodwracalne skutki jeszcze na wiele lat po zakończeniu pandemii. Proponujemy wprowadzenie rozwiązań systemowych mających na celu odwrócenie tego niekorzystnego trendu oraz pilne wsparcie personelu pielęgniarskiego w systemie, między innymi poprzez:

1. Bezwzględne wdrożenie dostępności do szczepień przeciw grypie dla wszystkich pielęgniarek i położnych funkcjonujących w systemie opieki zdrowotnej oraz wszystkich pracowników medycznych i Polaków wymagających szczególnej ochrony.
2. Jednoznaczne uregulowanie kwestii poziomu wynagrodzeń i warunków pracy pielęgniarek i położnych tak, by spowodować odpowiedni stan zatrudnienia oraz zainteresowania absolwentów szkół kształceniem i pracą w tych zawodach.
3. Uruchomienie dodatkowych etatów pielęgniarskich w wymiarze co najmniej 10 tysięcy, ze środków Funduszu Przeciwdziałania Covid-19, a nie ze środków podmiotów leczniczych, na rzecz realizacji dodatkowych zadań pielęgniarek w walce z epidemią Covid-19 (przykład hiszpański), umożliwiającymi pełne wykorzystanie i zatrudnienie nowych absolwentów, a także podjęcie przez pielęgniarki pracy w izolatoriach, opiece domowej czy też szpitalach.
4. Zaangażowanie studentów kierunków medycznych do pracy w placówkach medycznych, jako czasowe zatrudnienie personelu dodatkowego, do realizacji zadań pielęgnacyjno-opiekuńczych i administracyjnych (wsparcie personelu pielęgniarskiego). Plan ten można wdrożyć poprzez zmianę harmonogramu organizacji roku akademickiego dla wybranych kierunków studiów, wprowadzając przerwę epidemiczną na okres od 1 grudnia 2020 r. do 1 marca 2021 r., i jednocześnie wydłużenie roku akademickiego dla tych kierunków w okresie wakacyjnym. Działanie to wymaga odrębnego finansowania poza zawartymi w Umowach z NFZ, np. ze środków na walkę z pandemią Covid-19, programów unijnych.

5. Zatrudnienie na szeroką skalę opiekunów medycznych w podmiotach leczniczych jako pomoc pacjentom, pielęgniarce i położnym zgodnie z przyjętą przez Rząd polityką.

Ad. II. Podstawowa Opieka Zdrowotna

Zgodnie z obowiązującym prawem należy usankcjonować rolę pielęgniarki i położnej POZ w udzielaniu samodzielnych świadczeń zdrowotnych w procesie diagnozowania, monitorowania i opieki nad pacjentami z Covid-19, a także nad pozostałymi pacjentami POZ, w tym z chorobami przewlekłymi wymagającymi doraźnej pomocy medycznej.

Niezbędne jest powierzenie pielęgniarce i położnym możliwości samodzielnego kierowania pacjentów na testy, monitorowania pacjentów w trakcie izolacji domowej, monitorowania pacjentów z Covid-19 w grupie wiekowej 65 plus oraz faktycznego wdrożenia porady pielęgniarskiej i położniczej w POZ.

Wprowadzona rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 8 lipca 2020 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych w POZ z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej porada pielęgniarska i położnicza powinna zostać rozszerzona o wyżej wymienione zadania. W celu faktycznego wdrożenia porad niezbędne jest ustalenie zarządzeniem Prezesa NFZ warunków finansowania. Brak tej wyceny od początku roku jest przykładem deprecjonowania pielęgniarek i położnych przez MZ i NFZ. Wycena porady powinna być uzależniona od kategorii usługi (teleporada, porada w gabinecie, porada domowa), z uwzględnieniem wysokich obecnie kosztów środków ochrony osobistej oraz bezpiecznego transportu w przypadku wizyt domowych.

Domagamy się wdrożenia uprawnień pielęgniarek do kwalifikacji pacjentów dorosłych do szczepień – obecnie przeciw grypie, a w najbliższej przyszłości masowych szczepień milionów obywateli szczepionkami przeciw Sars-Cov2.

Niestety, pielęgniarki i położne POZ w okresie pandemii, z powodu braku właściwych rozwiązań systemowych, wykonują w znacznej mierze zadania administracyjne i pomocnicze (obsługa rejestracji, telefonów, funkcje informacyjne dla społeczności). Zadania te powinien przejąć nowo zatrudniony personel administracyjny (w ramach wsparcia dla pracowników branż zagrożonych w okresie epidemii, których można bardzo szybko przeszkolić i wdrożyć, zamiast wypłacania różnych form pomocy socjalnej ze strony państwa).

Efektorem rekomendowanych zmian będzie faktyczna i realna poprawa dostępności do świadczeń zdrowotnych realizowanych w POZ.

Ad. III. Lecznictwo szpitalne i Izolatoria.

Rząd nie podejmuje skutecznych działań i lekceważy problemy środowiska pielęgniarek i położnych pracujących w szpitalach, a głęboki deficyt kadr powoduje, iż pacjenci pozbawieni są należytej im opieki. Pielęgniarki i położne skazane są na pracę w warunkach nieludzkiego obciążenia zarówno fizycznego i psychicznego.

1. Dla dobra i bezpieczeństwa pacjentów hospitalizowanych oraz obrony zdrowia i kondycji psychicznej tak nielicznego personelu pielęgniarskiego w szpitalach, niezbędne jest natychmiastowe zatrudnienie dodatkowego personelu pomocniczego, przeznaczonego do realizacji zadań opiekuńczo-pielęgnacyjnych i administracyjnych w oddziałach. Szacunek potrzeb to minimum 1 dodatkowy etat jako wsparcie dla zespołu pielęgniarskiego na każdym dyżurze. Potencjalne zasoby to około 50 tysięcy studentów kierunków medycznych z wyłączeniem studentów pierwszego roku i ponad 40 tysięcy opiekunów medycznych. Finansowanie okresowego zatrudnienia studentów, to dedykowane środki poza budżetem na świadczenia zdrowotne.

2. Szpitale w pandemii Covid-19 narażone są na odgórne, chaotyczne decyzje administracyjne, a poprawa ich efektywności nie jest możliwa przy braku wzajemnego szacunku, zrozumienia i braku włączenia pielęgniarskiej kadry kierowniczej szpitali (dyrektorów ds. pielęgniarstwa, pielęgniarek naczelnych, oddziałowych i epidemiologicznych) w realne zarządzanie szpitalem. Pielęgniarki i położne pełniące funkcje kierowników odpowiedzialnych za utrzymanie ciągłości pracy oddziałów i zabezpieczenie kadrowe, logistykę sprzętową, materiałową, zaopatrzenie w leki, powinny mieć możliwość zarządzania zgodnie z obowiązującym prawem. Od początku pandemii decydenci jakby zapomnieli o grupie zawodowej pielęgniarek i położnych pełniących kluczową rolę w pracy szpitali.
3. Polska od roku 1997 wypracowała i wdrożyła, oparty na światowych standardach, model pielęgniarki epidemiologicznej, jako oficera zarządzającego polityką epidemiologiczną każdego szpitala. Rola i decyzyjność kadry pielęgniarek i położnych epidemiologicznych powinna zostać wzmocniona oraz wyposażona w pełne uprawnienia decyzyjne w zakresie odpowiedzialności za standardy organizacyjne szpitala w okresie pandemii. Niestety, nasi decydenci nie zauważyli pracy, roli i wysokich kompetencji polskich pielęgniarek i położnych epidemiologicznych.
4. Standard opieki nad pacjentami w Izolatoriach określony przez MZ, nie gwarantuje bezpiecznych warunków nadzoru i opieki nad pacjentami z chorobą Covid-19. Przepisy rozporządzenia MZ w sprawie standardu organizacyjnego opieki w izolatoriach dopuszczające sprawowanie opieki pielęgniarskiej nad kilkudziesięcioma pacjentami w izolatorium za pośrednictwem systemów łączności, skazują de facto osoby chore zamknięte w izolatoriach na pozostawienie bez profesjonalnej opieki i podstawowej pomocy w czasie walki z Covid-19. Rekomendowane przez nas standardy organizacyjno-kadrowe w izolatoriach, to minimum 1 pielęgniarka/30-50 chorych/dyżur oraz 2 osoby personelu pomocniczego. Zarządzanie opieką w izolatoriach należy powierzyć Kierownikom Opieki, wyposażając ich w odpowiednie do zadań kompetencje decyzyjne.

Ad. IV. Opieka pozaszpitalna nad pacjentami z chorobą Covid-19 - opieka długoterminowa i domy pomocy społecznej.

W systemie opieki zdrowotnej, nie ma aktualnie rozwiązań organizacyjnych gwarantujących zapewnienie bezpiecznych warunków nadzoru i opieki nad pacjentami z chorobą Covid-19 leczonych w domach, zakładach opieki długoterminowej lub przebywających w DPS-ach.

1. Chorzy z Covid-19 pozostający w izolacji domowej lub instytucjonalnej, wymagają częstokroć opieki pielęgniarskiej, nadzoru i wykonywania procedur np. cewnikowania pęcherza moczowego, leczenia ran przewlekłych, prowadzenia tlenoterapii, pobierania materiału do badań, podawania leków, w tym iniekcji i infuzji. Pielęgniarki i położne w Polsce posiadają ustawowe uprawnienia do udzielania samodzielnie świadczeń zdrowotnych zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych. Niezbędne jest zatem nowe uregulowanie warunków i zasad finansowania monitorowania i koordynacji opieki nad pacjentami z Covid-19 leczonymi w domu, zakładach opieki długoterminowej oraz DPS-ach.
Z uwagi na realizację zadań w opiece domowej w warunkach szczególnego ryzyka, dużej samodzielności i związanej z tym odpowiedzialności zawodowej, należy wyodrębnić nowe świadczenie zdrowotne w systemie NFZ **„Opieka pielęgniarska pozaszpitalna dla pacjentów Covid-19”**. Potrzeby kadrowe w zakresie opieki domowej to co najmniej 2 pielęgniarki Covid-19 na 5-10

tys. mieszkańców, czyli np. na jedną gminę. Potrzeby krajowe to minimum 6 tysięcy pielęgniarek.

