



Dwumiesięcznik, wydawany przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie

BIULETYN INFORMACYJNY

Styczeń - Luty 2020



**Biuro Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych
w Częstochowie:**

42-200 Częstochowa, ul. Pułaskiego 25
IV piętro w budynku „Przemysłówka” S.A.
(róg ul. Kopernika i Pułaskiego)
Tel./fax: 34 324 51 12, 34 361 30 18,
503 008 946, 510 893 392
Księgowość: 510 893 408
e-mail: sekretariat@oipip.czyst.pl,
www.oipip.czyst.pl

Godziny pracy biura:

Pn-wt-pt 7.00-15.30, Śr-czw 7.00-17.00

Nr konta bankowego:

Millenium Bank
82 1160 2202 0000 0001 2869 0101

Kasa biura czynna: Pn-pt 8.00-14.00

Ośrodek szkoleniowy:

Pn-wt-pt 7.00-15.00
Śr-czw 7.00-17.00
Tel./fax: 34 324 51 12, 34 361 30 18,
519 862 186
e-mail: szkolenia@oipip.czyst.pl

Księgowość: Pn-wt-czw-pt

Tel.: 510 893 392

Biblioteka czynna:

Pn-wt-pt 7.00-15.30
Śr-czw 7.00-17.00

Okręgowy Rzecznik

Odpowiedzialności Zawodowej:

I i III środa miesiąca: 15.00-17.00

Radca Prawny:

Śr 14.00-16.00
Pt 8.30-9.30

Wydawca:

Okręgowa Rada Pielęgniarek
i Położnych w Częstochowie

Redaktor naczelny:

Marzena Maniszewska, Tel.: 503 008 946
e-mail: sekretarz@oipip.czyst.pl

Druk:

Filharmonia Druku – Drukarnia Viper Sp. z o.o.
ul. Rejtana 33A, 42-200 Częstochowa
www.filharmoniadruku.pl, Tel.: 34 344 44 35

Nakład: 1000 egz. ISSN 2451 – 4489

Materiałów niezamówionych redakcja nie zwraca, w tekstach publicznych zastrzega sobie prawo skrótów, zmian tytułów oraz poprawek stylistyczno-językowych. Za błędy powstałe podczas druku nie ponosimy odpowiedzialności.

UWAGA! ZMIANA TERMINU OKRĘGOWEGO ZJAZDU!

Szanowni Delegaci,

na mocy Uchwały Nr 387/VII/2020 podjętej dnia 11.03.2020r. przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych w związku z aktualnie panującą sytuacją epidemiologiczną w Polsce i mając na uwadze działania prewencyjne mające na celu zapobieganie rozprzestrzenianiu się zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2 Okręgowe Zjazdy Pielęgniarek i Położnych w całym kraju zostały przesunięte na jesień 2020.

O terminie Okręgowego Zjazdu Sprawozdawczo Wyborczego w Częstochowie poinformujemy w bliżej nieokreślonym terminie.

Spis treści:

Koronawirusy.....	4
Wytyczne postępowania z pacjentami z podejrzeniem zakażenia koronawirusem	5
Kampania Nursing Now Polska rozpoczęta! ...	17
Wynagrodzenie pielęgniarek i położnych	19
Komunikat dla świadczeniodawców w sprawie rozliczenia środków na wzrost wynagrodzeń pielęgniarek i położnych za 2019 r.....	21
Stop agresji wobec pielęgniarek i położnych ..	24
Wysokość składki członkowskiej na 2020r....	25

Szanowni Państwo

Pielęgniarki, Położne, Pielęgniarze,

od kilku tygodni znajdujemy się w szczególnym okresie, w którym nasze wysiłki skierowane są na to co jest dla nas najważniejsze - ochronie zdrowia i życia. Każdy z nas ma również na uwadze bezpieczeństwo swoich najbliższych pomimo udzielania pomocy medycznej wszystkim potrzebującym.

W imieniu Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych składam podziękowania oraz słowa największego uznania za wysiłek i trud wszystkich Was, którzy w obliczu śmiertelnego zagrożenia jakim jest zakażenie SARS – CoV – 2, z odpowiedzialnością i pełnym zaangażowaniem wykonujecie swoje obowiązki.

Słowo “dziękuję” nadaje sens naszemu działaniu. To jedno słowo sprawia, że czujemy się wartościowi i ważni. To jedno słowo może być niezauważone, gdy jest stałym elementem naszego życia. Ale jak go nie ma... czujemy niepewność, czy nasze wysiłki są dla kogoś ważne.

Czy kogokolwiek obchodzi to, co robisz? Takie pytanie zadają sobie w głębi serca osoby, których pracy nikt nie komentuje. ”Pożyteczna praca zawsze jest cicha i niezauważalna,, natomiast nie w obliczu obecnej pandemii, gdzie podjęte ryzyko w ratowaniu zdrowia i życia ludzkiego jest nie tylko zauważane, ale także bardzo doceniane i chwalone.

W ramach możliwości Izby staramy się wskazać najlepsze rozwiązania w sytuacjach, które wymagają dialogu i zrozumienia. Uruchomiliśmy pomoc psychologiczną i prawną dla członków OIPiP w Częstochowie. Na bieżąco uczestniczymy w zbieraniu informacji o warunkach Waszej pracy. Monitorujemy sytuację związaną z zasobami kadrowymi oraz występującymi problemami związanymi m. in. z zabezpieczeniem w środku ochrony osobistej pielęgniarek i położnych. Jesteśmy w ciągłym kontakcie z Naczelną Izbą Pielęgniarek i Położnych, która koordynuje działania pomiędzy Ministerstwem Zdrowia, Głównym Inspektorem Sanitarnym, Narodowym Funduszem Zdrowia oraz Rządem RP, jak również w zakresie wszelkich uregulowań prawnych związanych z sytuacją epidemiologiczną w kraju. Jesteśmy w ścisłej współpracy z kadrą pielęgniarską i położniczą w szpitalach i poz oraz z konsultantami wojewódzkimi w dziedzinach pielęgniarstwa i położnictwa, a w szczególności z konsultantami wojewódzkimi w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego i z Wami po to, aby pomóc i wesprzeć Was w tej trudnej sytuacji.

Jakże często osobisty kontakt czy rozmowa telefoniczna ułatwiają rozwiązanie problemu. Zapewniam Państwa, że zrobimy wszystko aby pomóc Wam dzisiaj i w najbliższych tygodniach. Proszę o zgłaszanie do Izby wszystkich spraw ważnych dla Was z punktu widzenia zawodowego jak i osobistego, które w Waszym odczuciu wymagają wsparcia i pomocy.

Jeszcze raz serdecznie dziękuję Wszystkim za trud, poświęcenie i pełne oddanie sprawie, która nas dotyka. Jestem przekonana, że dzięki Wam Drogie Koleżanki i Koledzy Pielęgniarki, Pielęgniarze i Położne, całemu personelowi medycznemu, dyrekcji szpitali i organom administracji zdamy ten trudny egzamin nie tracąc wiary w siebie i medycynę dokonującą niebywałego umocnienia.

