

Biuletyn

3/2020

KWARTALNIK OKRĘGOWEJ IZBY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH z siedzibą w Kaliszu

W NUMERZE:

- KOMUNIKOWANIE SIĘ Z OSOBAMI
W PODESZŁYM WIEKU**
- OPINIA PRAWNA DLA
PIELĘGNIAREK POZ**
- BOHATERSTWO NIEJEDNO MA
IMIĘ – PRACA PIELĘGNIARKI
W SZPITALU JEDNOIMIENNYM**
- PRZYKŁADOWY ZESTAW
ĆWICZEŃ WZMACNIAJĄCY
KRĘGOSŁUP
W ODCINKU LĘDŹWIOWO-
KRZYŻOWYM**

Komunikowanie się z osobami w podeszłym wieku	4
Opinia prawna dla pielęgniarek POZ	8
Bohaterstwo niejedno ma imię – praca pielęgniarki w szpitalu jednoimiennym	14
Stanowisko nr 40 NRPiP	18
Stanowisko nr 44 NRPiP	20
Przykładowy zestaw ćwiczeń wzmacniający kręgosłup w odcinku lędźwiowo-krzyżowym	26

Numer Konta bankowego
75 10 20 2212 0000 5402 0092 6485

Jeśli chcesz być dobrze poinformowany/a
wejdź na naszą stronę internetową:

www.oipip.kalisz.pl

Biuro Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych

czynne: od poniedziałku do piątku
w godzinach 7⁰⁰ - 15⁰⁰

Sekretarz ORPiP

przyjmuje interesantów:
od poniedziałku do piątku 7⁰⁰ - 11⁰⁰

Skarbnik OIPiP

urzęduje we wtorki i środy w godz. 15⁰⁰ - 18³⁰

Dyżury Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych
62-800 Kalisz, ul. Korczak 4a
tel. (0 62) 757-04-31
w drugą i czwartą środę miesiąca
od godz. 14⁰⁰ do 15⁰⁰

Radca Prawny OIPiP z siedzibą w Kaliszu

- porady w zakresie prawa pracy oraz przepisów
związanych z wykonywaniem zawodu w każdą środę
w godz. 14⁰⁰ do 16⁰⁰.

Dyżury

Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych:

Przewodnicząca Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych
pełni dyżur w pierwszy i czwarty poniedziałek miesiąca
w godz. 13⁰⁰ do 15⁰⁰

Zespół redakcyjny w składzie:

Krystyna Połomska
Marek Przybył

Adres:

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych
z siedzibą w Kaliszu
ul. Korczak 4a, 62-800 Kalisz
tel./fax: (62) 757 04 31
www.oipip.kalisz.pl
e-mail: izba@oipip.kalisz.pl

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Kaliszu
nie ponosi odpowiedzialności za treść oraz ofertę firm
oferujących pracę, zamieszczone w Biuletynie OIPiP.

Redakcja zastrzega sobie prawo skracania i opraco-
wywania tekstów. Redakcja nie odpowiada za treść
ogłoszeń o konkursach na stanowiska kierownicze
w ochronie zdrowia.

Data wydania:

LIPIEC 2020

Nakład:

750 egz.

Druk:

Drukarnia „Kalgraf” s.c., 62-800 Kalisz, ul. Górna 2a
tel.: 62 757 31 07, fax: 62 768 36 70



Szanowne Koleżanki i Koledzy,

Mijają kolejne miesiące szczególnego czasu – czasu epidemii. Jest to szczególnie czas, kiedy nasze wysiłki kierujemy w stronę rzeczy najważniejszych, jakimi jest ochrona zdrowia i życia nas, naszych najbliższych oraz osób potrzebujących, zdanych często jedynie na naszą pomoc. Sytuacja epidemiczna w kraju, związana z rozprzestrzenianiem się koronawirusa SARS-CoV-2, jest bardzo dynamiczna i zmierza w niebezpiecznym kierunku. Realizacja opieki pielęgniarskiej i położniczej w sytuacji tak olbrzymiego zagrożenia oraz przemęczenia powodowanego niedoborem kadr, potęgowanego licznymi zakażeniami i nieustannymi kwarantannami, wymaga od pielęgniarek, pielęgniarzy, położnych ogromnego zaangażowania oraz odpowiedzialności. Nadal nie rozwiązane pozostają palące kwestie wykonywania zawodu pielęgniarek i położnych, szczególnie w podstawowej opiece zdrowotnej, które mają wpływ na bezpieczeństwo pracy.

W imieniu Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Kaliszu, składam serdeczne podziękowania oraz słowa największego uznania za wysiłek i trud jaki wkładacie codziennie w wykonywane obowiązki, w obliczu zagrożenia jaki jest zakażenie SARS-CoV-2. W kombinezonach, maskach, goglach, przyłbicach, kolejnych parach rękawic, trudni do rozpoznania, jedynie oczy pełne troski zdradzają, że za zewnętrznym przykryciem, tam w środku, stoi PIEŁĘGNIARKA, PIEŁĘGNIARZ, POŁOŻNA, POŁOŻNY – CZŁOWIEK, ze swoimi słabościami, emocjami, bólem, lękiem, strachem..... Mimo wszystko stoi i trwa, walczy, by jeszcze było normalnie, może inaczej, ale pięknie. Wyjątkowość całej tej sytuacji zbliża nas do siebie i mobilizuje, ponieważ nasza odpowiedzialność za bezpieczeństwo, zdrowie i życie swoje nawzajem, najbliższych i pacjentów jest teraz jeszcze większa niż dotychczas.

Chichot losu sprawił, że w tym numerze przewidzieliśmy wspomnienia z czasu, kiedy Wojewódzki Specjalistyczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej Chorób Płuc i Gruźlicy w Wolicy był szpitalem jednoimiennym, jak widzimy historia się szybko powtórzyła, mam nadzieję, że nasze Koleżanki i Koledzy silniejsi doświadczeniem wrócili do ciężkiej pracy w kombinezonach. Dla wielu osób w szpitalach powiatowych, gdzie powstały oddziały dla pacjentów zakażonych COVID-19, są to w tej chwili nowe warunki.

W tych wyjątkowych okolicznościach, przebywając w izolacji domowej, życzę Państwu przede wszystkim zdrowia oraz bezpieczeństwa pracy, a także wytrwałości, aby okres pandemii minął jak najszybciej i bezpowrotnie, byśmy mogli wrócić do wypełniania codziennych obowiązków zawodowych bez zagrożenia, w spokoju i normalności.

Przewodniczący Okręgowej Rady
Pielęgniarek i Położnych w Kaliszu
(-) Marek Przybył

Z ostatniej chwili!!

Wojewoda Wielkopolski pilnie poszukuje dodatkowych pracowników medycznych, którzy byliby kierowani do pracy w szpitalu tymczasowym na terenie Międzynarodowych Targów Poznańskich koordynowanym przez Wielospecjalistyczny Szpital Miejski im. Józefa Strusia przy ul. Szwajcarskiej 3 w Poznaniu.

Osoby chętne proszę zgłaszać się mailowo na adres: medycy@poznan.uw.gov.pl przeznaczony w Wielkopolskim Urzędzie Wojewódzkim w Poznaniu do przyjmowania zgłoszeń osób zainteresowanych pracą przy zwalczaniu epidemii.

KOMUNIKOWANIE SIĘ Z OSOBAMI W PODESZŁYM WIEKU

„Jeśli pragniemy porozumienia z innymi, musimy zdawać sobie sprawę, że różnimy się od siebie pod względem sposobu postrzegania świata i niech ta prawda będzie wskazówką przy wszelkich kontaktach z ludźmi”

Anthony Robbins

Starość jest niepopularnym tematem. Choć ludzi w sędziwym wieku przybywa, w mediach, ochronie zdrowia i nauce obecność tego tematu wciąż jest niewystarczająca.

Starzenie się jest naturalnym procesem w życiu człowieka. Wydłużające się życie człowieka powoduje, że coraz więcej osób w podeszłym wieku wymaga opieki.

Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, World Health Organization) starość dzieli się na trzy okresy: wiek podeszły (60–75 lat), starość (75–90 lat) i wiek sędziwy (powyżej 90. roku życia).

Starość można rozpatrywać z perspektywy trzech wymiarów: organicznego (biologicznego), psychologicznego i społecznego. Pierwszy z wymienionych dotyczy stanu somatycznego osób starszych. Drugi wiąże się z następstwami zmian organicznych dla psychicznego funkcjonowania człowieka starego, a ostatni sprowadza się do pytania o miejsce i rolę osoby starej w społeczeństwie.

Sprawowanie opieki pielęgniarskiej nad osobami w starszym wieku ze względu na wystąpienie złożonych problemów zdrowotnych, pielęgnacyjnych jak i społeczno-psychologicznych jest wyzwaniem. Opieka ta wymaga od personelu medycznego znajomości procesu starzenia, cech charakterystycznych występujących w tej fazie życia, znajomości zagadnień z zakresu pedagogiki, psychologii jak również medycyny.

Umiejętność porozumiewania się jest ważnym narzędziem w opiece nad osobami starszymi.

Każdy z nas codziennie porozumiewa się z wieloma ludźmi. Jesteśmy przekonani, że wszystko co mówimy, dociera do naszego rozmówcy i jest rozumiane tak, jak sobie tego życzymy. Rozmowy z innymi wydają się nam czymś oczywistym. Dopiero, gdy pojawiają się trudności, zastanawiamy się, co takiego się dzieje, że jesteśmy niewłaściwie rozumiani.

Każdego dnia personel medyczny pracujący w ochronie zdrowia staje w obliczu dylematów komunikacyjnych w relacjach z pacjentami w starszym wieku. Senior seniorowi nierówny, jak oceniają pracownicy ochrony zdrowia. Przyjmując jednak ogólne założenia opieki, nie można zapominać, że każdy pacjent jest odrębną i niepowtarzalną jednostką, dlatego nasze działania powinny mieć charakter zindywidualizowany i holistyczny, z uwzględnieniem jego potrzeb fizycznych, społecznych, psychicznych, duchowych i kulturowych.

Komunikacja jest procesem wymiany informacji w sposób werbalny i niewerbalny. Proces ten można analizować na

wielu poziomach, z uwzględnieniem komunikatów bezpośrednich i pośrednich.

Antoni Kępiński w swoich pracach zauważył, że właściwa postawa wobec pacjenta jest najistotniejszym momentem postępowania medycznego wpływającym zarówno na sam efekt, jak i całe leczenie. Kluczową zatem kwestią w kontakcie z pacjentem jest podejście personelu medycznego, opiekunów, sposób traktowania pacjenta, chęć porozumienia się z nim.