2. W zakładach opieki długoterminowej (stacjonarnych i domowych) należy wdrożyć dodatkowe finansowanie związane z procedurami zapobiegania pandemii Covid-19, oraz szczególnymi standardami opieki nad pacjentami najwyższego ryzyka czyli pacjentami przewlekle chorymi i osobami starszymi. NFZ powinien finansować świadczenia, zarówno według liczby podopiecznych z Covid-19 pozostających w zakładach stacjonarnych (ZOL/ZPO), jak i liczby zrealizowanych wizyt/procedur w warunkach domowych.
3. Wbrew zapewnieniom, rząd do chwili obecnej nie usankcjonował i nie wdrożył standardów wykonywania świadczeń zdrowotnych przez personel pielęgniarski zatrudniony w DPS-ach. Pielęgniarki zatrudnione w placówkach podległych Ministerstwu Rodziny pozostają od lat dyskryminowane w zakresie warunków pracy, wynagradzania a także formalnych kompetencji. Oczekujemy pilnego wdrożenia rozwiązań zgłaszanych przez środowisko pielęgniarskie na rzecz poprawy sytuacji pielęgniarek w DPS-ach.

Przedstawione niezbędne działania i nowe podejście do opieki nad pacjentami z Covid-19, w opiece pozaszpitalnej zapewni realną, profesjonalną i odpowiadającą potrzebom zdrowotnym pomoc dla pacjentów z Covid-19, przebywających poza szpitalami oraz pozwoli na zaangażowanie i wzmocnienie kadry pielęgniarek specjalistek w podjęciu nowej roli w walce z pandemią Covid-19.

Podejmowanie aktywności w zakresie najwyższego poziomu kompetencyjnego w zawodzie czyli zaawansowanej praktyki pielęgniarskiej (Advance Practice Nurse), jest zgodne z dokumentem „Polityka Wieloletnia Państwa na Rzecz Pielęgniarstwa i Położnictwa w Polsce”, ogłoszonym przez obecnego Prezesa Rady Ministrów w listopadzie 2019.

Reasumując, w warunkach szczytu pandemii Covid-19, dla dobra całego społeczeństwa, oczekujemy od Rządu decyzji, które umożliwią pielęgniarkom i położnym wykorzystanie kompetencji oraz realne wykonywanie samodzielnych zadań na rzecz pacjentów przy odpowiednim ich wynagradzaniu.

Prezes ZG PTP

Grażyna Wójcik

Prezes NRPiP

Zofia Małas

Przewodnicząca ZK OZZPiP

Krystyna Ptok

Prezes ZG PTP

Beata Pięta

Bibliografia

- 1) Strategia walki z pandemią COVID-19; Wersja 3.0, Jesień 2020
File:///C:/Urses?UZYTEKO~1/AppData/Local/Temp/Strategia_3.0.pdf
- 2) Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U.2011 nr 174 poz. 1039 z późn. zm.)
- 3) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2019 r. poz. 736 z późn. zm.)
- 4) Ustawa z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz.U. z 2020 r. poz. 85 z późn. zm.)
- 5) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2020 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki w izolatoriach (Dz.U. poz. 539, 597, 761, 847, 1507 i 1750)
- 6) Uchwała Rady Ministrów nr 124/2019 z dnia 15.10.2019 r. w sprawie przyjęcia dokumentu „Polityka Wieloletnia Państwa na Rzecz Pielęgniarstwa i Położnictwa w Polsce”
- 7) Guidelines on Advanced Practice Nursing, ICN, Genewa 2020
https://www.icn.ch/system/files/documents/2020-04/ICN_APN%20Report_ENWEB.pdf
- 8) Raport Naczelnej Rady Pielęgniarek I Położnych – Zabezpieczenie społeczeństwa polskiego w świadczenia pielęgniarek i położnych
https://nipip.pl/wp-content/uploads/2017/03/Raport_druk_2017.pdf



**STANOWISKO
PREZESÓW SAMORZĄDÓW ZAWODÓW MEDYCZNYCH
z dnia 24 listopada 2020 r.**

**w sprawie poselskiego projektu ustawy o zmianie niektórych ustaw w celu
zapewnienia w okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu
epidemii kadr medycznych**

Samorządy zawodów medycznych jednoznacznie negatywnie oceniają projekt ustawy o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia w okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii kadr medycznych.

Troską samorządów zawodów medycznych jest zapewnienie, aby zawody te były wykonywane przez osoby o odpowiednim poziomie wykształcenia i kompetencji. Zasady weryfikacji poziomu wykształcenia absolwentów uczelni i szkół kształcących w zawodach medycznych, sposobu dopełniania obowiązku kształcenia ustawicznego i stopnia przygotowania zawodowego powinny odwzorowywać normy przyjęte w najbardziej rozwiniętych krajach Europy. Opiniowany projekt ustawy zmierza w kierunku przeciwnym, wprowadzając niebezpieczną liberalizację dostępu do wykonywania zawodów medycznych w Polsce dla osób, które uzyskały dyplom poza granicami Unii Europejskiej, podczas gdy na coraz wyższym poziomie są wymagania stawiane osobom kształcącym się w Polsce.

Projektowane rozwiązania nie gwarantują rzeczywistej weryfikacji kwalifikacji osób dopuszczanych do wykonywania zawodów medycznych, aktualności posiadanej przez nich wiedzy medycznej ani nawet ich zdolności do komunikowania się z pacjentem w języku polskim.

Tak szerokie i niekontrolowane otwarcie systemu ochrony zdrowia na osoby, które wykształcenie oraz kwalifikacje zawodowe zdobyły w krajach, w których systemy kształcenia w zawodach medycznych są istotnie różne od standardów przyjętych na obszarze Unii Europejskiej nie znajduje uzasadnienia nawet w trwającym obecnie stanie epidemii. Projekt nie zawiera natomiast żadnych istotnych rozwiązań, które poprawiłyby warunki pracy polskich pracowników medycznych w okresie epidemii.

Wreszcie projekt jest sprzeczny z art. 17 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej w zakresie, w jakim dotyczy zagadnień związanych z przyznawaniem i potwierdzaniem prawa do wykonywania zawodu. Neguje osadzone w ustawie zasadniczej uprawnienia i obowiązki samorządów zawodowych w zakresie

sprawowania pieczy nad wykonywaniem zawodów zaufania publicznego oraz uniemożliwia ich sprawowanie przez samorzady zawodowe w rzeczywisty i odpowiedzialny sposób. Samorzady zawodowe w tej materii zostaną sprowadzone do roli instytucji jedynie potwierdzających decyzje Ministra Zdrowia, który zgodnie z dotychczasową tradycją legislacyjną nie brał udziału w procesie przyznawania i potwierdzania prawa wykonywania zawodu. Wprowadzone regulacje, które wbrew twierdzeniom projektodawców, nie mają charakteru incydentalnego, doprowadzą do marginalizacji dotychczasowych rozwiązań ustawowych, funkcjonujących przez lata w tym przedmiocie.

Podsumowując, w ocenie samorządów zawodów medycznych projekt ustawy zawiera rozwiązania, które stanowią realne zagrożenie dla bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów. Zresztą sam projektodawca to dostrzega, proponując regulacje, zgodnie z którymi w przypadku stworzenia zagrożenia zdrowotnego dla pacjentów przez przedstawicieli zawodów medycznych rekrutowanych z zagranicy w trybie przewidzianym przez projektowaną ustawę, odbiera się im prawo do wykonywania zawodu w Rzeczypospolitej Polskiej. Jako przedstawiciele zawodów zaufania publicznego nie możemy się godzić na ryzykowanie życiem i zdrowiem Polaków.

W związku z tym zgodnie i stanowczo opowiadamy się za odrzuceniem przedmiotowego projektu w całości.

Prezes NRL	Prezes NRPiP	Prezes KIF	Prezes KRDL
Andrzej Matyja	Zofia Małas	Maciej Krawczyk	Alina Niewiadomska

**NACZELNA RADA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH ALARMUJE NOWY
POMYSŁ RZĄDU NA „IMPORT” MEDYKÓW SPOZA GRANIC POLSKI
TO REALNE ZAGROŻENIE DLA ŻYCIA I ZDROWIA PACJENTÓW**

15 Listopada 2020 r.

**OFIARY COVID-19 WŚRÓD
PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH**

- Od początku pandemii zakaziło się **35 254** pielęgniarek oraz **3 222** położnych
- Obecnie na COVID-19 choruje **10 850** pielęgniarek oraz **955** położnych
- Koronawirus zabił **26** pielęgniarek i położnych



Naczelna Izba
Pielęgniarek i Położnych

Projektodawca ustawy dotyczącej kadr medycznych proponuje, aby szukać pielęgniarek i położnych wśród osób, które kształciły się poza granicami RP. Sugerować to może, że wszystkie polskie pielęgniarki i położne znalazły już zatrudnienie. Tymczasem tak nie jest.

- Aż 70% osób, którym stwierdzono prawo wykonywania zawodu w roku 2020 podjęło pracę poza systemem ochrony zdrowia.
- Niemal 30 tys. pielęgniarek i położnych w wieku przedemerytalnym nie jest nigdzie zatrudnionych (dane GUS).
- Ustawą z dnia 31 marca 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w zakresie systemu ochrony zdrowia związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 pielęgniarkom lub położnym, które nie wykonują zawodu łącznie przez okres dłuższy niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat zapewniono łatwy powrót do zawodu na czas epidemii. W proponowanym Projekcie ustawy przepis ten został wykreślony!