Z wyrazami szacunku

Barbara Płaza

Przewodnicząca

Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie

7 kwietnia Dzień Pracownika Służby Zdrowia

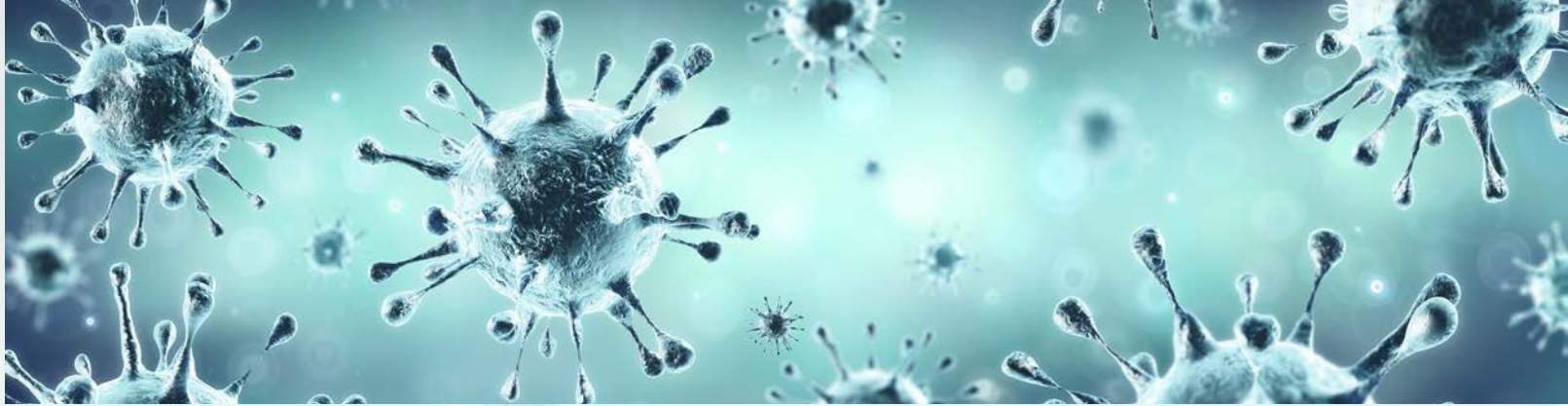
Z okazji Dnia Pracownika Służby Zdrowia przypadającego

na 7 dzień kwietnia składamy wszystkim pracownikom

Ochrony Zdrowia najserdeczniejsze życzenia,

pomyślności i wytrwałości w tej trudnej i niezwykle

odpowiedzialnej pracy.



KORONAWIRUSY

Koronawirusy to RNA-wirusy, które odpowiedzialne są za około 10-20 proc. przeziębień oraz za epidemie schorzeń dróg oddechowych, które występują co ok. cztery lata. Koronawirusy atakują głównie ssaki i ptaki. Ich genom zbudowany jest z RNA. Ich nazwa pochodzi od otoczki przypominającej koronę, która widoczna jest wokół wirionów w mikroskopie elektronowym.

Koronawirusy

Koronawirusy są drobnoustrojami, które wywołują różnego rodzaju infekcje układu pokarmowego i oddechowego, zarówno u ludzi, jak i zwierząt. Pierwsza informacja na temat koronawirusów pojawiły się w latach 60. XX wieku, gdy odkryto patogen HCoV-229E oraz HCoV-OC43, które powodują przeziębienie o łagodnym charakterze, samoistnie ustępujące po kilku dniach. Śmiertelna odmiana wirusa pojawiła się dopiero w 2002 roku w Chinach. Odmiana ta powoduje ciężką niewydolność oddechową, określaną z biegiem czasu jako SARS. Według danych WHO epidemia SARS w latach 2002-2003 spowodowała śmierć 916 osób. Koronawirusy to RNA-wirusy. Oznacza to, że ich genom zbudowany jest z RNA. Ich nazwa pochodzi od otoczki przypominającej koronę, która widoczna jest wokół wirionów w mikroskopie elektronowym.

Odmiana ta powoduje ciężką niewydolność oddechową, określaną z biegiem czasu jako SARS

Wśród tej grupy wyróżniamy trzy podgrupy (B814, 229E i OC43), z czego dwie ostatnie wywołują epidemie zakażeń dróg oddechowych. Dobrze poznanym reprezentantem tej grupy jest wcześniej wspomniany wirus SARS. Do koronawirusów należy również MERS-CoV (The Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus), który od września 2012 roku wykryto u ponad 40 osób, z czego połowa zmarła. Pierwsze objawy zakażenia koronawirusami są zwykle podobne do objawów grypy. Pojawia się wysoka gorączka, ból głowy, ból gardła i kaszel, uczucie wyczerpania, brak apetytu.

Koronawirusy - jak się zakażamy?

Istnieje przekonanie, że wirus SARS pojawił się na skutek transmisji od nietoperzy, chociaż mogły to być również jenoty. Najbardziej zagrożonym rejonem, gdzie występuje SARS jest południowo-wschodnia Azja. Jednak

wciąż aktualne pozostaje przypuszczenie, że źródłem koronawirusów dla ludzi są wielbłądy. Wirusy mogą być zlokalizowane w moczu, kale, a nawet wydzielinie dróg oddechowych i mleku zakażonego zwierzęcia. Bezpośredni kontakt z wymienionymi wydzielinami może skutkować przeniesieniem zakażenia. W niektórych sytuacjach możliwe jest zakażenie człowieka przez człowieka, chociażby wskutek bliskiego kontaktu z chorymi osobami czy wśród pracowników służby zdrowia.

Jakie są objawy infekcji koronawirusami?

Zakażenie szczepami koronawirusów w postaci HCoV-229E oraz HCoV-OC43 charakteryzuje się niegroźną infekcją, w przebiegu której pojawiają się typowe objawy przeziębienia w postaci kataru oraz niekiedy kaszlu. Zazwyczaj stan ten utrzymuje maksymalnie siedem dni, po czym samoistnie znika. Patogeny te powodują znacznie cięższy przebieg u małych dzieci oraz osób w podeszłym wieku, które mają zaburzoną odporność. Wówczas koronawirusy powodują zapalenie płuc, oskrzeli lub podgłośniaowe zapalenie krtani.

Inne objawy chorobowe występują u osób zarażonych SARS-CoV. Infekcja rozpoczyna się wysoką temperaturą, do której dołącza się na ogół biegunka, suchy kaszel, bóle mięśni i stawów, bóle głowy oraz duszności (kłopoty z oddychaniem). U pewnej grupy pacjentów kłopoty z oddychaniem mogą rozwinąć się w kierunku niewydolności oddechowej, której konsekwencją może być nawet śmierć pacjenta.

Z kolei infekcja spowodowana wirusem MERS-CoV daje na początku mało charakterystyczne objawy, w postaci bólu głowy, kaszlu, wysokiej temperatury, duszności oraz bólów mięśni. Czasem dołączają się nudności, wymioty, biegunka oraz ból brzucha. Wraz z rozwojem infekcji tym wirusem rozwija się zapalenie płuc, które może skutkować śmiercią pacjenta. Nie rzadko można zaobserwować upośledzone funkcjonowanie nerek.

W badaniach laboratoryjnych widoczny jest wysoki poziom dehydrogenazy mleczanowej, natomiast

w badaniu radiologicznym zmiany jedno lub dwustronne i nacieki w jamie opłucnej. Obecność wirusa stwierdzana jest również w krwi, kale, moczu oraz wydzielinach układu oddechowego.

Jak rozpoznać zakażenie koronawirusami?

Najistotniejsze jest przeprowadzenie wywiadu lekarskiego z pacjentem, w którym należy uwzględnić informacje na temat występujących objawów oraz ewentualnych podróży w rejon, gdzie występuje wirus SARS-CoV lub Mers-CoV. Jeżeli chory w ciągu ostatnich dziesięciu dni miał bliski kontakt z osobą chorą - powinien poinformować o tym lekarza. Do postawienia ostatecznej diagnozy wykorzystuje się:

1. badanie krwi,
2. RTG i tomografię klatki piersiowej.

Koronawirusy - leczenie

Do tej pory nie wynaleziono jedyne skutecznego lekarstwa zwalczającego te groźne wirusy. W leczeniu zakażenia wirusem MERS-CoV wykorzystuje się preparaty o niepotwierdzonym działaniu, które do tej pory używane były w innych dolegliwościach. Mowa tutaj o interferonie, który w skojarzeniu z lopinawirem oraz rytonawirem stanowi preparat zatwierdzony do przyjmowania przez zarażonych wirusem HIV. Wybór tego leku wynika z doświadczeń w przebiegu epidemii SARS-CoV.