Opiekuna sprawującego opiekę nad człowiekiem starym powinno cechować m.in. zaufanie, empatia i akceptacja.

Komunikacja jest tym samym „narzędziem” pracy, jak każde inne, którego stosowania każdy jest w stanie się nauczyć. Krystyna de Walden-Gałuszko wskazuje, że dobra komunikacja z pacjentem stanowi o jakości sprawowanej wobec niego opieki. Właściwa komunikacja z pacjentem wpływa na:

- kompletność wywiadu klinicznego, a także trafność diagnozy,
- reakcje pacjenta wobec zaproponowanego leczenia działań pielęgnacyjnych i opiekuńczych,
- współpracę z nim oraz jego zadowolenie.

Okres starości obfituje w wiele problemów, wśród których jednym z nich jest samotność. Spotykając się z personelem medycznym człowiek stary oczekuje od niego zainteresowania i wsłuchania się w jego problemy.

Niekiedy kontakt z pacjentem w podeszłym wieku jest utrudniony ze względu na ograniczenia narzucone procesem starzenia (np. utrata słuchu, wzroku, niezdolność ruchowa itp.) lub wycofującą postawę, rezygnację z życia.

W relacji pacjenta z personelem medycznym można wyróżnić trzy

grupy osób starszych:

- osoby współpracujące – to osoby zdające sobie sprawę, że on i personel medyczny posiadają wspólny cel – poprawę stanu zdrowia, wyleczenie. Stosuje się one do wszystkich zaleceń i sygnalizują mu zauważone podczas terapii objawy.
- osoby bierne – nie jest zainteresowane i zaangażowane we współdziałanie. Ograniczają się do zażywania leków czy udziału w zabiegach leczniczych.
- osoby niewspółpracujące – wydaje się im, że wiedzą najlepiej, co jest dla nich dobre, jakie leki mają zażywać. Ta grupa najczęściej stawia opór wobec zaleceń pielęgniarki, lekarza, opiekuna.

Barierzy w komunikacji ze starszym pacjentem

Komunikacja z pacjentem z zaburzeniami mowy

Mowa niewyraźna, zwana dyzartrią, to zaburzenia artykulacji polegające na nieprawidłowej wymowie pewnych dźwięków lub niewłaściwym rytmie mowy. Pacjent rozumie, co się do niego mówi i potrafi bezbłędnie formułować słowa, dźwięki, ale ma trudności z ich artykułowaniem. Przyczyną dyzartrii są zmiany w obrębie warg, policzków, podniebienia, języka, w jamie gardła i jamie nosowej, brak łożbienia, jak również schorzenia krtani, strun głosowych i tchawicy, parkinsonizm. W zespołach parkinsonowskich zmienia się m.in. siła i modulacja głosu, mowa staje się monotonna, bezbarwna i cicha. W rozmowie z pacjentem dotkniętym dyzartrią należy wykazać się cierpliwością, okazać zrozumienie. Chorego z zaburzeniem mowy należy zawsze traktować z uwagą i poważnie, przejawiając szacunek dla godności pełnowartościowego człowieka, z określonymi umiejętnościami, prawami.

Opiekun powinien dokonać oceny zdolności chorego do mówienia, rozumienia, czytania i pisanja. Musi ocenić też możliwości stosowania alternatywnych metod komunikowania się z chorym przy użyciu papieru rysunkowego, ołówka, szablonów liter, piktogramów oraz wykorzystania sygnałów niewerbalnych, takich jak ruchy rąk, potakiwanie głową, mruganie powiekami. Frustrację chorego można obniżyć poprzez dotyk, uśmiech, okazywanie zadowolenia z jego osiągnięć w mówieniu. Pielęgniarka, opiekun ma wpływ na kreowanie atmosfery terapeutycznej poprzez okazywanie wrażliwości, akceptacji i zrozumienia trudnej sytuacji pacjenta, unikanie pośpiechu oraz wystrzeganie się negatywnych emocji, takich jak dominacja, obojętność, brak wiary w celowość postępowania. Ważne jest wykorzystywanie technik komunikowania zwiększających rozumienie mowy poprzez mówienie do chorego „twarzą w twarz” i utrzymywanie kontaktu wzrokowego, używanie krótkich zdań, mówienie powoli, z przerwami pomiędzy słowami, używanie gestów, mimiki, ruchów ciała, stosowanie wzmocnień poprzez pokazywanie określonych przedmiotów. Powinno się okazywać wyrozumiałość, ignorując popełniane przez pacjenta błędy, potwierdzać rozumienie jego wypowiedzi i obserwować niewerbalne sygnały, uczyć pacjenta technik poprawiających mówienie, wyjaśniać konieczność mówienia krótkimi zdaniami. Rodzina i bliscy powinni zostać poinformowani o możliwościach kontaktu z osobą starszą, m.in. o stopniu rozumienia mowy, stosowanych środkach pomocniczych służących jej zrozumieniu. Należy zachęcić ich do kontaktowania się.

Komunikowanie się z osobą starszą z upośledzoną funkcją słuchu.

U osób starszych barierą w komunikowaniu się może być pogorszenie słuchu lub nawet całkowita jego utrata.

Zmiany w postaci upośledzenia słuchu pojawiają się około 50. roku życia. Ubytek słuchu przez długi czas może pozostać niezauważony. Niedosłuch starczy przejawia się przede wszystkim ograniczeniem słyszalności tonów o wysokiej częstotliwości. Najczęstsze problemy zgłaszane przez pacjentów, to trudności ze zrozumieniem osób z wysoką tonacją głosu. Również rozmowy prowadzone w hałasie dla

osób starszych stanowią. Często ludzie starsi narzekają, że to inni niewyraźnie mówią.

W miarę postępującego ubytku słuchu komunikowanie się osoby starszej ze otoczeniem wymaga coraz większego wysiłku. Osoba starsza, która źle słyszy uważnie patrzy na rozmówcę, obserwuje każdy ruch ust, ponieważ tzw. czytanie z ust uzupełnia ubytek słyszenia. Ubytek słuchu można wspomóc za pomocą aparatów słuchowych.

Opiekując się osobą starszą z zaburzeniami słuchu należy pamiętać o kilku zasadach.

- Do osoby z upośledzonym słuchem należy mówić tak, aby widziała ona twarz i usta rozmówcy. Należy stanąć w dobrze oświetlonym miejscu, w odległości około 1 metra od rozmówcy, dotknąć go lekko, jeśli nas nie zauważa. Nie powinno się mówić z dużej odległości.
- Należy mówić nieco wolniej, zachowując dobrą artykulację. Powinno się unikać mówienia zbyt cicho albo zbyt głośno, używania gwary.
- Jeżeli zdanie nie zostało zrozumiane przez pacjenta, powinno się je powtórzyć, a w razie konieczności powiedzieć je innymi słowami lub napisać.
- Jeżeli osoba starsza z upośledzonym słuchem używa tylko jednego aparatu słuchowego, należy mówić do niej, stojąc po stronie założonego aparatu.
- Pielęgniarka, opiekun powinni znać podstawowe zasady obsługi aparatów słuchowych używanych przez osoby starsze.

Komunikowanie się z osobą starszą z upośledzeniem wzroku

Kolejną barierą w porozumiewaniu może być pogorszenie lub utrata wzroku.

Jakość życia, bezpieczeństwo osoby starszej zależy od ostrości wzroku.

U osób w starszym wieku często dochodzi do upośledzenia funkcji wzroku na skutek naturalnych zmian starczych w narządzie wzroku albo schorzeń tego narządu lub innych chorób, które mają wpływ na pogorszenie wzroku. Upośledzenie wzroku może występować w różnym zakresie.

Pacjenci ociemniaли w starszym wieku znajdują się w psychologicznego punktu widzenia w dużo trudniejszej sytuacji, ponieważ w tym samym okresie spadają na nich problemy wynikające z postępujących zmian starczych w całym ustroju. Tacy pacjenci mają większe opory wobec akceptacji kalectwa i mniejsze możliwości kompensacji skutków wynikających z utraty wzroku.

Podstawą komunikowania się z osobą z upośledzonym wzrokiem jest słowo mówione. Kolejnym zmysłem w komunikowaniu się jest dotyk.

Osoby ze znacznym upośledzeniem wzroku należy poddać rehabilitacji, która nie powinna odbiegać od programu rehabilitacji podstawowej i społecznej niewidomych w innym wieku, z tym że pewne zagadnienia muszą być bardziej uwypuklone, a inne zredukowane. W trakcie realizacji programu rehabilitacji ociemniałych w starszym wieku trzeba liczyć się z wolniejszym przyswajaniem nowej wiedzy i umiejętności.

W komunikowaniu się z osobą starszą z upośledzeniem wzroku powinno się przestrzegać następujących zasad.

1. Wyraźnie mówić, aby pacjent mógł rozpoznać opiekuna po głosie.
2. Mówić pełnymi zdaniami i jasno je formułować.
3. Informować o zamiarze wykonania przy nim czynności.
4. Zapoznać z topografią pomieszczeń, których osoba nie zna, w nowym środowisku np. szpitalu jest jeszcze bardziej zagubiona..
5. Zapewnić odpowiednie oświetlenie.
6. Nie przedstawiać przedmiotów w jego otoczeniu, które sam położył.

Na samodzielność osoby niewidzącej ma wpływ stosowanie znaków orientacyjnych, dźwiękowych albo dotykowych. Podczas spożywania posiłków niewidomy powinien być informowany, co i gdzie się znajduje, aby mógł samodzielnie jeść i pić. Należy prowadzić rękę niewidomego po stole do sztućców i talerza, pozwolić wyczuć dotykiem miejsce, gdzie stoi szklanka z napojem.

Komunikowanie się z osobą starszą z demencją

Blisko 10% pacjentów powyżej 65. roku życia ma zmiany w mózgu, które u połowy z nich są zaawansowane. Wraz z wiekiem liczba osób wzrasta. Choroba jest nie odwracalna; rozpoznana i udokumentowana w miarę wcześnie, pozwoli w przyszłości zachować realne podejście do komunikacji z pacjentem.