Poza tym ustawodawca dopuścił kierowanie do pracy przy zwalczaniu epidemii w warunkach zagrożenia zakażeniem studentów zawodów medycznych i kształcących się w zawodzie pielęgniarki i położnej (art. 15 pkt. art. 5 pkt. i ustawy z dnia 28 października 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z przeciwdziałaniem sytuacjom kryzysowym związanym z wystąpieniem COVID-19). Grupa wyodrębniona wedle tego kryterium stanowi liczbę ponad 10 tysięcy osób kształcących się na pielęgniarkę lub położną.

Ustawa wprowadzająca tę regulację została podpisana przez Prezydenta RP już 3 listopada 2020 r. Do tego czasu jednak nie została skierowana do ogłoszenia w Dzienniku Ustaw. Zatem ustawodawca zwleka z wdrożeniem środków prawnych do skorzystania z Polskich zasobów kadrowych, ale decyduje się już na kolejny krok – sięga po graniczne.

Zwyczajowo za takimi propozycjami legislacyjnymi stoją konkretne wyliczenia. Projektodawca takich nie przedstawiał w uzasadnieniu projektu. Nie przeprowadził szacunków, na jakiego rzędu wsparcie można liczyć przy wdrożeniu tego rozwiązania, ani jakie braki kadrowe występują obecnie. Nie sposób zatem uznać, że takie rozwiązanie prawne jest konieczne.

Brak obowiązku potwierdzenia kompetencji kadry medycznej rekrutowanej z zagranicy = brak bezpieczeństwa pacjenta i realnego wpływu na dalszy rozwój epidemii.

Projektodawca tylko pozornie stawia osobom kształcącym się za granicą stosunkowo wysokie wymagania co do posiadanych kwalifikacji. Jednocześnie wprowadza możliwość odstąpienia od nich poprzez samodzielną, dowolną decyzję Ministra Zdrowia.

Po pierwsze już sama ustawa przewiduje, że poświadczenie znajomości języka następuje na podstawie oświadczenia cudzoziemca bez egzaminu czy nawet rozmowy kwalifikacyjnej. W jaki sposób pacjenci mają się komunikować z pielęgniarką czy położną, która nie zna języka polskiego? Czy projektodawca w ogóle rozważał, w jaki sposób braki w kompetencjach językowych mogą wpłynąć na proces leczenia?

Projektodawca stawia kandydatom do pracy w Polsce wymóg posiadania trzyletniego doświadczenia zawodowego, uzyskanego w okresie 5 lat bezpośrednio poprzedzających podjęcie pracy w Polsce. Jednak w dalszych przepisach przewidziano, że Minister Zdrowia może złagodzić ten wymóg, nie wprowadzając żadnych kryteriów podjęcia takiej decyzji. Co więcej, przewidziano również, że osoby podejmujące pracę w tym trybie nie będą mogły pracować samodzielnie – przez rok będą pracować pod nadzorem innej pielęgniarki. Czy takie osoby stanowią mogą realną pomoc? Do jakich czynności mogą być one przydatne?

Wreszcie projektodawca żąda od kandydata do pracy w Polsce zalegalizowania przez konsula Rzeczypospolitej Polskiej dyplomu albo opatrzenia go apostille. Czy projektodawcy nie zależy, na tym aby polskimi pacjentami opiekowały się

osoby, które rzeczywiście posiadają poświadczone kwalifikacje zawodowe? Kwestię potwierdzenia pełnej zdolności do czynności prawnych, kompetencji etycznych, stanu zdrowia pozostawia się uznaniu Ministra Zdrowia, nie przewidując jakichkolwiek konsultacji środowiskowych w tym zakresie. Czy mamy się spodziewać, że wystarczy – tak jak w przypadku języka, oświadczenie kandydata?

Pozorna tymczasowość proponowanych rozwiązań motywowania potrzebami zwalczania epidemii

Projektodawca zapewnia, że zmiany mają na celu dalsze dostosowanie przepisów związanych z ochroną zdrowia do walki z epidemią COVID-19. Tymczasem przepisy regulujące kwestie dopuszczenia do pracy w Polsce cudzoziemców nie mają charakteru incydentalnego.

Poza tym z projektu nie wynika, że kadry te mają zasilić system ochrony zdrowia przy zwalczaniu epidemii. Osoby te mogą podjąć zatrudnienie również w placówkach prywatnych.

Poza tym projektodawca dopuszcza, że te osoby będą mogły pracować w Polsce nawet do 5 lat. Ponadto, pozorne jest rozwiązanie, zgodnie z którym każda z osób podejmujących pracę w tym trybie ma być związana z jednym pracodawcą. W dalszych przepisach bowiem przewidziano regulację, zgodnie z którą Minister Zdrowia może zezwolić na zmianę pracodawcy.

Demontaż dotychczasowego systemu potwierdzania prawa wykonywania zawodu

Dotychczas prawo wykonywania przyznawały i potwierdzały organy samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych, również w przypadku cudzoziemców. Jest to bowiem prerogatywa samorządu zawodowego, która ma konstytucyjne umocowanie.

Projekt prowadzi do przełamania tej zasady. Proponowana regulacja doprowadzi do tego, że samorząd zawodowy straci kompetencję nad potwierdzeniem prawa wykonywania zawodu w Polsce wobec cudzoziemców spoza Unii Europejskiej. Dotychczasowe przepisy stawiają bowiem wyższe i rygorystyczne wymogi.

Okres epidemii nie jest odpowiedni na wprowadzanie tak poważnych zmian. Należy pamiętać, że poza UE proces kształcenia kadry pielęgniarstwa nie jest jednolity. Krytykowana regulacja pozwoli na napływ kadry o kwalifikacjach odbiegających od obowiązujących u nas standardów. Nie przysłuży się to stabilizacji sytuacji w służbie zdrowia podczas epidemii ani kryzysu spowodowanego przez nią.

PODSUMOWANIE

- Cudzoziemcy spoza UE nie będą musieli przechodzić takiej procedury przyznania prawa do wykonania zawodu jak my – w trosce o bezpieczeństwo chorych nie godzimy się na obniżenie standardów!
- Polskie pielęgniarki będą godzić opiekę nad pacjentami z rocznym wdrażaniem do pracy obcokrajowców – nie mamy czasu, by ich szkolić!
- MZ zdecyduje, jakimi dokumentami kandydaci spoza UE potwierdzą swoje wykształcenie, kwalifikacje. Kto zweryfikuje dyplom wydany za granicą, sprawdzi, czy kandydat nie wszedł w konflikt z prawem, jest zdrowy?
- Kandydaci spoza UE oświadczą, że znają język polski (bez rozmowy, egzaminu). Znajomość języka jest niezbędna dla komunikacji w zespole i z pacjentami – od tego zależy bezpieczeństwo wszystkich!
- Mamy zapomnieć o gwarancjach ustawowych wynagrodzenia!

Rząd zapomniał, że w Polsce:

- Niemal 30 tys. pielęgniarek i położnych w wieku przedemerytalnym nie jest nigdzie zatrudnionych – potrzebują konkretnej zachęty do powrotu!
- Mniej niż 30% tegorocznych absolwentów podjęło pracę zawodową – ponad 4 tys. wykształconych medyków szuka pracy poza placówkami medycznymi!

LIST OTWARTY PREZESA NACZELNEJ RADY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH DO PACJENTÓW ORAZ CZŁONKÓW SAMORZĄDU PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Szanowni Pacjenci, Drogie Koleżanki i Koledzy,

dobro pacjenta, zawsze było, jest i będzie dla polskich pielęgniarek i położnych najwyższym nakazem etycznym i prawnym. Wykwalifikowane kadry pielęgniarek i położnych to bezpieczeństwo pacjenta i prawidłowy proces diagnostyczny, leczniczy, pielęgnacyjny i rehabilitacyjny.

Z przykrością musimy stwierdzić, że ustawodawca nie podziela tego najważniejszego, fundamentalnego założenia dla systemu ochrony zdrowia. W dobie epidemii, narastającego kryzysu w dostępie do opieki zdrowotnej przygotowuje nam rewolucyjną deformację w zakresie statusu i prawa wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej w Rzeczypospolitej Polskiej, polegającą na wprowadzeniu do systemu opieki zdrowotnej niewykwalifikowanych kadr medycznych spoza Unii Europejskiej.

Przygotowane rozwiązania prawne w poselskim projekcie ustawy o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia w okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii kadr medycznych – (druk 763, 776 i 776A) nie zawierają gwarancji ochrony interesu publicznego, jakim jest ochrona najwyższych wartości – zdrowia i życia obywateli naszego kraju.

Dotychczas osoby przybywające do Polski spoza UE odpowiadały standardom zawodowym polskim pielęgniarkom i położnym. Dbaliśmy o to, jako samorząd zawodów zaufania publicznego. Dlatego absolutnie nie możemy zgodzić się z ustawodawcą, który planuje umożliwić dostęp do wykonywania zawodów pielęgniarki i położnej – osobom spoza UE niezwyfikowanym właściwie pod względem formalnym i merytorycznym.

Ustawodawca podjął bowiem decyzję o pozyskiwaniu i zatrudnianiu w polskich podmiotach leczniczych kadr spoza państw UE, na równorzędnych stanowiskach do polskich pielęgniarek i położnych – choć ma wiedzę, iż osoby te zarówno pod względem przygotowania zawodowego, jak i pod względem doświadczenia praktycznego – nie spełniają standardów kształcenia przeddyplomowego w zawodzie pielęgniarki i zawodzie położnej, nie posiadają uprawnień do samodzielnego wykonywania specjalistycznych czynności medycznych oraz nie znają uwarunkowań organizacyjno-prawnych oraz etycznych wykonywania zawodu w Polsce.