Niestety szczepionki skuteczne w zakażeniach ludzkimi koronawirusami są niedostępne, jednak badania nad opracowaniem szczepionek przeciwko SARS-CoV (inaktywowany wirus, białka wirusowe, szczepionki DNA, chimeryczne wirusy, cząstki VLP) przeprowadzane były w warunkach *n vitro* i *in vivo*. Podobne badania zostały już rozpoczęte dla wirusa MERS-CoV.

Czy można zapobiegać infekcjom spowodowanym przez koronawirusy?

W zapobieganiu chorobie bardzo ważne są poniższe działania:

1. należy unikać bezpośredniego kontaktu z osobami chorymi,
2. należy pamiętać o higienie podczas oddychania, czyli zasłanianiu w trakcie kaszlu i kichania nosa i ust (najlepiej chusteczką jednorazową),
3. ważna jest higiena osobista, czyli częste mycie rąk,
4. podczas podróży warto mieć przy sobie żel antybakteryjny lub chusteczki jednorazowe z dodatkiem alkoholu,
5. nie należy brudnymi dłońmi dotykać ust, oczu oraz nosa,
6. osoby podróżujące do rejonów, w których występuje wirus MERS-CoV, powinny dokładnie przestudiować informacje zamieszczone na stronie WHO,
7. należy unikać kontaktów zarówno ze zwierzętami jak i ich wydaliniami, szczególnie podczas podróży.

WYTYCZNE POSTĘPOWANIA

Z PACJENTAMI Z PODEJRZENIEM ZAKAŻENIA

KORONAWIRUSEM SARS-CoV-2 (CHOROBA COVID-19)

Dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą, udzielających stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych; Warszawa, 6 marca 2020 r. Poniższe wytyczne zostały zredagowane przez dr med. Pawła Grzesiowskiego na podstawie konsultacji z przedstawicielami 30 szpitali oraz 5 stowarzyszeń aktywnych w dziedzinie kontroli zakażeń szpitalnych w Polsce, w tym:

- Polskie Towarzystwo Zakażeń Szpitalnych (Małgorzata Bulanda, Małgorzata Romanik);
- Stowarzyszenie Higieny Lecznictwa (Paweł Grzesiowski, Anna Tymoczko);
- Polskie Stowarzyszenie Pielęgniarek Epidemiologicznych (Maria Cianciara, Krystyna Brońska);
- Towarzystwo Mikrobiologii Klinicznej (Marzenna Bartoszewicz, Beata Kowalska-Krochmal);
- Małopolskie Stowarzyszenie Komitetów i Zespołów Kontroli Zakażeń (Marian Ciężyński, Monika Pomorska-Wesołowska, Edyta Derlatka). Wytyczne

zatwierdziła: - Rada Naukowa T UW PZUW pod przewodnictwem Rektora Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego prof. dr hab. n. med. Mirosław Wielgosia. - Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych.

Wprowadzenie

Koronawirusy są znane od lat 60 XX wieku, występują u ssaków i ptaków, u ludzi wywołują przeziębienie, biegunkę, zapalenie płuc, ostrą niewydolność oddechową, zaburzenia neurologiczne i kardiologiczne. W ostatnich 20 latach 3 razy występowały epidemie podtypów, których pierwotnym rezerwuarem są nietoperze:

- 2002-2003 r. - ciężki ostry zespół niewydolności oddechowej (wirus SARS-CoV) - ok. 8 tys. pacjentów, 26 krajów, 774 zgonów (śmiertelność wśród potwierdzonych przypadków wyniosła ok. 10%);

Koronawirusy są znane od lat 60 XX wieku

- 2012r.–zespół bliskowschodniej niewydolności oddechowej (wirus MERS-CoV) ok. 2500 przypadków, 27 krajów, 860 zgonów (śmiertelność wśród potwierdzonych przypadków wyniosła ok. 35%);
- 10.2019r.–zespół koronawirusowy COVID-19 (wirus Wuhan (2019-nCoV), obecna nazwa SARS-CoV-2), ok. 95tys.przypadków, 70 krajów, 3,3tys.zgonów (śmiertelność wśród potwierdzonych przypadków wynosi ok. 3,4%) -dane z 06.03.2020r.

Charakterystyka wirusa SARS-CoV-2

Okres wylęgania COVID-19 wynosi od 2 do 14 dni, przeciętnie 3-5 dni. Początkowe objawy to; gorączka, dreszcze, uczucie zmęczenia, kaszel (czasem krwiopłucie), zapalenie spojówek, bóle mięśni, stawów, głowy i rzadziej objawy ze strony układu pokarmowego (nudności oraz wymioty, ból brzucha, biegunka). Pełnoobjawowy zespół chorobowy o ciężkim przebiegu, obejmuje duszność, obustronne śródmiąższowe zapalenie płuc, zespół ostrej niewydolności oddechowej, ARDS, uogólnioną reakcję zapalną, niewydolność wielonarządową. Ryzyko ciężkiego zespołu chorobowego i zgonu wyraźnie koreluje z wiekiem, około 10-15% pacjentów z potwierdzonym zakażeniem ma przebieg ciężki, najwyższe ryzyko zgonu występuje powyżej 70 roku życia (ok. 10-15%). Stwierdza się niską zachorowalność dzieci(ok. 2% wszystkich przypadków), u których przebieg jest najczęściej łagodny. Dodatkowe czynniki ryzyka ciężkiego przebiegu to oprócz wieku ponad 50 lat, przewlekłe schorzenia płuc, układu krążenia oraz metaboliczne (np. cukrzyca). Zakaźność rozpoczyna się prawdopodobnie krótko przed wystąpieniem początkowych objawów(1 doba) i utrzymuje się do ich ustąpienia. W pierwszych dniach choroby, materiał zakaźny stanowią wydzielina z nosa, gardła, oskrzeli, łzy, a w późniejszej fazie -także kał, mocz. Zakażenie następuje drogą kropelkową oraz przez kontakt bezpośredni z wydzielinami pacjenta a także kontakt pośredni ze sprzętami i powierzchniami skażonymi wirusem. Czas przeżycia wirusa (na podstawie danych dla SARS) na powierzchniach nieożywionych w 4°C wynosi 28 dni, natomiast w 20°C od 2do 5 dni. Rozpoznanie zakażenia COVID-19 obejmuje typowy obraz kliniczny, w badaniach dodatkowych obserwuje się leukopenię, podwyższone transaminazy, podwyższone CRP przy prawidłowym poziomie prokalcytoniny, podwyższone LDH, zaburzenia układu krzepnięcia–podwyższone D-dimery, podwyższony fibrynogen, obniżoną saturację. W badaniu radiologicznym kl. pierśsiowej lub CT płuc, stwierdza się rozsiane, obustronne śródmiąższowe zapalenie płuc ze zmianami martwiczo-krwotocznymi. Diagnostyka swoista obejmuje badanie genetyczne (RT-PCR) w kierunku koronawirusa

w wydzielinie z nosa /gardła /oskrzeli. W niedługim czasie będą dostępne także testy serologiczne, umożliwiające wykrycie swoistych IgM i IgG po ostrej fazie choroby, które mogą umożliwić ocenę zasięgu epidemii, z uwzględnieniem osób skąpo objawowych.

Postępowanie przy podejrzeniu koronawirusa

Najważniejsze cele postępowania obejmują:

- szybkie rozpoznanie,
- izolację zakażonych,
- kwarantannę osób z kontaktu,
- prewencję zakażeń wtórnych u personelu medycznego i osób z otoczenia chorego.