W typowym obrazie pacjenta z demencją starczą pojawiają się również cechy charakterystyczne dla osoby w podeszłym wieku. Ogólna charakterystyka pacjenta z demencją starczą pozwala wyodrębnić kilkanaście problemów, które obserwujemy :

1. Zagubienie z powodu zmiany warunków zewnętrznych - należy zapewnić mu poczucia bezpieczeństwa.
2. Trudności w adaptacji do nowych warunków z powodu zaburzeń orientacji w czasie i przestrzeni . Dla pacjenta ważna jest przewidywalność, zachowanie stałego rytmu dnia, unikania zmian w otoczeniu.
3. Niezrozumienie komunikatów, zapominanie znaczenia niektórych słów. Opieka ma na celu umożliwienie komunikacji. Należy używać wobec pacjenta prostych, krótkich zdań, polecenia muszą być jednoznaczne, mowa powolna i wyraźna; bez pośpiechu, dać choremu czas na zrozumienie, zadawać pytania zamknięte. Ważną „techniką” jest komunikowanie się w linii wzroku, nawiązywanie kontaktu wzrokowego i pozostawanie w zasięgu wzroku, posiłkowanie się komunikacją niewerbalną.
4. Trudności z wyrażaniem się .W rozmowie cierpliwe pozwalamy pacjentowi na dokończenie wypowiedzi, nie pospieszamy, jeśli czegoś pacjent nie zrozumiał, powtarzamy zdanie.
5. Bierność i brak wiary we własne możliwości.
6. Obniżenie nastroju z powodu świadomości utraty dawnych możliwości .Ważne jest wyrównanie nastroju osoby starszej. Obserwujemy nastrój pacjenta, staramy się zdobyć zaufanie, poznać źródła dobrych i złych emocji, należy ograniczać sytuacje sprzyjające powstawaniu

negatywnych emocji, jednocześnie dbając o stwarzanie sytuacji sprzyjających odreagowywaniu negatywnych uczuć i emocji

7. Obniżenie poczucia własnej wartości z powodu utraty roli społecznej . Opieka ma na celu poprawę jego poczucia wartości, poprzez np. zlecenie wykonania prostych czynności dostosowanych do jego możliwości, tj. czynności porządkujące, czynności dozoru, np. przypilnowanie czegoś, itp.
8. Agresywność spowodowana poczuciem zagrożenia.
9. Poczucie niemożności decydowania o sobie spowodowane koniecznością korzystania z pomocy .
10. Zaburzenie rytmu dnia i nocy z powodu zaburzeń otępiennych.
11. Trudności w przemieszczaniu się z powodu zaburzeń orientacji i obniżenia sprawności fizycznej.
12. Trudności z utrzymaniem higieny ciała z powodu zaburzeń otępiennych.
13. Trudności z ubieraniem się .
14. Trudności z przyjmowaniem pokarmów.
15. Trudności z zaspokajaniem potrzeb fizjologicznych z powodu zmian inwolucyjnych i otępiennych.
16. Trudności z rozpoznawaniem najbliższych osób, zaburzenia pamięci.

Umiejętne rozwiązywanie wymienionych problemów jest istotne w opiece.

Opieka nad człowiekiem starszym powinna uwzględniać podtrzymywanie i pielęgnowanie jego aktywności umysłowej poprzez przekonywanie go, że jest człowiekiem wartościowym, poważne traktowanie jego podstawowych potrzeb, wspieranie przy pokonywaniu trudności, motywowanie do aktywności umysłowej poprzez pomoc przy wprowadzaniu nowości oraz unikanie niepotrzebnych zmian, powtarzanie czynności w sposób stały, aż do przyzwyczajenia, przeciwdziałanie poczuciu zależności od opiekunów, tworzenie atmosfery zaufania.

Poniżej przedstawiono najważniejsze zasady poprawiające komunikację ze starszym pacjentem ważne nie tylko dla pielęgniarki ale również dla innych osób:

1. Mów wyraźnie – ze względu na pogarszający się słuch starszych osób, należy mówić do pacjenta twarzą w twarz i bardzo wyraźnie. Bardzo ważne jest by mówić tak aby nie zasłaniać ust, ani nie opierając twarzy na dłoniach.
2. Używaj prostego języka – z wiekiem coraz trudniej jest przyswoić sobie nowe wiadomości, a tym bardziej zrozumieć trudny, fachowy język medyczny.
3. Zadawaj otwarte pytania – to część aktywnego słuchania, która pozwoli poznać potrzeby starszej osoby i dowiedzieć się o wiele więcej niż pytania zamknięte.
4. Bądź cierpliwy – nie denerwuj się, prawdopodobnie pacjent jest już zdenerwowany, ponieważ wizyta w gabinecie zawsze jest sytuacją stresową, którą dodatkowo pogłębiają wcześniej wspomniane trudności związane z wiekiem pacjenta.
5. Słuchaj uważnie – weź pod uwagę, że starszy pacjent może mówić ciszej i nie mieć siły lub odwagi, by pod-

nieść głos i wyartykułować swoje potrzeby. Zadbaj, by komunikacji nie zakłócały inne czynniki, np. hałas.

6. Przedstawiaj kluczowe kwestie krok po kroku – pamiętaj, by zawsze tłumaczyć tylko jedną rzecz na raz.
7. Okaż szacunek – nawet jeśli w oczywisty sposób nie zgadzasz się ze zdaniem swojego pacjenta, okaż szacunek dla jego wiedzy, doświadczeń i wartości
8. Zapewnij pacjentowi pisemną instrukcję – weź pod uwagę, że starsza osoba może zapomnieć, czego dowiedziała się podczas wizyty.
9. Pamiętaj o komunikacji niewerbalnej – w sytuacji, w której podczas tradycyjnej słownej komunikacji napotyka się tyle trudności, w żaden sposób nie wolno zaniedbywać komunikacji niewerbalnej. Nie bój się stosować ciepłych niewerbalnych sygnałów, one sprawiają, że Twój pacjent poczuje się w gabinecie bezpiecznie i nabierze zaufania.

Relacje rodziny z osobą starszą

Kawczyńska-Butrym (2000) prezentuje pogląd, że w rodzinach z osobą w starszym wieku występuje specyficzna sytuacja opiekuńcza. Należy wziąć tu pod uwagę zarówno pozytywne, jak i negatywne aspekty tej relacji. Niekorzystne sytuacje emocjonalne mogą być wynikiem izolacji społecznej, poczucia mniejszej wartości wynikającej z utraty pracy, pozycji zawodowej, rodzinnej i osamotnienia.

Relacje negatywne rodziny w stosunku do człowieka starszego mogą wyrażać się w następujący sposób:

- nieprzyznawanie się do pokrewieństwa, traktowanie starszych członków rodziny jako pomocy domowej lub opiekunów do dziecka;
- izolowanie osoby starszej od towarzyskiego i kulturalnego życia rodziny, ukrywanie lub pozostawianie w domu;
- przejawianie niechęci, nieodpowiednie traktowanie

osoby starszej również w chorobie czy niepełnosprawności, wyrażanie zniecierpliwienia przy wykonywaniu czynności higienicznych, pielęgnacyjnych przy osobie chorej;

- okazywanie wrogości, agresji fizycznej i werbalnej, np. poprzez krzyki i wyzwiska.

W wyniku negatywnych relacji może wystąpić wrogie nastawienie człowieka starszego do pozostałych członków rodziny, które może manifestować się następującym zachowaniem:

- bunt, agresja skierowana przeciwko rodzinie;
- płacz, depresja, załamanie oraz wycofanie się z kontaktów;
- często wymuszanie znacznie większej pomocy, niż to jest konieczne;
- manipulowanie rodziną poprzez odgrywanie osoby umierającej, histeryzowanie, odmawianie przyjmowania posiłków lub wykonywania ważnych dla życia czynności.

W opiece nad osobą starszą ważne jest udzielanie rodzinie wsparcia, tłumacząc istotę choroby. Należy wyjaśnić zachowanie pacjenta i zachęcić rodzinę do częstych odwiedzin jeśli senior jest w placówce opiekuńczej, jednocześnie szczegółowo instruując o sposobach kontaktu z chorym, metodach postępowania w różnych sytuacjach. W wyniku takiej edukacji rodzina otrzymuje wsparcie odwiedza seniora, podtrzymuje z nim relacje, co pomaga zarówno osobie starszej, jak i jego bliskim.

Piśmiennictwo

Makara-Studzińska M.: Komunikacja z pacjentem. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2012

Kwiatkowska A.(red.): Komunikowanie interpersonalne w pielęgniarstwie. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2012

Wieczorkowska-Tobiś K., Talarz D. Geriatria i pielęgniarstwo geriatryczne. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008

KONDOLENCJE

Wyrazy żalu i głębokiego współczucia naszej koleżance

Annie Jankowiak
z powodu śmierci Taty

składają

Pielęgniarki i Położne

Pleszewskiego Centrum Medycznego w Pleszewie

Wyrazy żalu i głębokiego współczucia naszej koleżance

Violetcie Biernackiej
z powodu śmierci Mamy

składają

Pielęgniarki i Położne

Pleszewskiego Centrum Medycznego w Pleszewie

Wyrazy żalu i głębokiego współczucia naszej koleżance

Wiolecie Mielnik
z powodu śmierci Ojca

składają

Pielęgniarki i Pielęgniarze

Wojewódzkiego Zakładu Opieki Psychiatrycznej Sp.z.o.o
w Sokotówce.

Wyrazy głębokiego współczucia naszej koleżance

Ewie Kopydłowskiej
z powodu śmierci Męża

składają

Wanda Olesińska z pielęgniarkami
i położnymi Szpitala Powiatowego w Jarocinie

OPINIA PRAWNA DLA PIELĘGNIAREK POZ

Warszawa, 07.09.2020 r.

OPINIA PRAWNA

w sprawie pobierania przez pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej materiału do badań diagnostycznych i transportu tego materiału do laboratorium diagnostycznego

(Jest to fragment opinii prawnej. Opinia prawna w całości jest zamieszczona na stronie internetowej OIPIP z siedzibą w Kaliszu)

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

Wykonawca: prof. nadzw. dr hab. n. prawn. Dorota Karkowska, radca prawny,

Przedmiot opinii:

Przedmiotem opinii jest udzielenie odpowiedzi na następujące pytanie:

Jakie w obecnym stanie prawnym, są zasady pobierania materiału do badań diagnostycznych przez pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej (dalej zwane: pielęgniarki POZ)?

Kto jest zobowiązany do transportu pobranego materiału do badań diagnostycznych?