Ustawodawca nie wymaga od pielęgniarek i położnych spoza UE nawet poświadczenia dyplomu, na podstawie których mają opiekować się pacjentami w Polsce. Nikt nie będzie wnikliwie weryfikował tych dyplomów i sprawdzał ich autentyczności.

Nie wymaga się od tych osób żadnego egzaminu w zakresie znajomości języka polskiego, nawet na podstawowym poziomie. Jak pacjent ma się komunikować z pielęgniarką czy położną, która nie zna języka polskiego?

Projektodawca ma pełną świadomość słabości własnego pomysłu, że ww. kadry nie będą przydatne do wszystkich czynności zawodowych, bo zamierza ograniczyć prawo wykonywania zawodu do określonego zakresu czynności zawodowych. Nie określa jednak tych czynności, przerzucając jednocześnie ciężar odpowiedzialności na podmioty lecznicze, które będą te osoby zatrudniać.

Ustawodawca zakłada w projekcie, że konieczny będzie trwający rok nadzór nad niewykwalifikowanym personelem. Dla polskich pielęgniarek i położnych

to dodatkowy obowiązek i odpowiedzialność. Zamiast zajmować się pacjentem, nasze pielęgniarki i położne staną się dla niezweryfikowanych cudzoziemców „nauczycielami”.

Nowe przepisy wprost burzą dotychczasowy model postępowania wobec osób spoza UE ubiegających się o pracę w naszym systemie opieki zdrowotnej, który dotychczas opierał się na szczegółowym sprawdzeniu i potwierdzeniu posiadanych kwalifikacji zawodowych, znajomości języka polskiego, postawy etycznej, zaświadczenia o niekaralności oraz potwierdzania wykonywania zawodu na terenie swojego kraju.

Projektodawca ma świadomość powyżej wskazanych wątpliwości i przyjmuje możliwość, że ww. pielęgniarki i położne spoza UE mogą stanowić zagrożenie dla zdrowia i życia pacjentów, bo przewiduje osobną procedurę pozbawienia ich prawa wykonywania zawodu w Polsce, jeśli takie zagrożenie stworzą. Czy ustawodawca zatem świadomie podejmuje decyzję o narażeniu pacjentów na tak ogromne ryzyko? Pytamy zatem – kto ma ponieść odpowiedzialność przed pacjentami, ich rodzinami i całym społeczeństwem?

Dotychczas postępowania o przyznawania prawa wykonywania zawodów medycznych dla osób spoza UE prowadziły organy samorządu zawodowego. Teraz ma ich „wyręczyć” Minister Zdrowia decyzją administracyjną. Organy samorządowe mają tylko potwierdzić decyzję Ministra Zdrowia i wydać dokument potwierdzający prawo wykonywania zawodu cudzoziemcowi bez rzetelnego wykazywania spełnienia wymaganych przesłanek.

Projektodawca nie uzasadnia potrzeb danymi, które wskazywałyby na przyjęcie w obecnej ustawie o zawodach pielęgniarki i położnej tak radykalnego i bardzo niebezpiecznego dla polskiego pacjenta rozwiązania. Nie dostarcza tych danych, bo liczb na poparcie projektu nie ma. Wprowadzenie powyższych regulacji nie jest rozwiązaniem tymczasowym, spowodowanym potrzebami wynikającymi z pandemii – będzie obowiązywać również po epidemii.

Zachęcanie do przyjazdu cudzoziemców spoza UE ma sugerować, że wszystkie polskie pielęgniarki i położne znalazły już zatrudnienie i polskie kadry zostały wyczerpane, a potrzeby społeczne są niezaspokojone. Tymczasem tak nie jest. W roku bieżącym Okręgowe Rady Pielęgniarek i Położnych wydały 5331 praw wykonywania zawodu, w tym zatrudnienie w opiece zdrowotnej nie znalazło ponad 70% osób.

Na dzień dzisiejszy nie znajdujemy, żadnego uzasadnienia dla przyjmowania tak ryzykownych rozwiązań w zakresie niezweryfikowanych kadr medycznych spoza UE.

W naszej ocenie w pierwszej kolejności trzeba dokonać właściwej alokacji zasobów kadrowych, w posiadaniu których jest polski rynek, stworzenie bezpiecznych warunków pracy i płacy dla polskich pielęgniarek a w ostateczności sięganie po kadry medyczne spoza UE.

Samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych będzie kontynuował działania na rzecz doprowadzenia do rezygnacji ustawodawcy z pomysłu dopuszczenia do wykonywania tych dwóch zawodów przez osoby o niezweryfikowanych kwalifikacjach zawodowych, i nie spełniających szeregu innych dotychczasowych warunków, których wymaga się od polskich pielęgniarek i położnych.

Z wyrazami szacunku i nadzieją na głos rozsądku

Kącik historyczny

Odcinek XI.

Sylwetki położnych i pielęgniarek Starego Szpitala w latach 1950 – 1991 - ciąg dalszy.



W dzisiejszym odcinku prezentuję kolejne sylwetki położnych i pielęgniarek pracujących w pionie położniczo – ginekologicznym i oddziale noworodkowym na II piętrze Starego Szpitala przy ul. Nenckiego 2.

Oddział Noworodkowy –

lekarze ordynatorzy: lek. med. Mirosława Kabalska, lek. med. Helena Kozanecka

Pielęgniarki Oddziałowe :



Danuta Pawlik z d. Gniewaszewska, ur. 31.08.1931r. w Łodzi, c. Zygmunta. W latach 1951 – 1953 uczęszczała do 2,5-letniej Szkoły Pielęgniarstwa Dziecięcego we Wrocławiu. W Sieradzu rozpoczęła pracę w 1953r., gdzie pełniła obowiązki pielęgniarki oddziałowej oddziału dziecięcego, do roku 1958. W latach 1958–1960 pracowała w punkcie szczepień poradni dziecięcej. Od 01.05.1960r. do 1968r. pracowała w poradni p/gruźliczej. Zmarła 29.12.1968r.



Od lewej: Maria Kowalska – oddziałowa oddziału położniczego, Jerzy Strzemieczny, - lekarz pediatri, Grażyna Nawrocka – pielęgniarka, Stanisława Kałuźiak - pielęgniarka.



Janina Szewczyk – położna z noworodkiem



Irena Zalc ur. 28.11.1933r. w Poznaniu, z/d Waleńczak. W roku 1955 ukończyła Państwową Szkołę Pielęgniarstwa nr 2 w Łodzi. Pracę zawodową rozpoczęła, w tym samym roku, w Szpitalu Miejskim w Wieluniu, w oddziale wewnętrznym, w charakterze pielęgniarki oddziałowej. Od 01 stycznia 1958r. pracuje w Szpitalu Miejskim w Sieradzu, jako pielęgniarka oddziałowa oddziału noworodkowego. We wrześniu 1962r. rozpoczyna pracę w Zasadniczej Szkole Asystentek Pielęgniarskich, następnie w Liceum Medycznym w Sieradzu. W roku 1966 ukończyła Studium Nauczycielskie Średnich Szkół Medycznych w Warszawie, a w roku 1971 Wydział Pedagogiki Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach. W Liceum Medycznym pracuje jako kierownik kształcenia zawodowego do chwili przejścia na emeryturę w 1982r.



Od lewej: Anna Żerek, Irena Zalc, Danuta Witczak, Maria Balcerzak, Anna Panasiuk, Teresa Wardęga





Irena Zalc w trakcie prac w komisji egzaminacyjnej.



Irena Zalc z uczennicami na uroczystości paskowania.



Kazimierz Trybuchowski – ordynator oddziału internistycznego, Irena Zalc – nauczycielka i uczennice w trakcie dyplomu.



Stanisława Nowak z/d Świdzka, c. Bolesława i Rozalii, ur. 20.09.1934r. w Gruszczykach. W roku 1951 ukończyła Kurs Młodszych Pielęgniarek w Pabianicach i 01.02.1952 rozpoczęła pracę jako młodsza pielęgniarka w szpitalu w Szpitalu Wolskim w Warszawie, a następnie krótko w Hucie Dłutowskiej koło Pabianic, gdzie pracowała łącznie do 30.11.1953r. Następnie rozpoczyna pracę w Sieradzu, gdzie pracuje również jako młodsza pielęgniarka. Od 15.10.1957r. do 14.11.1962r. pracuje jako pielęgniarka szpitalna w oddziale położniczym, noworodkowym, wewnętrznym.

Od 1962r. do 15.11.1991r. pełni obowiązki pielęgniarki oddziałowej oddziału noworodkowego. W roku 1959 zdaje egzamin państwowy dla pielęgniarek przed Państwową Komisją w Łodzi i uzyskuje tytuł pielęgniarki dyplomowanej. W roku 1969 kończy Liceum Ogólnokształcące w Zduńskiej Woli.



Zofia Czarnecka z d. Filipiak c. Leona, ur. 05.06.1937r. w Dzierżaznie, pow. sieradzki. Pracę w sieradzkim szpitalu rozpoczyna jako salowa w roku 1954. W roku 1957 kończy jednoroczną szkołę pielęgniarską w Kwidzynie, a 28.02.1962r. uzyskuje tytuł pielęgniarki dyplomowanej w Państwowej Szkole Pielęgniarskiej w Pabianicach. W oddziale noworodkowym starego szpitala pracuje 34 lata, od roku 1957 do 28.02.1991r. a następnie do dnia przejścia na emeryturę 30.04.1994r. w oddziale noworodkowym Szpitala Wojewódzkiego przy u. Armii Krajowej 7.



Pani Zofia w chwili czapkowania w szkole pielęgniarstwa.



Trudno dzisiaj odnaleźć zdjęcia z koleżankami z pracy, ale zachowały się dwa z roku 1965 z „choinki zakładowej” dla dzieci, która była znaczącym wydarzeniem nie tylko dla najmłodszych. Powyżej pani Zofia z dziećmi: Piotrusiem /w pióropuszu/ i obok Elżunią – dzisiaj Elżbieta Gonera, pracownik pionu technicznego Szpitala Wojewódzkiego przy ul. Armii Krajowej 7. Choinki i inne uroczystości szpitalne odbywały się w stołówce szpitalnej.