Wirus SARS-CoV-2 nie stanowi najprawdopodobniej znacząco większego zagrożenia niż wirus grypy sezonowej A/H1N1, ponieważ jednak jest nowym czynnikiem zakaźnym, ludzkość nie posiada przeciw niemu odporności i jeśli dojdzie do niekontrolowanej transmisji, masowych zachorowań i zwiększonej liczby przypadków – spowoduje to zablokowanie systemu opieki zdrowotnej i wielu innych gałęzi gospodarki. Dlatego należy podejmować wszelkie działania, mające na celu spowolnienie rozwoju epidemii. Szczegółowe zasady postępowania w podmiotach wykonujących działalność leczniczą, udzielających stacjonarnych i całonocnych świadczeń zdrowotnych, innych niż szpital zakaźny. Pacjenci z objawami choroby koronawirusowej, mimo zalecenia kontaktu ze szpitalem zakaźnym, mogą trafić do izby przyjęć/ SOR szpitala ogólnego. Dlatego zaleca się opracowanie i wdrożenie procedury postępowania, której celem nadrzędnym będzie jak najszybsze rozpoznanie pacjenta z podejrzeniem zakażenia i ograniczenie jego kontaktu z innymi osobami celem redukcji ryzyka niekontrolowanej transmisji wirusa na terenie placówki medycznej. Każdy szpital organizuje odrębną „ścieżkę” dla pacjentów z podejrzeniem koronawirusa w zależności od własnych możliwości kadrowych, lokalowych i logistycznych. Najlepiej, aby trakt komunikacyjny, poczekalnia i punkt przyjęć zlokalizowane były poza głównym traktem przyjęć do szpitala, może być to wydzielona część budynku albo tymczasowo wydzielone pomieszczenie, z poczekalnią, może być to także ogrzewany namiot /kontener przy izbie przyjęć /SOR.

Wydzielone pomieszczenie/pomieszczenia dla pacjentów z podejrzeniem choroby korona-wirusowej powinny mieć zabezpieczony dostęp do toalety (optymalnie). Pomieszczenie należy wyposażać w:

- środki ochrony osobistej,
- termometr,
- pulsoksymetr,
- dostęp do gazów,

Ryzyko ciężkiego zespołu chorobowego i zgonu wyraźnie koreluje z wiekiem

- kardiomonitor (opcjonalnie) /EKG (opcjonalnie),
- dostęp do pobrania krwi i badań mikrobiologicznych oraz diagnostyki radiologicznej i laboratoryjnej, zestaw do resuscytacji.
- środki do dezynfekcji rąk, narzędzi i powierzchni.

Należy wyznaczyć osobę spośród personelu, która skoordynuje ruch pacjentów w w/w pomieszczeniu/pomieszczeniach. Ocena pacjentów powinna być przeprowadzana na jak najwcześniejszym etapie np. poprzez instalację domofonu przy wejściu do izby przyjęć/oddziału ratunkowego albo wydzielenie oddzielnego traktu komunikacyjnego i poczekalni dla pacjentów objawami zakażenia układu oddechowego. Celem jednoznacznej komunikacji należy przygotować plakat informacyjny dla pacjentów, wskazujący drogi komunikacji i tryb zgłoszenia oraz poinformować/przeszkolić personel medyczny, ochronę szpitala, pracowników rejestracji i szatni o w/w zasadach postępowania/.

Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych przeprowadza w trybie pilnym szkolenia całego personelu, ze szczególnym uwzględnieniem personelu izby przyjęć /SOR. Przy wejściu do izby przyjęć /SOR zamontować należy dozowniki z płynem do dezynfekcji rąk w dozownikach uruchamianych bez kontaktu z dłonią. Przykładowa treść plakatu dla placówek medycznych, informującego pacjentów o ścieżce postępowania w placówce medycznej. Jeśli masz objawy: gorączka powyżej 38stopni C, kaszel, duszność, trudności z oddychaniem oraz w ciągu ostatnich 14 dni przebywałeś w miejscu gdzie w którym aktualnie występuje epidemia koronawirusa albo miałeś kontakt z chorym na tę infekcję w najbliższym otoczeniu: **KIERUJ SIĘ DO PUNKTU PRZYJĘĆ, KTÓRY ZNAJDUJE SIĘ.....**(wyraźnie oznakować „ścieżkę” dla pacjenta). Po wejściu do izby przyjęć / SOR zdezynfekuj ręce i załóż maskę, którą otrzymasz od personelu medycznego

Definicje przypadków zakażenia COVID-19 wg WHO/ECDC i GIS (z dnia 26.02.2020)

Kryteria kliniczne; **Grupa A.** Kryteria wymagające dodatkowo spełnienia kryterium epidemiologicznego. Co najmniej jeden z wymienionych objawów ostrej infekcji układu oddechowego: gorączka -kaszel-duszność. **Grupa B.** Kryteria nie wymagające spełnienia kryterium epidemiologicznego - osoba hospitalizowana, diagnozowana w kierunku wirusowego zapalenia płuc lub z objawami ciężkiej infekcji układu oddechowego - osoba należąca do ogniska/klastra wirusowego zapalenia płuc o nieznanym etiologii Kryteria epidemiologiczne Każda osoba, która w okresie 14 dni przed wystąpieniem objawów spełniała co najmniej jedno z następujących

kryteriów:-miała bliski kontakt z osobą, u której stwierdzono zakażenie COVID-19 (kontakt z przypadkiem potwierdzonym lub prawdopodobnym). Jako bliski kontakt należy rozumieć:

1. zamieszkiwanie z przypadkiem COVID-19,
2. bezpośredni kontakt fizyczny z przypadkiem COVID-19 (np. podanie ręki),
3. bezpośredni kontakt bez zabezpieczania z wydzielinami osoby z COVID-19 (np. dotykane zużytej chusteczki higienicznej, narażenie na kaszel osoby chorej),
4. przebywanie w bezpośredniej bliskości (twarz w twarz) osoby chorej, w odległości mniejszej niż 2 m przez ponad 15 minut,
5. przebywanie w tym samym pomieszczeniu co osoba chora COVID-19 w odległości mniejszej niż 2 m przez co najmniej 15 minut (np. klasie, poczekalni szpitala/przychodni, sali konferencyjnej,
6. personel medyczny lub inna osoba bezpośrednio opiekująca się chorym z COVID-19 lub osoba pracująca w laboratorium bezpośrednio z próbkami osób chorych na COVID-19 bez odpowiedniego zabezpieczenia lub w przypadku gdy doszło do uszkodzenia stosowanych środków ochrony osobistej,
7. kontakt na pokładzie samolotu i innych zbiorowych środków transportu obejmujący osoby zajmujące dwa miejsca (w każdym kierunku) od osoby z COVID-19, osoby towarzyszące w podróży lub sprawujące opiekę, członkowie załogi obsługujący sekcję, w której znajduje się chory (w przypadku ciężkich objawów u osoby z COVID-19 lub jej przemieszczania się za bliski kontakt należy uznać wszystkich pasażerów znajdujących się w sekcji lub na pokładzie środka transportu);-podróżowała/ przebywała w regionie, w którym podejrzewa się utrzymującą się szeroko rozpowszechnioną transmisję COVID-19, powróciła z obszaru, w którym podejrzewa się lokalną lub o małym stopniu rozpowszechnienia transmisję COVID-193 i której stan kliniczny został oceniony przez lekarza jako wymagający diagnostyki w kierunku COVID-19.

Uwaga: Nie jest uznane za kontakt przyjmowanie przesyłek pochodzących z krajów objętych epidemią. **Kryteria laboratoryjne.**

Kryteria laboratoryjne przypadku potwierdzonego:- wykrycie kwasu nukleinowego COVID-19 z materiału klinicznego potwierdzone badaniem molekularnym ukierunkowanym na inny obszar genomu wirusa. Kryteria laboratoryjne przypadku prawdopodobnego: Co najmniej jedno z następujących kryteriów:- dodatni

wynik testu w kierunku obecności koronawirusów (pan-coronavirus test)-niejednoznaczny wynik badania wykrywającego kwas nukleinowy COVID-19Klasyfikacja przypadku.