III Analiza prawna**4. Pobieranie przez pielęgniarkę POZ materiału do badań diagnostycznych w domu świadczeniobiorcy (pacjenta)**

W zakresie podstawowej opieki zdrowotnej pielęgniarka POZ może pobrać materiał do badań diagnostycznych w domu pacjenta (świadczeniobiorcy). Zgodnie z obowiązującym stanem prawnym, muszą jednak zaistnieć wyraźnie wskazane okoliczności.

1. Pobrania materiału do badań diagnostycznych w warunkach domowych dokonuje pielęgniarka, która została przez świadczeniobiorcę (pacjenta) wybrana jako pielęgniarka POZ i który to pacjent został wpisany na jej listę świadczeniobiorców.
2. Pielęgniarka POZ pobiera materiały do badań diagnostycznych w przypadkach gdy świadczenie, ze względów uzasadnionych stanem zdrowia świadczeniobiorcy, może być zrealizowane wyłącznie w domu świadczeniobiorcy.
3. Świadczeniodawca przy zlecaniu pielęgniarcie podstawowej opieki zdrowotnej pobrania materiałów do badań diagnostycznych w domu świadczeniobiorcy, znajdującego się na jej liście świadczeniobiorców, jest obowiązany do:
 - zapewnienia we własnym zakresie i na własny koszt pojemników na materiały do zleconych badań oraz pojemnika zbiorczego do transportu pobranych próbek, odpowiadających wymogom określonym w przepisach ustawy o diagnostyce laboratoryjnej,
 - udostępnienia pielęgniarcie podstawowej opieki zdrowotnej w miejscu udzielania świadczeń lub w filii świadczeniodawcy, właściwej ze względu

na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy, pojemników, o których mowa w pkt 1, oraz zapewnienia w tym samym miejscu odbioru pobranych przez pielęgniarkę próbek.

4. Świadczeniodawca organizuje pobranie materiałów do badań zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 17 ust. 4 ustawy o diagnostyce laboratoryjnej (Załącznik I do r.g.ś.p.o.z. Część I pkt 3) – co oznacza w praktyce, iż świadczeniodawca zlecając pielęgniarcie POZ, ma obowiązek zapoznać ją z procedurą zasad pobierania materiału do badań diagnostycznych opracowaną przez laboratorium diagnostyczne, z którym świadczeniodawca zawarł umowę (czyli do którego zostanie przekazany pobrany przez pielęgniarkę POZ materiał do badania diagnostycznego). Dokument zawierający procedurę stanowi załącznik do umowy na wykonywanie badań diagnostycznych, jaką laboratorium podpisuje z każdym świadczeniodawcą z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej.

Zagadnienie zasad pobierania materiału do badań diagnostycznych, reguluje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 marca 2006 r. w sprawie standardów jakości dla medycznych laboratoriów diagnostycznych i mikrobiologicznych. Wykładnia językowa podstawy prawnej w/w rozporządzenia, tj. art. 17 ust. 4 u.dz.l., jak i tytuł tego rozporządzenia – wskazuje, iż adresatem przepisów wydanych w celu zapewnienia właściwego poziomu i jakości czynności diagnostyki laboratoryjnej są medyczne laboratoria diagnostyczne i mikrobiologiczne. Jednak wykładnia celowościowa i systemowa wskazuje, iż adresatami tych przepisów są także wszystkie podmioty realizujące zadania w zakresie pobierania materiału do badań diagnostycznych. Każdy świadczeniodawca reali-

zujący zadania podstawowej opieki zdrowotnej ma prawo do otrzymania procedury pobierania materiałów do badań laboratoryjnych, przygotowanej przez laboratorium do którego będzie dostarczany materiał do badań diagnostycznych, pobierany przez pielęgniarkę POZ lub innego członka zespołu POZ. Świadczeniodawca zobowiązany jest do potwierdzenia zapoznania się z procedurą oraz stosowania się do niej w zakresie pobierania materiału.

Procedura pobierania materiału do badań winna uwzględniać, w szczególności: a) sposób przygotowania pacjenta; b) rodzaj i objętość pobieranego materiału; c) sposób pobrania materiału do badania – gdzie znaleźć się powinny przykładowo zapisy dotyczące zasad pobierania krwi do badań wykonywanych rutynowo, które obejmują między innymi pobieranie krwi rano, po wypoczynku nocnym, na czczo, przy zachowaniu dotychczasowej diety oraz przed leczeniem lub po ewentualnym odstawieniu leków mogących wpływać na poziom mierzonych składników, o ile nie zaburza to procesu leczenia; d) wymagania dotyczące sprzętu i pojemników stosowanych do pobierania materiału, e) sposób postępowania ze sprzętem i wyrobami medycznymi stosowanymi przy pobieraniu materiału wraz z ich utylizacją; f) oznakowanie pojemników z pobranym materiałem imieniem i nazwiskiem, numerem PESEL lub numerem dokumentu potwierdzającego tożsamość pacjenta albo numerem identyfikacyjnym pacjenta, albo kodem kreskowym; g) obowiązki osoby pobierającej materiał, przykładowo regulacje dotyczące stosowania przy każdym pacjencie nowych rękawiczek jednorazowego użytku tylko w celu pobrania materiału, dokonywania jednoznacznej identyfikacji i weryfikacji tożsamości pacjenta, od którego został pobrany materiał, potwierdzania podpisem faktu pobrania materiału.

Podkreślić należy użycie przez ustawodawcę sformułowania „w szczególności” w zakresie wyliczenia poszczególnych elementów, które winny zostać zamieszczone w procedurze oznacza to, że ich katalog ma charakter otwarty, a wymienione w przepisach części składowe procedur stanowią jedynie określone minimum przewidziane przez prawodawcę. Poszczególne procedury mogą zatem zawierać dodatkowe elementy, uwzględniające specyfikę pracy i wykonywanych badań w konkretnym laboratorium.

5. Transport pobranego materiału do badań diagnostycznych

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 23 marca 2006 r. w sprawie standardów jakości dla medycznych laboratoriów diagnostycznych i mikrobiologicznych - laboratorium opracowuje, wdraża i stosuje procedury transportu materiału do badań oraz udostępnia je zleceńdodawcom, którzy potwierdzają zapoznanie się z tymi procedurami. Oznacza to, iż każdy świadczeniodawca POZ jest zobowiązany do organizacji transportu materiału pobranego w celu wykonania badań diagnostycznych zgodnie z tą procedurą.

Materiał do badań laboratoryjnych musi być transportowany i dostarczany do laboratorium przez upoważnione osoby. Materiał jest transportowany w zamkniętych pro-

bówkach lub pojemnikach, w zamkniętym opakowaniu zbiorczym, oznakowanym „materiał zakaźny”. Materiał do badań jest transportowany w warunkach niezmieniających jego właściwości. Procedury transportu materiału zawierać musi w szczególności informacje dotyczące: 1) zabezpieczenia materiału przed uszkodzeniem, 2) zapewnienia bezpieczeństwa osoby transportującej materiał, 3) minimalizacji skutków skażenia w wypadku uszkodzenia opakowania zbiorczego lub opakowania indywidualnego transportowanego materiału, 4) sposobu dekontaminacji w przypadku skażenia, 5) opisu pojemników i opakowań zbiorczych przeznaczonych do transportu, 6) dopuszczalnego czasu transportu, 7) dopuszczalnego zakresu temperatury transportu - z uwzględnieniem rodzajów materiału.

Jednocześnie ustawodawca zobowiązując świadczeniodawców podstawowej opieki zdrowotnej do przestrzegania procedur w zakresie transportu, nie wskazuje - jakie pojazdy mechaniczne mogą być wykorzystane do przewożenia materiału pobranego do badania diagnostycznego i kto jest zobowiązany do pokrycia kosztów tego transportu?

Zgodnie z § 8 ust. 1 r.o.w.u. Świadczeniodawca zapewnia udzielanie świadczeń w sposób kompleksowy obejmujący wykonanie niezbędnych badań, w tym badań laboratoryjnych

i diagnostyki obrazowej, oraz procedur medycznych związanych z udzielaniem tych świadczeń. Natomiast zgodnie z art. 13 ust. 1 u.p.o.z.: Świadczeniodawca udzielający świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej jest obowiązany do zapewnienia możliwości realizacji postępowania diagnostyczno-leczniczego, odpowiednio dla lekarza POZ, pielęgniarki POZ lub położnej POZ, zgodnie z zakresem zadań określonych w przepisach wydanych na podstawie ust. 4. Oznacza to, iż obowiązki o których mowa art. 13 ust. 1 u.p.o.z. – spoczywają na tym podmiocie, który jest stroną umowy z Narodowym Funduszu Zdrowia. Jeżeli pielęgniarka POZ wykonuje zawód na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej w podmiocie leczniczym, to ma prawo oczekiwać, iż podmiot leczniczy zapewni realizację ustawowych zadań w zakresie postępowania diagnostycznego zgodnie z obowiązującym stanem prawnym. W sytuacji wykonywania zawodu w ramach praktyk grupowych, obowiązki te spoczywają na tej praktyce, natomiast odnośnie wykonywania zawodu w ramach indywidualnej pielęgniarskiej praktyki zawodowej lub cywilnej – świadczeniodawcą jest pielęgniarka – a zatem sama musi zapewnić sobie realizację swoich zadań.

Odpowiedzi na pytanie o – „pojazd mechaniczny” którym ma być przewożony pobrany materiał do badań laboratoryjnych nie dają także przepisy rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – których celem jest uszczegóławianie organizacji współpracy pomiędzy podmiotami udzielającymi świadczeń opieki zdrowotnej. W przywołanym rozporządzeniu jest jedynie mowa, że świadczeniodawca w przypadkach określonych w ustawie oraz w przepisach wydanych na podstawie art. 31d

ustawy, zapewnia transport sanitarny w ramach kwoty zobowiązania określonej w umowie (§ 8 ust. 2 o.w.u.). Od tej zasady jest wyjątek, świadczeniodawcy udzielający świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej nie zapewniają transportu sanitarnego, jeżeli nie zawarli oni odrębnej umowy (§ 8 ust. 2 o.w.u.).

Stan prawny nie precyzujący „czym” pobrany materiał do badania laboratoryjnego ma być transportowany przez świadczeniodawcę - budzi wiele wątpliwości. Przede wszystkim, nasuwa się pytania o charakter biologiczny pobranego materiału, o bezpieczeństwo jego transportu, bezpieczeństwo osoby transportującej pobrany materiał oraz zgodność postępowania ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej.

Dodatkowo wątpliwości nasuwa regulacja, że materiał biologiczny i materiał wykorzystywany do udzielania świadczeń zdrowotnych, wymagających specjalnych warunków transportu – ma być przewożony transportem sanitarnym (art. 5 pkt 33a u.s.o.z.).