Pani Stanisława Kałuziak - pielęgniarka oddziału pulmonologicznego z dziećmi.

Oddział Położnictwa Septycznego - Położna Oddziałowa



Barbara Drezner z d. Nadrian, c. Stefana i Kazimierzy, ur.16.04.1944r na terenie NRF. Szkołę podstawową i Liceum Ogólnokształcące im. Tadeusza Kościuszki ukończyła w roku 1962 w Wieluniu. W roku 1965 ukończyła Państwową Szkołę Medyczną Położnych w Słupsku. Od 18.02.1965r. do 31.08.1966r. pracuje jako położna odcinkowa w szpitalu powiatowym w Prudniku. Następnie od 01.10.1966r. do 31.12.1967r. pracuje w szpitalu w Wieluniu. Dnia 04.01.1968r. rozpoczyna pracę w szpitalu w Sieradzu na oddziale położniczym, a od 01.01.1978r. jako położna oddziałowa oddziału położnictwa septycznego, gdzie pełni swoją funkcję do 1991r., do dnia likwidacji oddziału.



Halina Prokopczyk z d. Kupis ur. 05.02.1947r w Miętnie pow. Pajęczański, c. Stanisława i Eudoksji. Liceum Ogólnokształcące ukończyła w 1965r. w Wieluniu, następnie 07.03.1969r. uzyskała dyplom położnej w Państwowej Szkole Położnych w Opolu. Z dniem 01.04.1969r. rozpoczęła pracę w ZOZ w Sieradzu, gdzie pracowała do 31.03.1988r.



Anna Machała – położna,
absolwentka Medycznego
Studium Zawodowego
w Pabianicach z roku 1976.



Anna Cicha – położna,
absolwentka Medycznego
Studium Zawodowego
w Łodzi z roku 1977.



Urszula Świnairska – położna,
absolwentka Medycznego
Studium Zawodowego
w Pabianicach z roku 1978.



Elżbieta Klys, - położna,
absolwentka Medycznego
Studium Zawodowego
w Pabianicach z roku 1978.



Grażyna Kosecka – położna,
absolwentka Medycznego
Studium Zawodowego
w Pabianicach z roku 1978.



Barbara Olejnik – położna,
absolwentka Medycznego
Studium Zawodowego
w Pabianicach z roku 1981.

Oddział Ginekologiczny

Lekarze Ordynatorzy : doc. Włodzimierz Milewicz w latach 1949-1964 ,
Jerzy Kozanecki - w latach 1964- 1967, Jerzy Rusiecki, Stefan Warzecha,
Jerzy Rusiecki – w latach 1967 – 1991.

Położna Oddziałowa:



Sabina Sulińska z/d Bartodziej, c. Franciszka, ur.19.03.1934r. w Czarnożyłach. Szkołę podstawową ukończyła w Czarnożyłach następnie uzyskała tzw. małą maturę w Liceum Ogólnokształcące w Wieluniu. W roku 1953 uzyskała dyplom pielęgniarki w Państwowej Szkole Pielęgniarstwa nr 2 w Łodzi, przy ul Szterlinga. W dniu 01.10.1953r. rozpoczyna pracę w szpitalu w Sieradzu w oddziale położniczym jako pielęgniarka oddziałowa, gdzie pracuje do 30 września 1958r. W roku 1957 zdaje maturę w Liceum Ogólnokształcącym w Sieradzu. W latach 1970-71 kończy Państwową Szkołę położnych w Pabianicach. Od 01.10.1958r. do 1991 pełni obowiązki położnej oddziałowej oddziału ginekologicznego. W dniu 31.01.1992r. przechodzi na emeryturę. Zmarła 12 stycznia 2020r.



Mirosława Wierzbicka ur. 09.06.1956r. Ukończyła Liceum Medyczne w Sieradzu. Pracę zawodową rozpoczęła 01.08.1976r. w oddziale ginekologicznym i pracowała tam kolejno: jako pielęgniarka odcinkowa, zabiegowa i zastępczyni pielęgniarki oddziałowej do roku 1990r. Od 15.02.1990r. do 30.09.2017r. pracuje jako pielęgniarka oddziałowa Oddziału Ginekologicznego Szpitala Wojewódzkiego w Sieradzu przy ul. Armii Krajowej 7. W roku 1997 ukończyła kurs kwalifikacyjny dla pielęgniarek oddziałowych, w roku 2000 specjalizację z organizacji i zarządzania w Centrum Edukacji Medycznej w Warszawie, a w 2015r. szkolenie specjalistyczne dla

Audytora Wewnętrznego w placówkach Służby Zdrowia. W latach 2001 – 2008 pełni funkcję Przewodniczącej Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych Szpitala Wojewódzkiego w Sieradzu.



Pani Mirosława Wierzbicka podczas uroczystości wręczenia dyplomu w roku 1976 w Liceum Medycznym w Sieradzu.



Pani Mirosława Wierzbicka (pierwsza z prawej), po raz pierwszy w roli emerytowanej pielęgniarki.

Dzień Pielęgniarki – 10.05.2018r. od lewej: Anna Augustyniak i Elżbieta Pokora.

W połowie lat 80-tych minionego stulecia oddziały położniczo-ginekologiczne posiadały niezbyt liczną kadrę położnych. Starsze koleżanki, absolwentki szkół położnych z lat pięćdziesiątych odchodziły na emeryturę, a młodych nie było zbyt wiele. Poza tym nowy *Szpital Wojewódzki w Sieradzu* był w trakcie budowy i należało przygotować kolejną kadrę położnych dla potrzeb pionu położniczo-ginekologicznego.

W roku 1983 uruchomiono w Medycznym Studium Zawodowym w Sieradzu 2,5 letni Wydział Położnych, który w kolejnych trzech edycjach wykształcił ogółem 69 położnych, z których 21 rozpoczęło swoją pierwszą pracę w szpitalu przy ul. Nenckiego 2.

Opiekunem pierwszego rocznika w latach 1983 -1986 r. była mgr Bronisława Kwasek - położna, nauczyciel Liceum Medycznego w Sieradzu, Liczba absolwentek pierwszego rocznika -20

Opiekunem drugiego rocznika w latach 1984 r. – 1987 r. była również mgr Bronisława Kwasek, liczba absolwentek - 27, trzeciego w latach 1988r. – 1989r. mgr Bożena Marszałek – liczba absolwentek - 22.

Zajęcia z przedmiotów klinicznych prowadzili lekarze ginekolodzy - Zofia Jakska – Klimas i Jerzy Józwin. Zajęcia z teoretycznej i praktycznej nauki zawodu prowadziły położne:

Wiesława Ciborska, Halina Kupis-Prokopczyk, Stefania Wrąbel, Mirosława Jeziorek, Wiesława Podwysocka, Sławomira Sarzyńska.

Ponizej prezentuję dyplomowe zdjęcia absolwentek I-ego rocznika, które rozpoczęły pracę w oddziałach położniczo-ginekologicznych przy ul. Nenckiego.



1. Alicja Buczkowska



2. Dorota Dzieciatkowska



3. Iwona Konieczna



4. Romualda Kęsiak,



5. Iwona Stefaniak



6. Katarzyna Maciołek



7. Aleksandra Przyciasa



8. Małgorzata Sowińska



9. Anna Wójciak

Absolwentki II-ego rocznika:



1. Elżbieta Olejniczak



2. Danuta Owczarek



3. Marzena Kończak



4. Magda Namysł



5. Barbara Stepien



6. Marzena Włodarczyk

Absolwentki III rocznika



1. Agata Sztama



2. Tamara Ogłoz



3. Elżbieta Kardecka



4. Krystyna Staszczuk



5. Barbara Nowakowska



6. Julia Klin

Zdjęcia ze spotkań sentymentalnych:



Rok 2001 od lewej: Katarzyna Maciołek, Aleksandra Przyciasa, Małgosia Teunissen, Małgorzata Fajerska, Ania Wójciak, Alicja Dera, Małgosia Schuhmacher- Ostrowska, Grażyna Łopatka, Dorota Kozanecka, Romka Kęsiak, Agnieszka Wójcik.
Rząd dolny: Małgorzata Sowińska, Bronia Kwasek – nauczyciel, Iwona Konieczna, Izabela Gracka, z przodu Alicja Buczkowska.



Od lewej: Łopatka Grażyna, Iwona Konieczna, Fajerska Małgorzata, Małgorzata Teunissen, u góry: Dorota Kozanecka i Małgorzata Ostrowska.



Na pierwszym planie: Anna Wójciak, Alicja Dera.



Rok 2011. Od lewej: Alicja Buczkowska, Katarzyna Stolarczyk, Romka Kęsiak, Anna Wójciak, Dorota Kozanecka, Bronisława Kwasek – nauczyciel – opiekun roku, Aleksandra Wrąbel- Jeziorska, Gosia Schuhmacher, Aleksandra Przyciasa. Z przodu Iwona Konieczna.



Katarzyna Stolarczyk, Alicja Buczkowska, Bronisława Kwasek, Romualda Kęsiak, Dorota Kozanecka.



Od lewej: Małgorzata Schuhmacher, Aleksandra Przyciasa, Aleksandra Wrąbel-Jeziorska.



Na zakończenie jeszcze jedno wspólne zdjęcie położnych pionu położniczo – ginekologicznego z lat 80-tych.



Rząd pierwszy: Zofia Pawlak, NN, Jerzy Rusiecki, Irena Szmaj, Elżbieta Wojnarowicz, Irena Rybiałek, NN, NN.

Rząd drugi: Halina Kupis, Sabina Sulińska, Barbara Drezner, Janina Szewczyk, Wiesława Ciborska, NN, Stanisława Kałuziak, NN.