Podjęcie przypadku; Każda osoba spełniająca kryterium kliniczne grupy A i kryterium epidemiologiczne lub spełniająca kryterium kliniczne grupy B.

Przypadek prawdopodobny; Każda osoba spełniająca kryteria podejrzenia przypadku oraz kryteria laboratoryjne przypadku prawdopodobnego.

Przypadek potwierdzony; Każda osoba spełniająca kryteria laboratoryjne przypadku potwierzonego
Uwaga: spełnienie kryteriów podejrzenia przypadku jest wskazaniem do przeprowadzenia diagnostyki laboratoryjnej (badania w NIZP-PZH oraz laboratoriach Państwowej Inspekcji Sanitarnej, w których badania wykonywane są wyłącznie w porozumieniu z właściwym państwowym inspektorem sanitarnym).

Postępowanie po zgłoszeniu pacjenta do wyznaczonego punktu w izbie przyjęć /SOR.

Pracownik rejestracji przeprowadza uproszczony wywiad potwierdzający występowanie u pacjenta w/w objawów oraz styczność z ogniskiem epidemicznym /osobą zakażoną. Podczas wywiadu epidemiologicznego należy ustalić również wszystkie osoby, z którymi pacjent miał kontakt. Dane te mogą być pomocne przy wdrażaniu kwarantanny, w razie potwierdzenia zakażenia. Wywiad jest zbierany, w miarę możliwości bez kontaktu bezpośredniego twarzą w twarz (szyba działowa, komunikator głosowy etc.) a jeśli nie ma takich możliwości, pracownik rejestracji rozmawia z pacjentem po założeniu maski i okularów ochronnych. Należy spytać o objawy kliniczne, czas ich występowania oraz styczność w ciągu 14 dni z ogniskiem epidemii lub osobą z zakażeniem układu oddechowego. Jeśli po zebraniu wywiadu pacjent spełnia kryteria, otrzymuje maskę chirurgiczną i oczekuje na dalsze działania.

- Rejestracja wzywa personel medyczny, uprzedzając o ryzyku kontaktu z osobą podejrzaną o zakażenie koronawirusem.
- Personel medyczny (lekarz, pielęgniarka) zajmujący się pacjentem, jest zabezpieczony indywidualnymi środkami ochronnymi: maską/półmaską twarzą (co najmniej FFP2), okularami/gogle, fartuchem barierowym /kombinezonem, rękawiczkami ochronnymi.
- Pacjent jest przeprowadzony do pomieszczenia izolacyjnego, w którym podejmowane są kolejne czynności (pełne badanie podmiotowe i przedmiotowe).

Po zbadaniu pacjenta, ustala się dalsze postępowanie – tj. wskazania do hospitalizacji i dalszej diagnostyki w kierunku choroby zakaźnej (m.in. w zależności od wskazań: morfologia, CRP, prokalcytonina, transaminazy, LDH, RTG kl. piersiowej, saturacja, szybki test w kierunku grypy i innych patogenów oddechowych):

- jeśli nie ma wskazań do hospitalizacji, mimo występujących objawów infekcji – pacjent jest kierowany do leczenia domowego z ZLA wystawionym w szpitalu;
- jeśli są wskazania do hospitalizacji – o ile jest to możliwe, należy przesłać pacjenta do szpitala zakaźnego albo innej wytypowanej przez wojewodę placówki, specjalistycznym transportem, jeśli brak miejsc w w/w szpitalach, należy zabezpieczyć miejsce w szpitalu, adekwatnie do stanu pacjenta;
- jeśli pacjent pozostaje w szpitalu, do którego się zgłosił, należy wdrożyć procedurę transportu i izolacji kropelkowej, a w oddziale, w którym będzie przebywał zabezpieczyć salę z możliwością izolacji kropelkowej;
- pacjent – oczekując na badania – nie opuszcza wyznaczonej strefy izolacji i ma założoną maskę, która może być używana maksymalnie przez 1 godzinę; po użyciu maskę należy usunąć do odpadów zakaźnych i założyć pacjentowi świeżą maseczkę, o ile jest taka potrzeba;
- w pomieszczeniu izolacyjnym, jeśli nie ma wentylacji mechanicznej, zaleca się stosowanie przepływowych urządzeń dezynfekujących powietrze dopuszczonych do użycia w obecności ludzi
- po opuszczeniu przez pacjenta strefy izolacji, przeprowadza się dezynfekcję pomieszczeń, w których przebywał pacjent, w szczególności powierzchni dotykowych – środkami dezynfekcyjnymi o działaniu wirusobójczym (wirus SARS-CoV-2 jest wirusem otoczkowym o pełnej wrażliwości na podstawowe preparaty biobójcze o spektrum działania wirusobójczym).
- odpady medyczne powstałe podczas opieki nad pacjentem są traktowane jak odpady medyczne zakaźne i przekazywane w czerwonych workach do utylizacji.

W przypadku podejrzenia / potwierdzenia zakażenia SARS-CoV-2 należy niezwłocznie powiadomić telefonicznie Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego a następnie przesłać zgłoszenie na druku ZLK. Technika higienicznej dezynfekcji rąk wg WHO.

Podczas wywiadu epidemiologicznego należy ustalić również wszystkie osoby, z którymi pacjent miał kontakt

Apel Prezesa NRPiP w sprawie postępowania przeciwepidemicznego i medycznego w związku z ryzykiem wybuchu epidemii nowego koronawirusa

Apel

Prezesa Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

w sprawie postępowania przeciwepidemicznego i medycznego w związku z ryzykiem wybuchu epidemii nowego koronawirusa (SARS-CoV-2) na obszarze Polski skierowane do profesjonalistów medycznych – pielęgniarek, położnych, kadry zarządzającej sektorem ochrony zdrowia i organów władzy publicznej

W trosce o zdrowie i życie osób zamieszkujących na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, działając na podstawie Ustawy z dnia 11 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (tekst jedn. Dz. U. z 2018.916 t. j.), zwracam się z apelem do wszystkich pielęgniarek i położnych o profesjonalne przygotowanie się do niesienia pomocy medycznej w przypadku podejrzenia zakażenia nowym koronawirusem.

Apelujemy do każdej pielęgniarki i położnej o bezwzględne przestrzeganie standardów i procedur sanitarno-epidemiologicznych wdrożonych w miejscach udzielania pomocy.

Elementarną procedurą jest mycie i dezynfekcja rąk przed i po każdym kontakcie z pacjentem. Personel zajmujący się pacjentem jest zabezpieczony indywidualnymi środkami ochronnymi: maska / półmaska twarzowa (co najmniej FFP2), okulary / gogle / przyłbica, fartuch barierowy / kombinezon, rękawiczki ochronne. Personel w obszarze wykonywania świadczeń zdrowotnych (obszar bezpośredniego kontaktu z pacjentem lub jego otoczeniem) przestrzega zasady „nic poniżej łokcia”. Personel medyczny przed i po kontakcie z pacjentem, niezależnie od użycia rękawiczek ochronnych, dezynfekuje ręce zgodnie z wytycznymi WHO.

Przypominam, że sytuacja epidemiologiczna rozwija się tak dynamicznie, że każdy pacjent z objawami zakażenia układu oddechowego, może być potencjalnym źródłem zakażenia nowym koronawirusem. Zalecam zatem systematyczne zapoznawanie się z komunikatami Głównego Inspektora Sanitarnego i procedurami w miejscu pracy, które służą prewencji szerzenia się zakażeń.

Apeluję do kierowników placówek leczniczych o zapewnienie bezpiecznych warunków pracy pielęgniarkom i położnym zobowiązanym do niesienia pomocy medycznej, w szczególności o zaopatrzenie w niezbędne środki ochrony osobistej oraz praktycznych szkoleń w zakresie zapobiegania zakażeniom koronawirusem.