Literalna wykładnia w/w zapisu sugeruje, że materiały biologiczne i materiały wykorzystywane do udzielania świadczeń zdrowotnych, które nie wymagają specjalnych warunków transportu, mogą być przewożone transportem nie spełniającym wymogów transportu sanitarnego. Nie znajduje to jednak potwierdzenia w zapisach rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23 marca 2006 r. w sprawie standardów jakości dla medycznych laboratoriów diagnostycznych i mikrobiologicznych – które wyraźnie wskazuje, że każdy materiał pobierany do badań diagnostycznych jest traktowany jako zakaźny, czyli nasuwa się logiczny wniosek, że należałoby zapewnić jednolite warunki transportu dla tego materiału.

W tym stanie rzeczy należy więc sięgnąć do przepisów regulujących zasady transportu drogowego, w świetle których materiały biologiczne, co do których nie można wykluczyć, iż zawierają elementy zakaźne, kwalifikowane są jako niebezpieczne w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o przewozie towarów niebezpiecznych. Towar niebezpieczny to materiał lub przedmiot, który zgodnie z ADR, RID lub ADN (oznaczające odpowiednie umowy międzynarodowe) nie jest dopuszczony odpowiednio do przewozu drogowego, przewozu kolejną lub przewozu żegluga śródlądową albo jest dopuszczony do takiego przewozu na warunkach określonych w tych przepisach (art. 2 pkt 4 u.p.t.). Zgodnie z art. 9 ust. 7 u.p.t. organem właściwym dla określenia w sprawach warunków przewozu materiałów zakaźnych jest minister właściwy do spraw zdrowia.

Jak wynika zaś z treści Umowy europejskiej dotyczącej międzynarodowego przewozu drogowego towarów niebezpiecznych – ADR (oświadczenie rządowe z dnia 16 stycznia 2009 r. w sprawie wejścia w życie zmian do załączników A i B Umowy europejskiej dotyczącej międzynarodowego przewozu drogowego towarów niebezpiecznych (ADR), sporządzonej w Genewie dnia 30 września 1957 r.) wg załącznika A pkt 2.2.62. Klasa 6.2 (materiały zakaźne) obejmuje materiały, o których wiadomo lub co do których istnieje uzasadnione podejrzenie, że

zwierają drobnoustroje chorobotwórcze (w tym bakterie, wirusy) – w tym próbki diagnostyczne (podklasa 14). Poza wymaganiami transportu określonymi w ADR pozostają jedynie te próbki ludzkie, co do których istnieje znikome prawdopodobieństwo, że zawierają patogeny – np. próbki do badań histopatologicznych lub krew pobrana wyłącznie celem ustalenia grupy krwi, pobrane od pacjenta diagnozowanego wcześniej pod kątem braku drobnoustrojów chorobotwórczych.

IV Wnioski i rekomendacje

1. W przypadku gdy w wyniku udzielonej przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej porady lekarskiej zachodzi konieczność wykonania badań laboratoryjnych, świadczeniodawca organizuje pobranie materiałów do badań diagnostycznych i ich transport zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 17 ust. 4 ustawy o diagnostyce laboratoryjnej (Załącznik I do r.g.s.p.o.z. Część I pkt 3).
2. W ramach podstawowej opieki zdrowotnej - zlecenie lekarskie przeprowadzania określonego badania diagnostycznego jest kierowane do świadczeniobiorcy (pacjenta), a nie do konkretnej pielęgniarki POZ. Zlecenie to będzie zobowiązana zrealizować pielęgniarka, która została wybrana przez pacjenta, jako pielęgniarka POZ, a pacjent został wpisany na jej listę świadczeniobiorców.
3. 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 Narodowy Fundusz Zdrowia.
4. Zgodnie z postanowieniami umowy europejskiej dotyczącej 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 nie przystosowanym wyjątkowo, gdy istnieje znikome prawdopodobieństwo, że materiały te zawierają patogeny.
5. Zgodnie z art. 9 ust. 7 u.p.t. organem właściwym dla określenia w sprawach warunków przewozu materiałów zakaźnych jest minister właściwy do spraw zdrowia. – postulat de lege ferenda – PILNE przygotowanie warunków przewozu.
6. Koszty związane z przewozem materiału pobranego w celu badań diagnostycznych – muszą być przedmiotem umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia. De lege ferenda – przewóz mógłby być realizowany w całym zakresie badań wykonywanych w ramach podstawowej opieki zdrowotnej przez tzw. transport sanitarny będący w dyspozycji świadczeniodawcy, albo na podstawie zawartej umowy pomiędzy świadczeniodawcą a przewoźnikiem transportu sanitarnego.

KRAJOWY KONSULTANT W DZIEDZINIE PIELEŃNIARSTWA PEDIATRYCZNEGO

WOJEWÓDZKI SPECJALISTYCZNY SZPITAL DZIECIĘCY
10-561 Olsztyn, ul. Żołnierska 18 A, tel. 089. 5393455, fax 533-77-01

e-mail: piskorz@wssd.olsztyn.pl

Zalecenia dla pielęgniarek środowiska nauczania i wychowania/higienistek szkolnych dotyczące bezpieczeństwa opieki nad uczniami w okresie epidemii koronawirusa SARS-CoV-2.

Aktualizacja z dnia 08.09.2020r.

Rekomendacje: Konsultant Krajowy w Dziedzinie Pielęgniarstwa Pediatricznego
dr n.med. Krystyna Piskorz-Ogórek

1. Gabinet profilaktyczny powinien być wyposażony w środki do dezynfekcji powierzchni, środków do dezynfekcji rąk, rękawice diagnostyczne, maseczki chirurgiczne, maski z filtrem FFP2 lub FFP3, okulary ochronne lub przyłbice, fartuchy flizelinowe ochronne, fartuchy barierowe wodoodporne.
3. W ramach udzielanych świadczeń w gabinecie profilaktycznym powinien przebywać tylko jeden uczeń, który powinien zdezynfekować ręce po wejściu do gabinetu.
4. W czasie realizacji świadczeń profilaktycznych takich jak: realizacja testów przesiewowych, sprawowanie opieki poprzestawowej oraz czynne poradnictwo nad uczniami z problemami zdrowotnymi, pielęgniarka poza rutynowymi zasadami higieny rąk, powinna zastosować następujące środki ochrony osobistej: maska chirurgiczna, okulary ochronne lub przyłbica, rękawice, jednorazowy fartuch flizelinowy.
5. W ramach udzielania pomocy przedlekarskiej w przypadku nagłych zachorowań, urazów i zatruc oraz sprawowania opieki nad uczniami z chorobami przewlekłymi i niepełnosprawnościami, w tym w ramach realizacji świadczeń pielęgniarstkich, zabiegów i procedur leczniczych koniecznych do wykonania u ucznia w trakcie pobytu w szkole, pielęgniarka poza rutynowymi zasadami higieny rąk, powinna zastosować następujące środki ochrony osobistej: maska chirurgiczna, okulary ochronne lub przyłbica, rękawice, jednorazowy fartuch flizelinowy.
6. Realizowany przez pielęgniarkę/higienistkę szkolną program edukacji zdrowotnej powinien poza standardowymi treściami zawierać przede wszystkim zasady minimalizacji ryzyka transmisji infekcji wirusowych w tym infekcji koronawirusem SARS-CoV-2. Szkoła powinna zabezpieczyć środki do dezynfekcji rąk dla uczniów i pracowników.

7. W kontaktach bezpośrednich (innych niż udzielanie świadczeń zdrowotnych) w środowisku szkoły należy przestrzegać dystansu min. 1,5 - 2 m. W kontaktach z gronem pedagogicznym, rodzicami w miarę możliwości minimalizować kontakty bezpośrednie zamieniając je na porady telefoniczne. W kontaktach bezpośrednich stosować maskę chirurgiczną.

8. Należy opracować zasady sprzątania gabinetu profilaktycznego i dezynfekcji powierzchni (w tym min. dezynfekcji blatów, klamek, używanego sprzętu medycznego, telefonu z częstotliwością 2 razy dziennie). Nie stosować aerosoli. Stosować częste wietrzenie gabinetu.

9. W przypadku stwierdzenia objawów infekcji sugerujących podejrzenie zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2 u ucznia, pracownika szkoły tj. gorączka pow. 38 stopni, kaszel, duszność, inne objawy infekcji górnych dróg oddechowych, należy skierować osobę chorą do domu oraz zalecić kontakt telefoniczny z lekarzem POZ, który pokieruje dalszym postępowaniem. Uczeń/pracownik nie powinien opuszczać budynku podczas przerwy międzylekcyjnej lub jeśli to możliwe opuścić budynek innym wyjściem znajdującym się najbliższej pokój, w którym został odizolowany.

10. W przypadku wymagającym pilnej interwencji medycznej należy zadzwonić pod nr 112- dyspozytor podejmie decyzję o transporcie pacjenta dedykowanym transportem „COVID-19”. Ucznia należy odizolować do czasu przybycia opiekuna. Pielęgniarka/higienistka powinna polecić uczniowi/pracownikowi szkoły nalożenie maseczki.

11. Dyrektor szkoły powinien wyznaczyć pokój/ pomieszczenie do izolacji, w którym uczeń będzie odizolowany do czasu przybycia opiekuna. Pokojem do izolacji nie może być gabinet profilaktyczny pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania, tylko wyznaczone pomieszczenie przeznaczone tylko do tego celu. Pomieszczenie to nie powinno być nazywane izolatorem, gdyż izolatorem zgodnie z Rozporządzeniem MZ z dnia 26 marca 2020 z późniejszymi zmianami jest dedykowane dla pacjentów nad którymi opiekę sprawuje podmiot leczniczy wykonujący działalność leczniczą w rodzaju leczenie szpitalne – czyli szpital. Pomieszczenie do izolacji, po opuszczeniu go przez ucznia/dziecko, powinno być przewietrzone i zdezynfekowane.

12. Podczas udzielania świadczeń u ucznia/pracownika, u którego objawy sugerują podejrzenie zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2, pielęgniarka poza rutynowymi zasadami higieny rąk, powinna zastosować następujące środki ochrony osobistej: maska z filtrem FFP2 lub FFP3, okulary ochronne lub przyłbica, rękawice, jednorazowy fartuch ochronny barierowy. Po udzieleniu świadczenia gabinet powinien być wywietrzony i poddany dezynfekcji zgodnie z opracowanymi zasadami. Do czasu zakończenia procesu dekontaminacji gabinetu, inne świadczenia nie powinny być realizowane.