Rząd trzeci: Anna Machała, Lech Jankowski, NN, Jadwiga Kasperska, NN, Józef Marcinkowski, Danuta Tyczyńska.

Rząd czwarty: Anna Cicha, NN, Janina Pisarska, NN, NN, NN.

Rząd piąty: Wiesława Podwysocka, NN.

Zachęcam do przeczytania poniżej zamieszczonych wspomnień.

**Serdecznie pozdrawiam
Elżbieta Pokora**

Wspomnienia pani Mirosławy Wierzbickiej

Na wstępie chciałabym bardzo serdecznie podziękować pani Elżbiecie Pokorze za poniesiony trud, poświęcenie tak wiele czasu i ogromne zaangażowanie w przygotowanie materiału przedstawiającego działalność „starego szpitala” przy ul. Nenckiego oraz prezentację personelu tam pracującego w latach 1950 – 1991.

Podziękowania należą się również pani Annie Augustyniak, przewodniczącej Izb Pielęgniarek, za udostępnienie stron biuletynu informacyjnego OIPiP, gdzie historia „starego szpitala” mogła być zamieszczona.

Ze szpitalem byłam związana zawodowo nie tylko ja, ale również moja rodzina. Mój dziadek, Józef Maciaszczyk, pracował w szpitalu jako portier a jego żona – moja babcia – Marianna Maciaszczyk była salową w oddziale noworodków. Było mi miło, kiedy niejednokrotnie słyszałam, że na jej dyżurach noworodki nie płakały i przesypiały całe noce. Niewątpliwie wynikało to z ogromnej empatii jaką w sobie miała i wrażliwości na potrzeby innych. Moja ciotka, Irena Ogińska, także była zawodowo związana ze szpitalem – pracowała jako pielęgniarka najpierw w Oddziale Chorób Wewnętrznych a później w Izbie Przyjęć.

Urodziłam się w 1956 r. w Sieradzu, właśnie w „starym szpitalu”. Wówczas Sieradz wyglądał całkiem inaczej niż obecnie. Miasto tworzył Rynek i ulice przyległe, tj. Warszawska, Dominikańska, Zamkowa, Kolegiacka i Kościuszki. Śmiało można powiedzieć, że wszyscy się znali, to był zupełnie inny świat. Ukończyłam Szkołę Podstawową nr 2 przy ul. Rycerskiej 4. Od 1971 r. kontynuowałam naukę w Liceum Medycznym mieszczącym się przy ul. Zamkowej 14. Dziś w tym miejscu znajduje się parking samochodowy. Mieszkałam przy ul. Rybnej, czyli przysłowiowy „rzut kamieniem” od szkoły. Tego domu też już dziś nie ma.

Ówczesne Liceum Medyczne było bardzo renomowaną szkołą, uczyły się w nim dziewczyny z całej Polski. Szkoła stawiała przed nami bardzo duże wymagania dotyczące nie tylko nauki, ale też ubioru służbowego i prywatnego. Pamiętam zatroskanie mojej mamy, kiedy wróciła z pierwszego zebrania rodziców z informacją, że każda z uczennic musi nosić granatowy płaszcz z tarczą na rękawie (jej obecność była skrupulatnie sprawdzana przy każdym wejściu do szkoły) i granatowy берет. W tym czasie sklepy świeciły pustkami, nie było gdzie kupić ani płaszcza, ani materiału na jego uszycie. Koniec końcem strój został zorganizowany, bo bez niego nie mogłabym uczęszczać do szkoły. Do wyboru takiej a nie innej szkoły, skłoniła mnie fascynacja pracą ciotki, o której wcześniej wspomniałam. Często podpatrywałam ją w czasie pracy, bardzo podobał mi się zawód pielęgniarki a najbardziej to, jak dystyngowanie wyglądała w białym, nienagannie wyprasowanym i wykrochmalonym fartuszkowi i czepku – symbolu tego zawodu, symbolu, który dziś odszedł w zapomnienie, którego dziś już nie ma. Na nic zdały się tłumaczenia ciotki, nauczonej doświadczeniem, że to zawód trudny, odpowiedzialny, ciężka praca i lepiej, żebym pomyślała nad innym wyborem. Z uporem trzymałam się raz podjętej decyzji i podążałam wyznaczoną ścieżką. Z upływem lat, mimo wysokich wymagań i reżimu panujących w szkole, okres nauki wspominam bardzo miło. Z dużym sentymentem myślę o gronie pedagogicznym – pani dyrektor Halinie Gonerze, wicedyrektorze Marii Balcerzak, kierowniku szkolenia praktycznego Irenie Zalc jak i pozostałych nauczycielkach i instruktorkach zajęć praktycznych. Wszystkie były miłe, ciepłe i przyjazne. Pamiętam nasze, uczennic prerażenie, kiedy dowiedziałyśmy się, że będziemy zdawać jednocześnie maturę i bronić dyplomu w klasie piątej. Był to swego rodzaju eksperyment, bo do tej pory regułą było zdawanie matury w klasie czwartej a obrona dyplomu rok później. Ta innowacja była dla nas wielkim wyzwaniem i pociągała za sobą ogrom nauki i chociaż udało się to zrobić, dyrekcja szkoły widząc, że jest to ponad siły nie tylko uczennic, ale i nauczycieli, postanowiła odstąpić od tego novum i powrócić do starego systemu egzaminów.

Liceum Medyczne ukończyłam w czerwcu 1976 roku i w sierpniu podjęłam pracę w szpitalu przy ul. Nenckiego, w Oddziale Reumatologii. Nie trwało to jednak długo.

Z początkiem 1977 roku złożyłam wizytę naczelnej pielęgniarce z prośbą o zmianę oddziału. Była nią wówczas pani Zofia Pawlak, wspaniała osoba, którą darzyłam i darzę do dziś wielkim szacunkiem. Pamiętam, że zmarszczyła brwi, uśmiechnęła się i powiedziała: „Dobrze, pójdziesz na oddział, gdzie nie raz zapomnisz jak się nazywasz”. Tak zaczęła się moja praca w oddziale zabiegowym – Oddziale Ginekologii.

Mieścił się on na II piętrze szpitala przy Oddziale Położnictwa Septycznego. Ordynatorem był dr n. med. Jerzy Rusiecki, oddziałową Sabina Sulińska a personel średni tworzyły same pielęgniarki. Zaczęłam pracę w systemie dyżurowym 8-godzinny, na „odcinku”. Nie było wówczas tzw. „dwunastek”, zostały wprowadzone dopiero później. Nie było też żadnej opieki i „wprowadzania” w pracę oddziału dla nowicjuszy, jak ma to miejsce dzisiaj w okresie tzw. adaptacyjnym. Kiedy odbyłam dwa dyżury „ranne” zachorowała koleżanka dyżurująca w godzinach nocnych i pani oddziałowa przydzieliła mi jej dyżur. Okazało się, że pełnię go z salową, panią Janką Woźniak, bardzo oddaną pracy, opiekuńczą i pomocną, jednak pełniącą dyżur po raz pierwszy po urlopie macierzyńskim. Krótko mówiąc, obie byłyśmy chętne do pracy i oddane jej całym sercem, jednak mówiąc kolokwialnie – „zielone”. To był pierwszy dyżur, który zapamiętałam do dzisiaj – spełniło się to, co powiedziała pani naczelna zmieniając mi przydział oddziału. Nadśluuchiwałam i modliłam się w duchu, żeby było spokojnie, żeby nic się nie wydarzyło. I oczywiście stało się inaczej. Usłyszałam trzaśnięcie drzwi od windy i głos koleżanki z Izby Przyjęć. Pchała wózek z pacjentką i krzyczała, żeby wołać lekarza bo „jest ciąża pozamaciczna”. Wjechałyśmy na salę zabiegową, a ja w myślach zadawałam Bogu pytanie „co robić?!”. Adrenalina sprawiła, że zaczęłam działać instynktownie i z pełną świadomością tego, co robię: zmierzyłam parametry życiowe pacjentki, założyłam wkłucie do żyły. Salowa przywołała lekarza. Dyżur miał wtedy dr Klejny – kolejny wspaniały człowiek, cierpliwy i spokojny. Zjawił się natychmiast. Przedstawiłam się i powiedziałam, że jestem „nowa”, a to jest mój trzeci (!) dyżur, co zrobiłam przy pacjentce i że nie wiem, co dalej mam robić. Słyszałam jak drżał mi głos. Pan doktor uśmiechnął się z właściwym sobie spokojem i powiedział: „Nie martw się dziecko, spokojnie, ja ci wszystko powiem i zapamiętasz do końca życia, co się robi przy takim rozpoznaniu”. I faktycznie tak było. Pacjentka trafiła na blok operacyjny, po dziesięciu dniach wyszła do domu zdrowa, a ja pamiętam słowa doktora do dziś.

Mogę śmiało powiedzieć, że praca w tym oddziale, przy ówczesnym poziomie techniki, była bardzo ciężka. Niejednokrotnie na oddział przyjmowaliśmy po dziesięć pacjentek, w tym z ciężkimi krwotokami. Praca była trudna, brakowało sprzętu, ten który był trzeba było samemu sterylizować – nie było komórki takiej jak dziś i w takim rozumieniu – Centralnej Sterylizatorni, do której oddawało się cały sprzęt i odbierało czysty i sterylny.

Po 7 latach pracy w oddziale, w 1983 r., przeszłam do pracy w sali zabiegowej. Pracowałam w systemie ośmiogodzinnym, w godzinach od 7:00 do 15:00 i od tego czasu zastępowałam też pielęgniarkę oddziałową.