Apeluję do inspektorów sanitarnych, osób kierujących resortem zdrowia i Narodowym Funduszem Zdrowia o transparentny i skoordynowany przekaz informacji o zalecanych standardach i procedurach postępowania.

Pragnę podkreślić, iż tylko optymalna organizacja pracy wszystkich podmiotów odpowiedzialnych za zdrowie i życie osób przebywających na terytorium naszego kraju jest gwarantem bezpieczeństwa społecznego i dostarczenie fachowej medycznej pomocy osobom jej potrzebującym.

Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
Zofia Małas

Apel popiera
w imieniu Zarządu Stowarzyszenia Higieny Lecznictwa
Przewodniczący dr n. med. Paweł Grzesiowski

Elementarną procedurą jest mycie i dezynfekcja rąk przed i po każdym kontakcie z pacjentem.



BiRaKo
Producent Druków Medycznych

PROFESJONALNE NISZCZENIE DOKUMENTÓW

✓ medycznych ✓ handlowych ✓ księgowych itp.

www.niszczdok.pl

Zapraszamy do kontaktu: **725 272 209**

ul. Kościuszki 13 lok. 28, 42-200 Częstochowa, tel. 34 365 16 86, fax: 34 374 03 94, e-mail: birako@o2.pl

KORONAWIRUS powoduje gorączkę, kaszel, duszności, bóle mięśni i zmęczenie.

Przenosi się drogą kropelkową, a więc podczas kaszlu, kichania czy mówienia.

Jak zapobiegać zakażeniu?



Często myj ręce, używając mydła i wody.



Kiedy kaszlesz lub kichasz, **zakrywaj usta i nos**.



Zachowaj co najmniej 1 metr odległości od osób, które kaszlą i kichają.



Jeśli **wracasz z regionu**, gdzie występuje koronawirus i **masz objawy** choroby lub miałeś **kontakt z osobą zakażoną**, powiadom telefonicznie o tym stację sanitarno-epidemiologiczną lub zgłoś się do oddziału obserwacyjno-zakaźnego.

PAMIĘTAJ !!!

W przypadku kiedy istnieje podejrzenie zakażenia ale nie masz jeszcze objawów pozostań w domu, **unikaj kontaktu z innymi osobami** aby nie doszło do rozprzestrzeniania się wirusa.

Wszelkie wątpliwości dotyczące swojego stanu zdrowia wyjaśniaj **TELEFONICZNIE** lub innymi metodami zdalnej konsultacji.

NIE ZGŁASZAJ SIĘ SAM DO PRZYCHODNI POZ (chyba, że zostaniesz o to poproszony w określonym terminie) **ani nie udawaj się do szpitala** bez wcześniejszego uzgodnienia gdzie masz się zgłosić i czy jest to potrzebne.

Jeden chory pacjent (**również Ty**) może być źródłem zakażenia wszystkich pozostałych osób w poczekalni!!!

Myj często ręce wodą z mydłem lub środkiem odkażającym na bazie alkoholu. Unikaj dotykania rękami oczu, nosa i ust. Zaskanij usta i nos zgiętym ramieniem lub jednorazową chusteczką kiedy kaszlesz lub kichasz. Nie zbliżaj się do osób chorych.

Infolinia NFZ

800 190 590

www.gov.pl/koronawirus

Stanowisko konsultanta krajowego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii w sprawie postępowania terapeutycznego u chorych z zakażeniem koronawirusem SARS-CoV-2

I. Uwagi ogólne

Obserwowana w Azji oraz Europie liczba zakażeń koronawirusem SARS-CoV-2 każe przypuszczać, że zachorowania mogą pojawić się w Polsce. Opisane objawy kliniczne i dynamika procesu chorobowego wskazują, że część pacjentów będzie wymagała hospitalizacji na oddziale anestezjologii i intensywnej terapii (OAIT). Rozróżniono trzy postaci zakażenia – łagodną, umiarkowaną i ciężką, ostatnia obejmuje zapalenie płuc o ciężkim przebiegu, zespół ostrej niewydolności oddechowej (ARDS) oraz sepsę i wstrząs septyczny – patrz Tabela 1.

28 lutego 2020 w NEJM przedstawiono charakterystykę kliniczną przebiegów zakażeń w Chinach – 6,1% chorych wymagało hospitalizacji na OIT. Mediana czasu intubacji wyniosła 4 dni (1 i 3 kwartył – odpowiednio 2 i 7 dni). ARDS rozpoznano u 40% leczonych na OIT, ostre uszkodzenie nerek – u 6%, a wstrząs septyczny u 13,4%. Wentylację mechaniczną stosowano u blisko 60% osób. Zgon wystąpił u 22,4% leczonych na OIT, podczas gdy w populacji ogólnej 1,4% (<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2002032?query=RP>).

Fakt, że mamy do czynienia z bardzo „młoda” chorobą powoduje, że niezbędne jest oparcie się na doświadczeniach z tych obszarów, w których już ona występuje oraz na zaleceniach organizacji międzynarodowych, w tym Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), która wydała stanowisko w sprawie postępowania w przypadkach ostrego zakażenia układu oddechowego wywołanego przez SARS-CoV-2.

Niniejsze zalecenia opierają się na wspomnianym dokumencie oraz dostępnych publikacjach. Szybki przyrost wiedzy na temat choroby powoduje, że wytyczne będą prawdopodobnie uzupełniane. Konieczne jest również stałe śledzenie strony internetowej Ministerstwa Zdrowia (<https://www.gov.pl/web/zdrowie/>) oraz Głównego Inspektoratu Sanitarnego (<https://gis.gov.pl/>). Jako konsultant krajowy staram się przekazywać bieżące informacje na Facebooku na stronie Konsultant Krajowy w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii.

Tabela 1. Cechy wybranych zespołów klinicznych w zakażeniu SARS-CoV-2.

Ciężkie zapalenie płuc

Młodzież lub dorośli: gorączka lub podejrzenie infekcji dróg oddechowych, plus jedno z poniższych: częstość oddechów >30 oddechów/min., ciężka niewydolność oddechowa lub $SpO_2 < 90\%$ przy oddychaniu powietrzem atmosferycznym.

Dzieci z kaszlem lub trudnościami w oddychaniu, plus przynajmniej jedno z poniższych: sinica centralna lub $SpO_2 < 90\%$; ciężka niewydolność oddechowa (np. postękiwanie, zaangażowanie dodatkowych mięśni oddechowych); objawy zapalenia płuc ze szczególnym uwzględnieniem: niemożności ssania piersi lub picia, sennaść lub utrata przytomności lub drgawki. Mogą być obecne inne objawy takie jak: zaangażowanie dodatkowych mięśni oddechowych, przyspieszone oddychanie (liczba oddechów/min.): do 2. miesiąca życia ≥ 60 ; 2-11 miesięcy ≥ 50 ; 1-5 lat ≥ 40 . Diagnostyka opiera się na objawach klinicznych; badania obrazowe mogą wykluczyć obecność powikłań.

Zespół ostrej niewydolności oddechowej (ARDS)

Objawy: pojawienie się nowych lub zaostrzenie istniejących objawów w ciągu tygodnia od wystąpienia znanego czynnika sprawczego

Badania obrazowe (RTG, TK lub USG płuc): obustronne zaciemnienia, nie będące najprawdopodobniej zmianami wysiękowymi, niedodma płuca lub całego płuca lub obecność powiększonych węzłów chłonnych.

Pochodzenie obrzęku: niewydolność oddechowa niespowodowana niewydolnością krążenia lub przeładowaniem płynowym. Konieczna jest obiektywna metoda oceny (np. echokardiografia) by wykluczyć przyczyny hydrostatyczne obrzęku przy nieobecności czynników ryzyka.