13. W przypadku potwierdzenia zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2, u ucznia/pracownika – sposób postępowania z osobami z kontaktu określa Powiatowy Inspektor Sanitarny, z którym pielęgniarka i dyrektor szkoły powinni być w kontakcie i realizować jego zalecenia.

14. Nie rekomenduje się stosowania u uczniów profilaktyki fluorkowej metodą nadzorowanego szczotkowania zębów preparatami fluorowymi w warunkach szkolnych.

Dr n.med. Krystyna Piskorz-Ogórek

BOHATERSTWO NIEJEDNO MA IMIĘ**PRACA PIELĘGNIARKI W SZPITALU
JEDNOIMIENNYM**

Przekształcenie – według słownika języka polskiego to „zamienić kogoś lub coś w kogoś lub coś innego (...).” Jedno słowo, ale pracy i emocji z nim związanych było ogromnie dużo.

Decyzja o zmianie profilu szpitala przyszła szybko, bo rozwój sytuacji epidemicznej w południowej Wielkopolsce miał szybkie tempo i ciągle przybywało zakażonych osób wymagających hospitalizacji. Sztab kryzysowy szpitala, pielęgniarka epidemiologiczna, cała kadra kierownicza miała do wykonania wiele prac związanych z przystosowaniem placówki do przyjmowania pacjentów z potwierdzonym dodatnim wynikiem SARS COVID - 19.

Wszystkie dotychczasowe procedury i cele zeszyły na dalszy plan... Cała praca personelu medycznego szpitala została kompletnie przeorganizowana. Strefy zielona, pomarańczowa i czerwona stały się wyznacznikiem dla wszystkich, którzy podjęli to wyzwanie.

Mundur pielęgniarski zamienił się w kombinezon biologiczny, czepek w kaptur od kombinezonu, dłonie zabezpieczone trzema parami rękawic, ochraniacze na nogach, twarz zakryta maseczką FFP3 i tylko oczy... mimo, że zza gogli i przyłbic to spoglądające z lękiem, ale też determinacją i wolą walki o życie ludzkie.

Przyjęcia pacjentów na oddziały, badania przedmiotowe i podmiotowe przeprowadzane przez lekarzy i zlecenia lekarskie – zwięzłe, rzeczowe, pozbawione dotychczasowego spokoju i uśmiechu, przyjmowane jak rozkaz w czasie wojny.

Ocena deficytów pacjentów, ustalanie planów opieki na kolejne dni przeprowadzane były w sposób profesjonalny, tak aby świadczona opieka była nadal na tak wysokim poziomie, z którego zawsze słynęła ta placówka, mimo tych wszystkich utrudnień, bo wykonywanie pracy z zachowaniem środków ochrony osobistej, to nie lada wyzwanie dla kondycji fizycznej każdej osoby.

W tej trudnej sytuacji pielęgniarstwo nie po raz pierwszy okazało się stanąć na wysokości zadania i być godne miana tytułu „bohaterów”.

Wszystkie zlecenia wykonywane w sposób profesjonalny, pacjenci zaopatrzeni, mogący zawsze liczyć na opiekę i pomoc medyczną w każdej chwili, a wszystko to z ogromną empatią, w końcu zdrowie, to z definicji, nie tylko stan ogólnego dobrostanu fizycznego ale i psychicznego.

Pomimo ogromnego zmęczenia fizycznego, odcisków na twarzach po maseczkach informacje o stanie pacjentów raportowane w sposób rzeczowy, profesjonalny kolejnej ekipie lub zmianie dyżurów wchodzących w czerwoną strefę.

Niestety, nie uniknęło się też informacji o pogorszeniu stanu zdrowia niektórych pacjentów, przekazywanych przez personel z oznaką żalu i rozczarowania. Ogromne znaczenie miała dla nas wdzięczność ludzi, którzy czuli się tu bezpiecznie i właściwie zaopiekowani.

Kolejnym dowodem odwagi środowiska medycznego był bardzo duży odzew na apel Dyrektora naszej placówki, ponieważ odpowiedziało wiele osób: wolontariuszy, ratowników medycznych oraz pielęgniarek i pielęgniarzy, co miało dla nas w tamtym czasie ogromne znaczenie. Mieliśmy dowód na zaangażowanie w walce z epidemią również wśród naszych przedstawicieli ORPiP, którzy przyszli nam z pomocą z tym trudnym dla nas momencie. Wszyscy zwarci w boju staliśmy na swoich stanowiskach, które dotyczy bezpośrednio pracy przy łóżku pacjentów w podeszłym wieku, z chorobami towarzyszącymi, wymagających kompleksowej opieki pielęgniarskiej.

Jednak mimo tej trudnej sytuacji udało się również wyciągnąć i pozytywne doświadczenia. Przede wszystkim miłym zaskoczeniem była pomoc, która napływała do nas z każdej strony – w postaci posiłków, T-shirtów niezbędnych pod mundur, środków pielęgnacyjnych i kosmetycznych, wsparcia materialnego i wszystkiego, co tylko mogło wydać się przydatne.

Teraz z perspektywy czasu jesteśmy przekonani, że nigdy nie zapomnimy daty 12 maja 2020, Międzynarodowego Dnia Pielęgniarki i Położnej, który w tym roku spędzić nam przyszło z dala od bliskich z uwagi na ich bezpieczeństwo i pracę w szpitalu jednoimiennym, jakim w tym czasie była nasza placówka.

Ponadto korzystając z możliwości opublikowania naszych doświadczeń zawodowych, chylimy czoła przed naszymi koleżankami, które nadal pracują w szpitalach jednoprotolowych, na pierwszej linii frontu w walce z epidemią koronawirusa

*mgr Renata Kosowska-Strzałka Pielęgniarka Oddziałowa
Wojewódzki Specjalistyczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej
Chorób Płuc i Gruźlicy w Wolicy*

W momencie oddania do druku Biuletynu szpital w Wolicy ponownie przyjmuje pacjentów z potwierdzonym dodatnim wynikiem SARS COVID - 19.

BOHATERSTWO NIEJEDNO MA IMIĘ

**PRACA PIEŁĘGNIARKI W SZPITALU
JEDNOIMIENNYM
ZDJĘCIA**



Wytyczne konsultanta krajowego w dziedzinie medycyny rodzinnej i Głównego Inspektora Sanitarnego dotyczące minimalnych środków ochrony osobistej dla personelu podstawowej opieki zdrowotnej

Data wydania: 25 września 2020 r.

1. **Kontakt z osobą zdrową lub pacjentem bez objawów infekcji dróg oddechowych**
zawsze co najmniej: maska chirurgiczna, odzież robocza (minimum bluza/ fartuch wielorazowy) albo fartuch flizelinowy, higiena rąk; rękawiczki jednorazowe – jeśli procedura tego wymaga.
2. **Kontakt z pacjentem z objawami infekcji dróg oddechowych bez ryzyka powstania aerozolu**
zawsze co najmniej: maska chirurgiczna i przyłbica, fartuch flizelinowy, higiena rąk; rękawiczki jednorazowe - jeśli procedura tego wymaga.
3. **Kontakt z pacjentem z objawami infekcji dróg oddechowych z ryzykiem powstania aerozolu**
(np.: inhalacje, nebulizacje, pacjent z wymiotami, nasilonym kaszlem z odkrztuszaniem)
zawsze co najmniej: maska typu FFP2 i przyłbica, fartuch flizelinowy z długim rękawem wiązany z tyłu, plus na przód fartuch foliowy, albo fartuch barierowy z nieprzemakalnego materiału, rękawiczki jednorazowe

Postępowanie w przypadku kontaktu personelu POZ z pacjentem, u którego zostanie potwierdzone zakażenie wirusem SARS CoV-2

W przypadku kontaktu z pacjentem, u którego zostanie potwierdzone zakażenie wirusem SARS CoV-2, personel POZ nie będzie podlegać kwarantannie, a placówka POZ nie zostanie zamknięta **przez organ inspekcji sanitarnej**, gdy spełnione zostaną poniższe warunki:

1. personel był prawidłowo, tj. co najmniej zgodnie z powyższymi zaleceniami zabezpieczony przez cały czas kontaktu, niezależnie od długości i rodzaju kontaktu.

lub

2. kontakt z pacjentem bezobjawowym, z potwierdzonym zakażeniem wirusem SARS CoV-2 trwał krócej niż 15 minut lub zachowany był dystans min. 1,5 m (tj. niespełnione kryteria bliskiego kontaktu)

oraz

3. zostały zastosowane procedury dekontaminacji, tj. przeprowadzono dezynfekcję pomieszczeń, w których przebywał pacjent i drogi dojścia pacjenta oraz sprzętu wykorzystanego do badania.



NACZELNA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

NIPiP-NRPIP-DM.025.187.2020.MK

Warszawa, 16 października 2020 r.

Pan
Adam Niedzielski
Minister Zdrowia

Szanowny Panie Ministrze

W dniu 15 października 2020 r. odbyło się posiedzenie Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych. Był Pan na nie zaproszony w charakterze gościa, aby w ramach dialogu społecznego zaprezentować Panu, jako przedstawicielowi władzy publicznej w obszarze ochrony zdrowia, postulaty samorządu pielęgniarek i położnych.

Nie sposób usprawiedliwić Pańskiej nieobecności inaczej jak lekceważenie środowiska pielęgniarek i położnych. Tym bardziej, że nie zaproponował Pan choćby oddelegowania przedstawiciela Ministerstwa Zdrowia na posiedzenie NRPIP lub innego terminu spotkania ze swoim udziałem, nie mówiąc już o możliwości zdalnego połączenia podczas posiedzenia, co pozwala przypuszczać, że nie ma jakiegokolwiek woli rozmowy Ministra Zdrowia o sytuacji pielęgniarek i położnych w Polsce. Taka postawa negatywnie wpływa na morale środowiska, szczególnie w okresie wzmożonej pracy z powodu epidemii COVID-19.