Nie było wówczas osobnej ginekologicznej izby przyjęć. Wszystkie pacjentki były przyjmowane do szpitala w izbie przyjęć ogólnej, następnie trafiały do ginekologicznej sali zabiegowej gdzie były przyjmowane na Oddział Ginekologii. Trzeba było każdej wystawić zlecone badania i rozpisać zlecenia. Każda pacjentka była badana ginekologicznie, wykonywane były tzw. „zabiegi małe”. Dopiero po tych czynnościach pacjentka trafiała na przydzieloną jej salę. Każdego dnia oprócz przyjmowania pacjentek, w gabinecie zabiegowym odbywały się badania i zabiegi z oddziału. Pracy było ogrom i trzeba ją było wykonać do godz. 15:00. Po skończonych badaniach należało umyć, wysuszyć i wytalkować rękawice, umyć i wysuszyć narzędzia, a następnie spakować je w tzw. „pakiety” do zabiegów i opisać.

Część narzędzi trafiała do sterylizacji, a raczej jej namiastki (mieściła się w małym pomieszczeniu i zwożono tam sprzęt ze wszystkich oddziałów), a część sterylizowała się w oddziale. Sterylizator na oddziale był mały, mieściło się w nim niewiele narzędzi, a że i tych było mało, sterylizować trzeba było na okrągło. Sytuacje, że musiałam to robić sama były nagminne, niejednokrotnie nie było żadnej pomocy, bo na dyżurze był jedna salowa, która sama miała ogrom pracy w oddziale. Do dziś pamiętam swoje zmarznięte i „zgrabiałe” od zimnej wody dłonie, bo w takiej myło się narzędzia. Problem był także z materiałami opatrunkowymi. Na oddział dostarczany był wielki kawał gazy, który trzeba było pociąć zwykłymi nożyczkami, złożyć z tego gaziki różnej wielkości i zapakować w puszkę do sterylizacji. Pęcherze i zgrubienia na palcach od ściskania nożyczek były na porządku dziennym, więc kiedy otrzymałyśmy nożyce elektryczne, cieszyłyśmy się jak dzieci. Oprócz składania wacików z gazy trzeba też było składać ligninę, robić waciki i różnej wielkości tzw. paluchy z waty. Zrobiony materiał opatrunkowy pakowało się do metalowych puszek i sterylizowało.

Drugi dyżur, który również do dziś pamiętam, związany był z pacjentką, którą przygotowywałam do zabiegu operacyjnego. W przeddzień operacji, kiedy wykonywałam przy niej czynności przygotowujące do zabiegu, złapała mnie za rękę, popatrzyła głęboko w oczy i powiedziała ze spokojem coś, co zmroziło mi krew w żyłach: „Siostró, ja tej operacji nie przeżyję”. Mimo iż przeszedł mi dreszcz po plecach, próbowałam ją pocieszyć, wesprzeć i tłumaczyłam, że wszystko będzie dobrze, że rozumiem jej obawy i wszyscy tak mówią, że to operacja często wykonywana w oddziale ginekologii (chodziło o usunięcie mięśniaków macicy), ale ona tylko mnie słuchała i powiedziała na koniec z przeczcuciem granicznym niemalże z pewnością: „Ja wiem swoje”. Następnego dnia musiałam zastąpić koleżankę na dyżurze popołudniowym. Żeby przejść do szatni, która znajdowała się w oddziale, musiałam minąć salę pooperacyjną, na którą wszystkie pacjentki trafiały bezpośrednio po operacjach (nie było wówczas sal wybudzeń przy bloku operacyjnym). Odruchowo spojrzałam w jej stronę i od razu mój wzrok utkwiał na pustym, zasłanym równiutko łóżku, na którym leżały poskładane rzeczy osobiste pacjentki. Zapytałam gdzie ona jest, chociaż podświadomie wiedziałam co się mogło stać. Usłyszałam odpowiedź, że nie wróciła po operacji, bo w jej trakcie wystąpił u niej masowy krwotok, nie do opanowania i nie przeżyła. Poczułam znowu ten sam dreszcz na plecach, co podczas wczorajszej rozmowy z nią. Nogi się przede mną ugięły i w uszach zadźwięczały mi słowa: „Siostró, ja tej operacji nie przeżyję”. Długo nie mogłam dojść do siebie. Ta pacjentka była sieradzaną, do dziś pamiętam jej nazwisko, a na Dzień Wszystkich Świętych zapalam znicz na jej grobie.

Wracając do tematu sali pooperacyjnej muszę dodać, że do chwili wybudzenia się pacjentek po operacjach pomagały nam w dozorze pielęgniarce anestezjologiczne dochodzące z bloku operacyjnego. Nie mogę w tym miejscu nie wspomnieć o pani Teresie Munarczyk oraz pani Grażynie Warzecha – lekarce anestezjologii – obie zawsze miłe, uśmiechnięte i służące pomocą oraz radą.

Praca była ciężka, często po operacji trzeba było nadzorować po kilka pacjentek jednocześnie, a oprócz tego mieć pieczę nad pacjentkami leczonymi w oddziale. I podobnie jak w sali zabiegowej tak i w pooperacyjnej brakowało sprzętu jednorazowego użytku. Wszystko trzeba było przygotować samemu, począwszy od mycia narzędzi przez suszenie po sterylizację. Z małego sterylizatora w sali zabiegowej korzystał cały oddział (część narzędzi sterylizowano w sterylizatorni szpitalnej). Praca ta była możliwa do wykonania także dzięki pomocy pań salowych, które sprzęt przeznaczony do sterylizacji w sterylizatorni zawoziły a później przywoziły z powrotem. Pomagały nam jak tylko mogły, chociaż same ciężko pracowały dbając o czystość, a każdą z czynności sprzątnięcia wykonywały ręcznie, nie było żadnych sprzętów ułatwiających sprzątnięcie takich jak myjki, kombajny do mycia podłóg itp.

Z wielkim sentymentem wspominam koleżanki pielęgniarki, m. in.: Henię Proszewską, Kysię Nogalę, Wiesię Krawczyk, Grażynę Kubiak, Ewę Stachurę, Kysię Krawczyk, Gabrysię Zasię oraz lekarzy: ordynatora Jarzego Rusieckiego, jego zastępcę Jerzego Klejnego, Jadwigę Ropegę, Jerzego Stępińskiego, Stefana Warzechę, Pawła Pietruszenko, Janusza Urbańskiego, Andrzeja Kozaneckiego, Marię Raszkę, Romana Kozaka, Marka Murawę, Zofię Jakse, Beatę Zwolińską, Agnieszkę Krysztofińską, Halinę Skrzypińską, Andrzeja Jankiewicza i Cezarego Dutkowskiego. Niestety, niektórych z nich już nie ma wśród nas, ale taka kolej rzeczy.

Jeśli chodzi o samą pracę, to z każdym rokiem stawała się lżejsza, co wynikało z racji zdobywanego doświadczenia i umiejętności i chociaż stres był nieodłącznym towarzyszem tej pracy, to z czasem nauczyłam się i nad nim panować. Do pracy w oddziale przychodziła nowa kadra, wiele położnych i pielęgniarek odbywało praktyki w sali zabiegowej. Wprowadzałam je w zawód, uczyłam i pokazywałam pracę od strony praktycznej. Czynności te wykonywałam w ramach podpisanej z Liceum Medycznym umowy, gdyż brakowało nauczycieli zawodu i szkoła korzystała z pomocy doświadczonych pielęgniarek w tym zakresie. Zmianie ulegały też same warunki pracy, pojawiała się doskonalsza aparatura, sprzęt jednorazowego użytku itp.

Nie wiadomo kiedy przyszedł rok 1990 i 15 lutego rozpoczęłam pracę w nowym, wówczas „w budowie” szpitalu, jako starsza pielęgniarka. Powierzono mi zadanie przygotowania do uruchomienia Oddziału Ginekologii. 01.08.1990 r. zostałam powołana na stanowisko pielęgniarki oddziałowej. Zgodnie z poleceniem wspólnie z koleżankami przygotowałyśmy oddział do pracy. Został on uruchomiony w październiku 1990 r.

W trakcie pełnienia funkcji oddziałowej pielęgniarek i położnych cały czas podnosiłam swoje kwalifikacje. Posiadając uprawnienia audytora wewnętrznego, brałam czynny udział we wprowadzaniu w szpitalu norm systemu zarządzania jakością, tzw. ISO, a dzięki ukończonej w Warszawie w 1995 roku „Specjalizacji z organizacji i zarządzania” zostałam specjalistą do spraw organizacji i zarządzania, co bardzo mi pomogło w pełnieniu funkcji kierowniczej.

W Oddziale Ginekologii pracowałam do czasu odejścia na emeryturę, tj. do 2017 r., tak więc poświęciłam tej pracy (łącznie w „starym” i „nowym” szpitalu) 41 lat swojego życia.

Jak w każdej pracy były takie okresy, które wspominam z uśmiechem i takie, o których wolałabym nie pamiętać. Mimo tego, że praca w szpitalu przy ul. Nenckiego była znacznie trudniejsza, to właśnie tamten czas wspominam z największym sentymentem. Ile razy jestem w tym miejscu przelatują mi przez głowę, jak kadry z taśmy filmowej, wydarzenia z tamtego okresu. Ludzie tam pracujący tworzyli jedną, wielką rodzinę: ciepłą, życzliwą, wzajemnie się wspierającą i pomocną, kiedy działo się źle. Nikt z nikim nie rywalizował i nie musiał udowadniać swojej wartości. Każdy czuł się tam „na swoim miejscu”, a co najważniejsze, czuł się potrzebny. Tam stawiałam swoje pierwsze kroki w życiu zawodowym, tam rodziłam swoje córki.

Zawsze lubiłam i lubię pomagać innym, i robię to do dziś. Teraz zajmuję się pomocą ludziom niepełnosprawnym i ta praca także daje mi zadowolenie, bo na każdym kroku spotykam się z wdzięcznością wyrażoną uśmiechem na twarzach moich podopiecznych.