Utlenuwanie (dorośli):

- Łagodny ARDS: $200 \text{ mmHg} < PaO_2/FiO_2 \leq 300 \text{ mmHg}$ (przy PEEP lub CPAP $\geq 5 \text{ cmH}_2\text{O}$ lub braku wentylacji mechanicznej)
- Umiarkowany ARDS: $100 \text{ mmHg} < PaO_2/FiO_2 \leq 200 \text{ mmHg}$ (przy PEEP $\geq 5 \text{ cmH}_2\text{O}$ lub braku wentylacji mechanicznej)
- Ciężki ARDS: $PaO_2/FiO_2 \leq 100 \text{ mmHg}$ (przy PEEP $\geq 5 \text{ cmH}_2\text{O}$ lub braku wentylacji mechanicznej)
- W przypadku niemożności oznaczenia PaO_2 , $SpO_2/FiO_2 \leq 315$ może sugerować ARDS (także u chorych niewentylowanych mechanicznie)

Utlenuwanie (dzieci; zwróć uwagę, że $OI = \text{Oxygenation Index}$, wskaźnik oksygenacji przy użyciu PaO_2 , a $OSI = \text{wskaźnik oksygenacji przy użyciu } SpO_2$):

- Bilevel NIV lub CPAP $\geq 5 \text{ cmH}_2\text{O}$ z pełnym interfejsem twarзовym: $PaO_2/FiO_2 \leq 300 \text{ mmHg}$ lub $SpO_2/FiO_2 \leq 264$
- Łagodny ARDS (wentylacja inwazyjna): $4 \leq OI < 8$ lub $5 \leq OSI < 7,5$
- Umiarkowany ARDS (wentylacja inwazyjna): $8 \leq OI < 16$ lub $7,5 \leq OSI < 12,3$
- Ciężki ARDS (wentylacja inwazyjna): $OI \geq 16$ lub $OSI \geq 12,3$

Sepsa

Dorośli: zagrażająca życiu dysfunkcja narządowa spowodowana niekontrolowaną odpowiedzią organizmu na podejrzaną lub rozpoznaną infekcję z niewydolnością narządową. Objawy niewydolności narządowej zawierają: zaburzenia świadomości, duszność lub tachypnoe, obniżona saturacja, ograniczona diureza, tachykardia, nitkowane tętno, oziębienie kończyn lub niskie ciśnienie tętnicze, marmurkowata skóra lub koagulopatia stwierdzana laboratoryjnie, trombocytopenia, kwasica, hiperlaktatemia lub hiperbilirubinemia.

Dzieci: podejrzaną lub stwierdzoną infekcją ≥ 2 kryteria SIRS, z których przynajmniej jedno to nieprawidłowa temperatura ciała lub odchylenie w liczbie białych krwinek.

Wstrząs septyczny

Dorośli: uporczywa hipotensja pomimo resuscytacji płynowej, wymagająca podaży wazopresorów aby utrzymać MAP $\geq 65 \text{ mmHg}$ i stężenie mleczanów w surowicy $> 2 \text{ mmol/L}$.

Dzieci (w oparciu o [12]): jakkolwiek hipotensja (SBP < 5 centyla lub > 2 odchyłeń standardowych poniżej normy dla danego wieku) lub 2-3 z poniższych: zaburzenia świadomości; tachykardia lub bradykardia (HR $< 90/\text{min}$ lub $> 160/\text{min}$ u niemowląt oraz HR $< 70/\text{min}$ lub $> 150/\text{min}$ u dzieci); wydłużony nawrót kapilarny ($> 2 \text{ sek.}$) lub poszerzenie naczyń ze zwiększonym uciepleniem na obwodzie; tachypnoe; marmurkowata skóra lub petocje lub rumieniowata wysypka; zwiększone stężenie mleczanów w surowicy; oliguria; hipertermia lub hipotermia.

Skróty: ARDS – zespół ostrej niewydolności oddechowej, PEEP – dodatnie ciśnienie końcowo-wydechowe, PaO_2 – ciśnienie parcjalne tlenu, FiO_2 – zawartość tlenu w mieszaninie oddechowej, SpO_2 – saturacja, OI – wskaźnik tlenowy, OSI – wskaźnik tlenowy z użyciem saturacji, NIV – wentylacja nieinwazyjna, SIRS – zespół ogólnoustrojowej reakcji zapalnej, MAP – średnie ciśnienie tętnicze, SBP – skurczowe ciśnienie tętnicze, HR – częstość akcji serca

2. Postępowanie poza OAIIT

Charakter schorzenia, dominujące objawy ze strony układu oddechowego oraz współtowarzyszące objawy ze strony układu krążenia będą powodowały zwiększoną liczbę konsultacji chorych na innych oddziałach szpitalnych.

Należy przyjąć poniższe zasady (w części wynikające z rekomendacji Światowej Organizacji Zdrowia):

- Podaż tlenu u osób z objawami niewydolności oddechowej i wstrząsu (tlenoterapię należy rozpocząć od przepływu 5 l/min i ewentualnie go zwiększać tak, aby osiągnąć wysycenie (saturację) tlenem hemoglobiny krwi tętniczej (SpO_2) $\geq 90\%$ (u kobiet ciężarnych $\geq 92-95\%$). U dzieci ze specyficznymi objawami (niedrożność dróg oddechowych, cechy ARDS, sinica centralna, wstrząs, śpiączka, drgawki) – utrzymywać $SpO_2 \geq 94\%$, w pozostałych przypadkach $\geq 90\%$.
- Należy stosować oszczędzającą strategię płynoterapii w przypadku pacjentów bez hipoperfuzji tkankowej
- W przypadkach sepsy i wstrząsu septycznego należy wdrożyć postępowanie według Wytycznych *Surviving Sepsis Campaign (SSC)*; dostępne w języku polskim - <https://www.mp.pl/oit/sepsa/wstrzas/165848,postepowanie-w-sepsie-i-wstrzasie-septycznym-u-doroslych-omowienie-wytycznych-ssc-2016>

- W leczeniu wirusowego zapalenia płuc i ARDS nie należy rutynowo podawać glikokortykoidów, podaż w sepsie – według wytycznych SSC
 - Konieczne jest monitorowanie chorych (pulsoksymetria, ciśnienie tętnicze, ocena w skali qSOFA – patrz tabela 2) w celu wykrycia przypadków, u których dochodzi do gwałtownego pogorszenia, rozwoju ARDS i/lub sepsy
 - Konieczne jest ustalenie, które z elementów leczenia przewlekłego pacjenta trzeba utrzymać, a z których można lub trzeba zrezygnować
 - Badania dla potwierdzenia rozpoznania – dla stwierdzenia wirusa należy korzystać z wytycznych Państwowej Inspekcji Sanitarnej, w przypadku podejrzenia sepsy konieczne jest oparcie się na wytycznych SSC.
- Tabela 2. Skala quick SOFA (qSOFA)

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • skurczowe ciśnienie tętnicze < 100 mm Hg • przyspieszenie oddechu > 22/min • zmieniony stan świadomości (oceniony klinicznie lub według skali Glasgow <15) |
|---|

3. Przyjęcie chorego na Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii

Przyjęcie odbywa się na podstawie przepisów określonych w Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2016 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii z późn. zmianą i „Wytyczne Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii określające zasady kwalifikacji oraz kryteria przyjęcia chorych do Oddziałów Anestezjologii i Intensywnej Terapii - luty 2012” (<http://www.anestezjologia.org.pl/news,news,81.html>).

W przypadku omawianego schorzenia dominują objawy ze strony układu oddechowego (hipoksemiczna postać ostrej niewydolności oddechowej), zatem najczęściej stosowane będą kryterium z grupy 8.B:

B. Układ oddechowy

- Ostra niewydolność oddechowa wymagająca wspomaganie oddechu oraz kryteria związane z obecnością sepsy i wstrząsu septycznego (grupa H).

Wytyczne wskazują również na zaburzenia gospodarki kwasowo-zasadowej (próbka krwi tętniczej) – PaO₂ < 55 mm Hg przy FiO₂ > 0,4 (ostre) jako kryterium przyjęcia na OAiIT.