Przypominamy, że dnia 9 lipca 2018 r. Minister Zdrowia wraz z Narodowym Funduszem Zdrowia zawarł z Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Pielęgniarek i Położnych oraz Naczelną Izbą Pielęgniarek i Położnych porozumienie, w którym strona rządowa zobowiązała się do realizacji wielu postulatów płacowych i socjalnych dla środowiska pielęgniarek i położnych. Szereg z nich nie zostało w ogóle zrealizowanych pomimo upływu dwóch lat obowiązywania porozumienia, a zapowiedzi prac legislacyjnych prowadzonych przez

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

Nursing now

Polska

2020
MIĘDZYNARODOWY
ROK PIELĘGNIARKI
I POŁOŻNEJ



NACZELNA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

NIPiP-NRPiP-0025.168.2020.MK

Warszawa, dnia 1 września 2020 r.

Pani/Pan
Przewodnicząca/Przewodniczący
Okręgowej Rady Pielęgniarek i
Położnych
Członkowie Naczelnej Rady Pielęgniarek
i Położnych

Szanowni Państwo,

Informuję, iż ustawa 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. z 2020 r., poz. 1493), została podpisana przez Prezydenta RP (25 sierpnia 2020 r.) i ogłoszona w Dzienniku Ustaw w dniu 31 sierpnia 2020 r.

Powyższy akt prawny wprowadza m.in. zmiany w ustawie *o działalności leczniczej*, w ustawie *o samorządzie pielęgniarek i położnych* oraz ustawie *o zawodach pielęgniarki i położnej*, które przedstawiam poniżej.

Art. 9. W ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. *o działalności leczniczej* (Dz. U. z 2020 r. poz. 295 i 567) wprowadza się następujące zmiany: (...)

- w art. 49 po ust. 6 dodaje się ust. 6a w brzmieniu:

„6a. W przypadku ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii, okres, o którym mowa w ust. 6, zostaje przedłużony o czas trwania danego stanu oraz o kolejne 90 dni od dnia jego odwołania.”

Art. 12. W ustawie z dnia 1 lipca 2011 r. *o samorządzie pielęgniarek i położnych* (Dz. U. z 2018 r. poz. 916) wprowadza się następujące zmiany:

- w art. 8 dodaje się ust. 4 w brzmieniu:

„4. Jeżeli kadencja organów izby, o której mowa w ust. 1, 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. Zdanie drugie ust. 1 stosuje się.**”;

- po art. 31 dodaje się art. 31a w brzmieniu:

„Art. 31a. 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, okręgowa rada, **po podjęciu uchwały o braku możliwości przeprowadzenia okręgowego zjazdu w związku z ogłoszeniem takiego stanu, realizuje zadania, o których mowa w art. 30 pkt 1, w danym roku.**”

Art. 13. W ustawie z dnia 15 lipca 2011 r. *o zawodach pielęgniarki i położnej* (Dz. U. z 2020r. poz. 562, 567 i 945) wprowadza się następujące zmiany:

- w art. 5 po ust. 1 dodaje się ust. 1a w brzmieniu:

„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.”;

- w art. 78 dodaje się ust. 6–8 w brzmieniu:

„6. W przypadku ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych może być prowadzone:

- 1) z wykorzystaniem metod i technik kształcenia na odległość w odniesieniu do zajęć teoretycznych, niezależnie od tego, czy zostało to przewidziane w programie kształcenia;
- 2) w formie indywidualnej w odniesieniu do szkolenia praktycznego, także w podmiocie, w którym aktualnie pielęgniarka, położna uczestnicząca w kształceniu jest zatrudniona.

7. W sytuacji, o której mowa w ust. 6 pkt 1, weryfikacja osiągniętych efektów kształcenia, z wyłączeniem egzaminu państwowego, o którym mowa w art. 67 ust. 2, może odbywać się z wykorzystaniem technologii informatycznych zapewniających kontrolę jej przebiegu i rejestrację.

8. Z dniem rozpoczęcia kształcenia w sposób, o którym mowa w ust. 6, organizator kształcenia informuje Centrum o stosowanych metodach i technikach kształcenia na odległość oraz o zmianach dotyczących placówek szkolenia praktycznego wskazanych w harmonogramie kształcenia, o którym mowa w art. 80 ust. 2 pkt 2.”;

- w art. 81 w pkt 2 kropkę zastępuje się średnikiem i dodaje się pkt 3 w brzmieniu:

„3) rejestrować przebieg zajęć teoretycznych prowadzonych z wykorzystaniem metod i technik kształcenia na odległość, w zakresie obejmującym dźwięk; nośnik z zarejestrowanymi zajęciami stanowi integralną część dokumentacji przebiegu kształcenia podyplomowego.”

Z poważaniem

Wiceprezes NRPiP

Sebastian Irzykowski



Naczelna Rada
Pielęgniarek i Położnych

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 rozprzestrzenianiem 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 Małąg, Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z prośbą o pilną zmianę przepisów regulujących wysokość wynagrodzenia i zasiłku chorobowego wypłacanego osobom wykonującym 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 Ministra 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*. 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.

Propozycja zmian jest podyktowana ekstraordynaryjną sytuacją wynikającą z rozprzestrzeniania się zakażeń wirusem SARS CoV-2 i konieczności 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 ryzyko dla własnego zdrowia i życia. Nie ma obecnie żadnych wątpliwości, że osoby wykonujące zawód medyczny, bez względu na miejsce niesienia pomocy, potrzebują szczególnego wsparcia ze strony władzy publicznej.

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



Naczelna Rada
Pielęgniarek i Położnych

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

Miło jest nam poinformować, że kolejni uczestnicy szkoleń specjalizacyjnych organizowanych przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Kaliszu zdali egzamin państwowy, uzyskując wysoki poziom punktów.

W imieniu Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Kaliszu składam serdeczne gratulacje wszystkim absolwentom, uczestnikom egzaminów specjalizacyjnych w dziedzinie:

- pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki,
- pielęgniarstwa geriatrycznego,
- pielęgniarstwa internistycznego,
- pielęgniarstwa psychiatrycznego.

Życzymy nowym Specjalistom, aby zdobyta wiedza i umiejętności były przydatne w pracy zawodowej.

(-) Marek Przybył
Przewodniczący



DZIENNIK USTAW

RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Warszawa, dnia 14 sierpnia 2020 r.

Poz. 1395

ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾
z dnia 12 sierpnia 2020 r.

w sprawie standardu organizacyjnego teleporady w ramach podstawowej opieki zdrowotnej

Na podstawie art. 22 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2020 r. poz. 295 i 567) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa standard organizacyjny teleporady udzielanej w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, zwanej dalej „POZ”.

§ 2. Użyte w rozporządzeniu określenia oznaczają:

- 1) osoba udzielająca teleporady – lekarz, pielęgniarka lub położna, którzy udzielają świadczeń u świadczeniodawcy POZ;
- 2) świadczeniodawca POZ – świadczeniodawca, o którym mowa w art. 9 ust. 1 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. z 2020 r. poz. 172);
- 3) teleporada – świadczenie zdrowotne udzielane na odległość przy użyciu systemów teleinformatycznych lub systemów łączności.

§ 3. Ustala się standard organizacyjny teleporady udzielanej w ramach POZ, który obejmuje:

- 1) informowanie przez świadczeniodawcę POZ w miejscu wykonywania świadczeń oraz na stronie internetowej tego świadczeniodawcy, a na życzenie pacjenta również telefonicznie, o warunkach udzielania teleporad z uwzględnieniem prawa pacjenta do zgłoszenia w trakcie teleporady woli osobistego kontaktu z właściwym personelem medycznym; informacja określa:
 - a) systemy teleinformatyczne lub systemy łączności, przy użyciu których świadczeniodawca POZ udziela teleporad,
 - b) sposób ustalenia terminu teleporady,
 - c) sposób nawiązania kontaktu między świadczeniodawcą POZ a pacjentem w celu udzielenia teleporady oraz sposób jej udzielenia,
 - d) sposób postępowania w sytuacji, gdy brak kontaktu z pacjentem w ustalonym terminie teleporady skutkuje jej anulowaniem, przy czym świadczeniodawca POZ jest obowiązany do podjęcia co najmniej trzykrotnej próby kontaktu z pacjentem, w odstępie nie krótszym niż 5 minut, w celu udzielenia teleporady,
 - e) możliwość skorzystania ze świadczenia opieki zdrowotnej udzielonego w bezpośrednim kontakcie z pacjentem, w przypadku gdy niezbędne z uwagi na stan zdrowia pacjenta świadczenie zdrowotne nie jest możliwe do zrealizowania w formie teleporady – okoliczność ta powinna być ustalana w porozumieniu z pacjentem lub jego opiekunem ustawowym,

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

Dziennik Ustaw

– 2 –

Poz. 1395

f) instrukcje o:

- sposobie realizacji e-recepty,
- sposobie realizacji e-skierowania,
- sposobie realizacji e-zlecenia na wyroby medyczne,
- sposobie realizacji zlecenia badań dodatkowych, w szczególności laboratoryjnych lub obrazowych,
- możliwości zależenia przez pacjenta Internetowego Konta Pacjenta;

2) informowanie Narodowego Funduszu Zdrowia przez świadczeniodawcę POZ o numerze telefonu, pod którym są udzielane teleporady, w przypadku teleporad udzielanych telefonicznie;

3) potwierdzenie przez osobę udzielającą teleporady, przed jej udzieleniem, tożsamości pacjenta na podstawie danych, o których mowa w art. 25 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2020 r. poz. 849), przekazanych przez niego za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności oraz:

- a) na podstawie danych wskazanych w dokumentacji medycznej lub deklaracji wyboru, o której mowa w art. 10 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej, lub
- b) po okazaniu przez pacjenta dokumentu potwierdzającego tożsamość, przy udzieleniu świadczenia opieki zdrowotnej w formie wideoporady, lub
- c) przy wykorzystaniu elektronicznego konta pacjenta utworzonego w wyniku potwierdzenia jego tożsamości osobie lub w sposób określony w art. 20a ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne (Dz. U. z 2020 r. poz. 346, 568 i 695);

4) dokonanie, przez osobę udzielającą teleporady, adnotacji w dokumentacji medycznej o realizacji świadczenia zdrowotnego w formie teleporady;

5) przeprowadzenie teleporady w warunkach gwarantujących poufność, w tym zapewnienie braku dostępu osób nieuprawnionych do informacji przekazywanych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności w związku z udzieleniem teleporady;

6) w przypadku przekazywania informacji dotyczącej stanu zdrowia pacjenta, w tym cyfrowego odwzorowania dokumentacji medycznej, za pośrednictwem systemów teleinformatycznych, stosowanie przez świadczeniodawcę POZ rozwiązań techniczno-organizacyjnych służących zapewnieniu transmisji dokumentów elektronicznych w postaci graficznej i tekstowej, w sposób zapewniający ich integralność oraz ochronę przed nieuprawnionym wykorzystaniem, przypadkowym lub niezgodnym z prawem zniszczeniem, utraceniem, zmodyfikowaniem, nieuprawnionym ujawnieniem lub nieuprawnionym dostępem;

7) dokonanie przez osobę udzielającą teleporady na podstawie badania podmiotowego i po analizie dostępnej dokumentacji medycznej pacjenta, w tym udostępnionej za pośrednictwem systemu teleinformatycznego, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2020 r. poz. 702), następujących czynności:

- a) udzielenie świadczenia zdrowotnego, w tym ustalenie, czy teleporada jest wystarczająca dla problemu zdrowotnego będącego jej przedmiotem, lub
- b) poinformowanie pacjenta o konieczności udzielenia świadczenia zdrowotnego w bezpośrednim kontakcie z pacjentem, jeżeli charakter aktualnego problemu zdrowotnego uniemożliwia udzielenie świadczenia zdrowotnego w formie teleporady.