A gdyby spytano mnie, czy gdybym miała taką możliwość wybrałabym inny zawód, odpowiedziałabym – zdecydowanie „nie”.

Serdecznie pozdrawiam Mirosława Wierzbicka

Wspomnienia pani Ireny Zalc

W pierwszej kolejności dziękuję grupie Osób ogarniętych „Pasją dla Sieradza”, a przede wszystkim p. Andrzejowi Sępniowi za zaproszenie mnie na uroczysty dzień wspomnień dotyczących 600-lecia służby zdrowia w Sieradzu. Spotkanie miało miejsce 6 października w Muzeum Ziemi Sieradzkiej i poprzedzone było Mszą Św. Odprawioną w sieradzkiej Kolegiacie – obecnej Bazylice Mniejszej.

Moja, a właściwie nasza obecność w Sieradzu, bowiem mój mąż śp. Jan Zalc, był lekarzem. Ewunia – też przyszły lekarz była już powołana do życia i miała przyjść na świat jako sieradzanka w roku 1958.

„Stary szpital” – jak się go teraz nazywa, był wówczas dla nas obiektem pożądanym. Przyjął nas w jego progi dyrektor szpitala dr Leszek Rybiński, a sztandarowymi lekarzami i przedwojenną kulturą bycia byli dr Władysław Milewicz, dr Jan Felchner, dr Jan Kaszyński i dr Kazimierz Trybuchowski.

W owym czasie „nowoczesny szpital sieradzki” przytulony do jeszcze starszego szpitala św. Józefa z zabytkową kaplicą i Matką Bożą przed jego frontem, po ośrodku zdrowia w Graczach w woj. opolskim, gdzie pracę trzeba było rozpoczynać od palenia w piecach kaflowych i rozmrażania zamarzłej przez noc wody w szklankach, spostrzegany był przez nas jak przytulisko życiowe.

Na ostatnim piętrze szpitala zaoferowano nam pokój mieszkalny z dostępem do wspólnej łazienki z wanną i ciepłą wodą.

Dla nas był to raj na ziemi – ogrzewany pokój, ogrzewana łazienka, połączenie kolejowe z Łodzią, gdzie mieszkali nasi rodzice i pozostała rodzina – to były nasze wstępne osiągnięcia.

Pracę rozpoczęłam od oddziału chirurgicznego i od szczegółowego przedstawienia mojej drogi zawodowej na porannej odprawie całego personelu w gabinecie ordynatora oddziału dr Jana Felchnera.

Pan doktor zainteresowany był przede wszystkim moim stażem zawodowym, a był on już trzyletni. Dopytywał się dlaczego zrezygnowałam z pracy w szpitalu wieluńskim i rozpoczęłam wędrowkę po placówkach służby zdrowia. Dziś uświadamiam sobie jak ważne były to elementy rozpoznawania pracownika – jego zalet i wad, postawy życiowej i stosunku do pracy.

Intuicyjnie czułam wówczas pytanie: „Czy nie jest pani tylko roszczeniowcem wiecznie poszukującym i ciągle niezadowolonym?”. Dalsze zadawanie pytań przerwał dr Bochniak mówiąc, że „pani jest żoną naszego kolegi i pewnie ta okoliczność spowodowała pani wędrowkę”.

Po jednym dniu pracy w oddziale chirurgicznym pojawiły się okoliczności, które spowodowały, że poproszono mnie o przyjęcie stanowiska pielęgniarki oddziałowej na oddziale noworodków.

Lekarzami, ordynatorami tegoż oddziału byli w kolejności: pani dr Bochniak, dr Lemański (ojciec chrzestny naszej córki), dr Strzemieczny i dr Kabalska.

13 sierpnia 1958r. przyszła na świat nasza córka Ewa (imię to podpowiedział dr Rusiecki – ordynator oddziału położniczego). Ewunia rozpoczęła swoje życie w gronie cioc i wujków zamieszkujących w pokojach w jednym skrzydle trzeciego piętra (w drugim skrzydle mieściła się świetlica z małym telewizorem i przylegająca do niej biblioteka i zbiorami archiwalnymi).

Naszymi współlokatorami byli między innymi: dr Strzemieczny, dr Szeliga, dr Wajs z żoną, też lekarzem, dr Lemański z żoną, pani Teresa Nowicka – przyszła oddziałowa oddziału pulmonologicznego, z koleżankami, które potrafiły zaopiekować się czasami naszą córką, a nam udostępnić np. wypad do kina.

Pamiętam, że od początku wśród mieszkańców trzeciego piętra panowała serdeczność i zdolność dzielenia się dobrem z drugim człowiekiem.

Wspominam np. sytuację zaistniałą jeszcze przed narodzeniem naszego dziecka. Dr Strzemieczny z dr Szeligą zaproponowali nam wówczas zamianę naszych miejsc zamieszkania. W otrzymanym wówczas dużo większym pokoju łatwo było nam

zorganizować kącik dla naszego niemowlaka. Odwiedzająca nas rodzina twierdziła nawet, że mieszkamy „jak u Pana Boga za piecem”. Stołówka szpitalna za niewielką opłatą gwarantowała nam całodzienne wyżywienie, a „mieszanki” dla dziecka w początkowym okresie jego rozwoju też były dostępne.

Przełomowym rokiem w naszym życiu był rok 1962. Przede wszystkim pojawiła się perspektywa otrzymania, po wyjeżdżającym do Bolesławca doktorze Bochniak, mieszkania z kuchnią, łazienką i ogrzewaniem piecowym. Mieszkanie dalekie było od komfortu, ale cieszyło. Po pewnej modernizacji (założenie własnego centralnego ogrzewania) służyło nam przez wiele lat.

Zmieniły się też warunki naszej pracy zawodowej. Mąż mój, lek. med. Jan Zalc zaczął specjalizację na oddziale pulmonologicznym, a po zdobyciu tytułu specjalisty stał się pełnoprawnym ordynatorem tego oddziału leczniczego.

Mnie powołano (myślę, że wzięto pod uwagę moje świadectwo dojrzałości Liceum Pedagogicznego) do współorganizowania Zasadniczej Szkoły Asystentek Pielęgniarskich. Pierwszym dyrektorem tej szkoły była lek. med. M. Mikołajczyk, a do grona współorganizatorów należały jeszcze: p. Maria Balcerzak – oddziałowa oddziału niemowlęcego i p. Bronisława Spętana z oddziału chirurgicznego. Szpital sieradzki stał się odtąd „przysłuliskiem” dla powstającej szkoły.

Wszystkie pomieszczenia służące nauczaniu tematycznemu, ćwiczeniom i administrowaniu były na terenie szpitala. Sala wykładowa mieściła się w świetlicy, sala ćwiczeń przyłóżkowych w dawnym naszym pokoju mieszkalnym, pokój kierownika szkolenia, dyrektora i pokój nauczycielski w gabinecie siostry przełożonej, a administracja szkoły połączona była z administracją szpitala personalnie i pomieszczeniowo. Pracownikami pełnoetatowymi w szkole były p. Bronisława Spętana i Irena Zalc.

W szkoleniu teoretycznym współpracowali ze szkołą lekarze i nauczyciele przedmiotów ogólnokształcących: pani Maria Berska, państwo Marcowie, pani Nowakowska. Na gimnastykę chodziły uczennice do Liceum Ogólnokształcącego im. K. Jagiellończyka. Szkoła była dwuletnia i od drugiego roku rozpoczynało się szkolenie przy łóżku chorego. Na tym odcinku współpraca ze szpitalem była wspaniała.

Kolejni dyrektorzy szpitala począwszy od dr-a Leszka Rybińskiego, dr-a Zbigniewa Gruntmayera, ordynatorzy oddziałów, pielęgniarki oddziałowe, przełożone pielęgniarek – wymienię w tym miejscu panią Natalię Dudczak, p. Irenę Rybiałek i p. Zofię Łuczak – tworzyli atmosferę olbrzymiej przychylności i zrozumienia dla potrzeb szkoły, która z latami bardzo się zmieniała. Przede wszystkim awansowała do tytułu Liceum Pielęgniarstwa. Zyskała dla swoich potrzeb inne warunki lokalowe i kadrowe, ale ze szpitalem, bazą szkolenia praktycznego, utrzymywała wciąż żywą łączność.

Byli w szpitalu lekarze, którzy wykazywali się własną inicjatywą szkoleniową np. dr Jerzy Urbański, dr Hofman.

Szkołę opuszczały kolejne roczniki uczennic, a przełożone szpitala np. p. Irena Rybiałek potrafiły określać szkołę tytułem „naszej szkoły”.

Irena Zalc

Sieradz, 27.10.2017r.

*„Umiera się nie po to, by przestać żyć,
lecz po to, by żyć inaczej”*

Z wielkim bólem przyjęliśmy wieść o śmierci naszego kolegi,
Wiceprzewodniczącego Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Pile VI i VII
kadencji, Przewodniczącego I, II, IV i V kadencji,
Członka Prezydium Komitetu Organizacyjnego NIPiP

T O M A S Z A B A R A N A

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych
Ziemi Sieradzkiej

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

Z głębokim żalem zawiadamiamy, że odeszła od nas nasza
Koleżanka Pielęgniarka

R Ó Ż A K A Ź M I E R S K A

Rodzinie i bliskim wyrazy współczucia i wsparcia
składają koleżanki i koledzy z powiatu łaskiego

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

Z głębokim smutkiem i żalem żegnamy naszą Koleżankę, Pielęgniarkę

J O L A N T A S Z Y M A N E K

koleżanki i koledzy
z powiatu łaskiego

*„To nic, że odszedłeś,
w moim sercu będziesz żył zawsze”*

Wyrazy głębokiego współczucia i wsparcia
dla naszej Koleżanki

D O R O T Y W A S Z C Z Y Ń S K I E J

z powodu śmierci

T A T Y

składają koleżanki i koledzy, pielęgniarki i położne