§ 4. Świadczeniodawcy POZ dostosują swoją działalność do wymagań określonych w niniejszym rozporządzeniu w terminie 60 dni od dnia jego wejścia w życie.

§ 5. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

Minister Zdrowia: *wz. W. Kraska*

KONDOLENCJE**Krystynie Wieteckiej**Wyrazy głębokiego współczucia z powodu
śmierci Ojcaskładają
pielęgniarki Izby Przyjęć Ostrzeszowskiego
Centrum Zdrowia Sp. z o.o**Annie Walas**Najszczerze wyrazy współczucia z powodu
śmierci Mamyskładają
pielęgniarki Oddziału Wewnętrznego Ostrzeszowskiego
Centrum Zdrowia Sp. z o.o**ĆWICZENIA WZMACNIAJĄCE ODCINEK LĘDŹWIOWO-KRZYŻOWY KRĘGOSŁUPA****PRZYKŁADOWY ZESTAW ĆWICZEŃ
WZMACNIAJĄCY KRĘGOSŁUP W ODCINKU
LĘDŹWIOWO-KRZYŻOWYM**

Kręgosłup jest najważniejszą podporą naszego ciała. Najwięcej dolegliwości, które odczuwamy w plecach, pochodzi z odcinka lędźwiowego.

Przed przystąpieniem do ćwiczeń należy zapoznać się z kilkoma najważniejszymi zasadami:

- ćwiczenia nie powinny wywoływać bólu,
- najpierw rozciągamy mięśnie przykurczone, a dopiero potem wzmocniamy mięśnie osłabione,
- zasada 3x30x130. ćwiczyć przynajmniej 3 razy w tygodniu po 30 min przy tętnie 130
- pamiętać o prawidłowym oddechu podczas ćwiczeń.

1. Wyprost tułowia

Położ się na brzuchu. Unieś głowę i tułów tak wysoko jak zdołasz podpierając się na wyprostowanych ramionach. Policz do 10. Powtórz ćwiczenie 5 razy.

2. Przysiad przy ścianie

Stań tyłem do ściany odsuwając pięty o około 10 cm d ściany. Pośladki i ramiona powinny znajdować się jak najbliżej ściany. Zegnij kolana ześlizgując plecy po ścianie. Utrzymaj pozycję przez 5 sekund. Powróć i rozluźnij mięśnie. Powtórz ćwiczenie.

3. Rozciąganie pleców

1. Uklęknij podpierając się na rękach.
2. Głowę rozluźnij i opuść. Plecy unieś do góry aż poczujesz przyjemne rozciągnięcie górnej, środkowej i dolnej części pleców. Utrzymaj pozycję 15 – 30 sekund lub do odczucia dyskomfortu.
3. Powróć do pozycji wyjściowej- klęku z podparciem na rękach i prostymi plecami.
4. Opuść plecy na kształt kołyski kierując brzuch do podłogi, pośladki unieś do góry.
5. Utrzymaj pozycję 15 – 30 sekund.
6. Ćwiczenie powtórz 2 – 4 razy.

4. Unoszenie nogi w leżeniu na brzuchu

1. Połóż się na brzuchu, twarzą w dół. Zegnij ręce w łokciach kładąc dłonie na podłodze blisko głowy.
2. Lekko unieś głowę patrząc w dół.
3. Trzymając prawą nogę wyprostowaną unieś ją tak wysoko jak zdołasz.

4. Krótco przytrzymaj a następnie powróć do pozycji wyjściowej

5. Powtórz ćwiczenie z drugą nogą.

5. Unoszenie miednicy

1. Połóż się na plecach. Zegnij nogi w kolanach kładąc stopy na podłodze lekk osunięte od siebie.
2. Ramiona połóż za głową z dłońmi skierowanymi do góry.
3. Powoli unos miednicę aż do wyprostowania pleców.
4. Stopniowo opuszczaj miednicę do pozycji wyjściowej.

6. Pogłębianie rotacji bioder w pozycji siedzącej

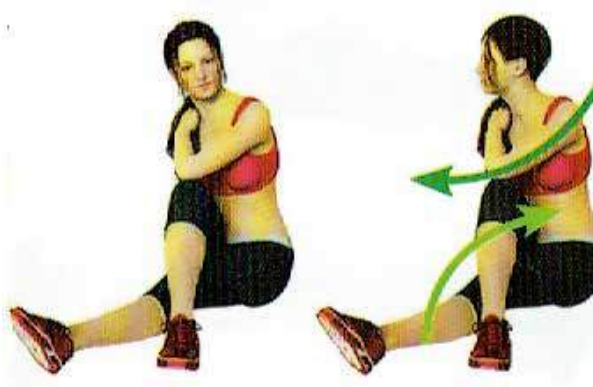
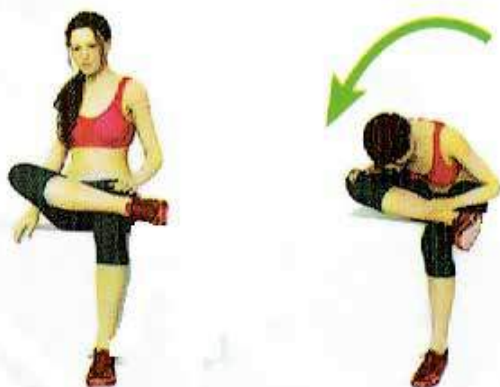
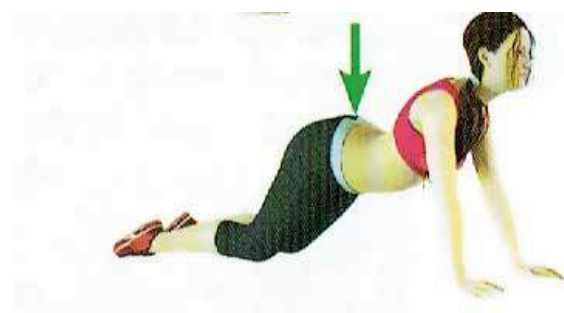
1. Usiądź na krześle lub ławce, opierając stopy o podłogę.
2. Połóż prawą nogę na lewej tak aby kostka prawej nogi leżała na lewym kolanie.
3. Przy wyprostowanych plecach powoli pochylaj się do przodu aż do uzyskania nacisku tułowiem na prawe kolano.
4. Po uzyskaniu łagodnego rozciągnięcia, bez towarzyszącego dyskomfortu, przytrzymaj pozycję przez 15 sekund.
5. Powtórz ćwiczenie z drugą nogą.

7. Rozciąganie kręgosłupa z rotacją

1. Usiądź na podłodze z wyprostowanymi nogami.
2. Przelóż prawą nogę ponad lewą kładąc prawą stopę na podłodze na zewnątrz lewego kolana.
3. Przelóż lewy łokieć do zewnętrznej części prawego kolana i wyprostuj prawe ramię za siebie podpierając się dłonią o podłogę.
4. Powoli skręć tułów w prawą stronę patrząc przez prawe ramię jednocześnie delikatnie naciskając lewym łokciem na zewnętrzną część prawego kolana.
5. Kiedy poczujesz rozciągnięcie bioder i pleców utrzymaj pozycję przez 30 sekund.
6. Ćwiczenie powtórz po drugiej stronie.

ĆWICZENIA WZMACNIAJĄCE ODCINEK LĘDŹWIOWO-KRZYŻOWY KRĘGOSŁUPA

**PRZYKŁADOWY ZESTAW ĆWICZEŃ
WZMACNIAJĄCY KRĘGOSŁUP W ODCINKU
LĘDŹWIOWO-KRZYŻOWYM**





INTER Kontrakt NNW

Ubezpieczenie utraty przychodu dla Pielęgniarek i Położnych

■ Pracujesz na kontrakcie?

Co się stanie, jeśli w wyniku wypadku nie będziesz wykonywać pracy zawodowej?

- Pobyt w szpitalu lub rekonwalescencja oznacza utratę przychodów.
- Twój budżet domowy zostanie mocno obciążony, a ZUS wypłaci Ci tylko minimalne świadczenie.
- Nadal będziesz płacić rachunki, czy raty kredytu.

■ Poczuj się bezpiecznie z ubezpieczeniem INTER Kontrakt NNW

- Odbierz świadczenie pieniężne za każdy dzień niezdolności do pracy spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem – nawet 9 000 zł miesięcznie!
- Zachowaj stabilność finansową w trakcie powrotu do zdrowia.
- Podstawą decyzji o wypłacie świadczenia jest zwolnienie lekarskie.
- Wypłata świadczenia od 1-go dnia czasowej niezdolności do pracy, maksymalnie do 365 dnia.

Grupa wiekowa	Wysokość składki dla INTER Kontrakt NNW	
	Wariant A Świadczenie 150 zł dziennie / Bez weryfikacji przychodów	Wariant B Świadczenie 300 zł dziennie / Przychody powyżej 9 000 zł
	Miesięcznie otrzymasz 4 500 zł	Miesięcznie otrzymasz do 9 000 zł
do 39 lat	40 zł	70 zł
40 - 49 lat	45 zł	81 zł
50 - 59 lat	68 zł	122 zł
60 - 70 lat	84 zł	151 zł

Niniejsza ulotka nie stanowi oferty handlowej w rozumieniu art. 66 Kodeksu Cywilnego

Towarzystwo Ubezpieczeń INTER Polska S.A.
Przedstawicielstwo w Kaliszu
ul. Narutowicza 2A
62-800 Kalisz
tel. +48 62 757 16 22
tel. kom. 602 291 884

inter
UBEZPIECZENIA