Duża zakaźność koronawirusa powoduje konieczność izolacji chorych, grupowania ich w jednej lokalizacji oraz zachowania szczególnych środków ostrożności w postępowaniu diagnostycznym i terapeutycznym (omówionej). Miejsce i zasady izolacji muszą zostać wskazane przez zarząd podmiotu leczniczego w oparciu o obowiązujące w tym zakresie przepisy prawa i ewentualne wytyczne Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

Postępowanie przy instrumentacji dróg oddechowych (intubacja tchawicy) w oparciu o doświadczenia Uniwersytetu w Toronto przedstawiono w tabeli 3. Zasady te należy stosować w innych sytuacjach, np. bronchoskopii, wymianie rurki intubacyjnej na długiej prowadnicy, wymianie rurki tracheostomijnej itp. Ww. zasady powinny mieć również zastosowanie w sytuacjach poza OAiIT (intubacja na innych oddziałach, intubacja poza podmiotami leczniczymi).

Tabela 3. Rekomendacje ochrony osobistej i postępowanie w intubacji (dzięki uprzejmości wydawnictwa MakMed)

4. Postępowanie w przypadkach hipoksemicznej niewydolności oddechowej i ARDS

Poniżej przedstawiono wytyczne WHO ([https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-\(ncov\)-infection-is-suspected](https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-(ncov)-infection-is-suspected)). Czarną czcionką przedstawiono niektóre uwagi autorów wytycznych, czerwoną czcionką wpisano komentarz konsultanta krajowego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii (R.O.).

A. Rozważ rozpoznanie ostrej niewydolności hipoksemicznej w przypadku, gdy u niewydolnego oddechowo pacjenta standardowa tlenoterapia bierna jest niewystarczająca.

Uwagi: Pacjent może nadal wykonywać zwiększoną pracę oddechową lub mieć objawy hipoksemii nawet wtedy, gdy tlen jest podawany przez maskę twarzową z rezerwuarem (przepływ 10-15 l/min. - przepływ minimalny wymagany do utrzymania napełnienia worka rezerwuaru; FiO₂ 0,6-0,95). Hipoksemiczna niewydolność oddechowa w ARDS zwykle wynika z wewnątrzpłucnego zaburzenia stosunku wentylacji do perfuzji lub przecieku nieutlenowanej krwi i na ogół wymaga zastosowania wentylacji mechanicznej (nieinwazyjnej – NIV lub inwazyjnej)

B. Wysokoprzepływowa terapia donosowa (HFNO) lub wentylacja nieinwazyjna (NIV) powinny być stosowane tylko u wybranych pacjentów z hipoksemiczną niewydolnością oddechową. Ryzyko niepowodzenia NIV jest duże; pacjenci leczeni HFNO lub za pomocą NIV powinni być dokładnie monitorowani pod kątem pogorszenia się stanu klinicznego.

Uwaga 1. Systemy HFNO mogą dostarczać tlen w przepływie 60 l/min (100 l/min.) i FiO₂ do 1,0; układy pediatryczne mogą dostarczyć jedynie do 15 l/min i wiele dzieci, w celu dostarczenia im wystarczającego przepływu, będzie wymagało stosowania układu dla dorosłych. W porównaniu do standardowej tlenoterapii, w przypadku HFNO w mniej-

**2019-nCoV – REKOMENDACJE
OCHRONY OSOBISTEJ I WYKONYWANIA
INTUBACJI DOTCHAWICZEJ**
2020-01-29

Rekomendacje dotyczące wdrażania i przestrzegania zasad postępowania, mających na celu ochronę przed zakażeniem kontaktowym lub kropelkowym w styczności z pacjentami, u których występuje podejrzenie lub potwierdzenie zakażenia koronawirusem 2019-nCoV, szczególnie w sytuacjach związanych z wykonywaniem procedur medycznych (włącznie z intubacją dotchawiczą), w trakcie których dochodzi do wytwarzania aerozolu

1. Należy pamiętać, że priorytetem postępowania jest OSOBISTE bezpieczeństwo. Należy zapoznać się z wytycznymi i zastosować właściwe środki bezpieczeństwa. Działania należy planować z wyprzedzeniem, bowiem wdrożenie wszystkich środków bezpieczeństwa wymaga czasu. Przed intubacją dotchawiczą należy opanować procedurę zakładania i zdejmowania odpowiednich środków ochrony dróg oddechowych, rękawic, osłon twarzy, jak i odzieży (szkolenie dla personelu). Ze szczególną uwagą należy traktować kwestie dotyczące unikania samozakażenia.
2. Należy przestrzegać zasad dotyczących właściwej higieny rąk przed i po wykonanej procedurze.
3. Należy zastosować maskę typu N95 (FFP3), ochronę twarzy (przyłbica lub gogle), fartuch, pod fartuchem kombinezon ochrony biologicznej z kapturem, ochraniacze butów na kombinezon, rękawice.
4. Należy ograniczyć liczbę osób w pomieszczeniu, gdzie odbywa się intubacja dotchawiczą pacjenta.
5. W miarę możliwości, intubację powinien wykonywać najbardziej doświadczony anestezjolog.
6. Należy zastosować standardowe monitorowanie, zabezpieczyć dostęp dożylny, sprzęt, leki, respirator i ssak, **po uprzednim ich sprawdzeniu.**
7. Należy unikać metody intubacji fiberoskopowej z zachowaniem świadomości chorego, **chyba że istnieją specyficzne wskazania do zastosowania tej metody. Użycie atomizerów ze środkami miejscowego znieczulenia może spowodować rozprzestrzenianie się wirusa. Rozważyć wykorzystanie bronchofibroskopu jednorazowego użytku (np. GlideScope™).**
8. Należy **planować z wyprzedzeniem** wszelkie działania w przypadku konieczności wykonywania sekwencyjnej szybkiej intubacji (RSI), i **zapewnić obecność asystenta**, który wykona ucisk na chrząstkę pierścieniową. Procedura RSI może być zmodyfikowana, jeśli pacjent ma bardzo wysoki pęcherzykowo-tętniczy gradient tlenu i nie jest w stanie tolerować 30-sekundowego okresu bezdechu, lub w sytuacji, gdy istnieją przeciwwskazania do zastosowania sukcyńlocholiny. Jeśli przewidywane jest wykonywanie wentylacji z użyciem worka samorozprężalnego, należy stosować wentylację małymi objętościami wdechowymi.
9. Obowiązuje 5-minutowa preoksygenacja 100% tlenem i procedura RSI, w celu uniknięcia wentylacji workiem samorozprężalnym i potencjalnego rozprzestrzenienia wirusa z dróg oddechowych pacjenta.
10. Należy zastosować **wysoko wydajny filtr** pomiędzy maską twarzą a obwodem oddechowym lub pomiędzy maską twarzą a workiem samorozprężalnym.
11. Zaintubować i potwierdzić w standardowy sposób położenie rurki intubacyjnej.
12. Rozpocząć wentylację mechaniczną i ustabilizować pacjenta.
13. Cały sprzęt używany do zabezpieczenia dróg oddechowych musi być zdekontaminowany i zdezynfekowany zgodnie ze standardami obowiązującymi w danym szpitalu.
14. Po zdjęciu osobistego wyposażenia zabezpieczającego należy unikać dotykania włosów lub twarzy przed umyciem rąk.
15. Należy zastosować właściwą higienę rąk przed i po każdej wykonanej procedurze.
16. Bardzo istotne jest zachowanie sprawnej komunikacji pomiędzy lekarzami „na pierwszej linii” a Autorami wytycznych. Z pracy opublikowanej w 2006 r., dotyczącej epidemii SARS wynika, że te obszary wymiany wiedzy powinny dotyczyć zarówno uwag odnoszących się do pracy personelu, jak i ustalonych procedur oraz używanego sprzętu medycznego.
17. Specjaliści chorób zakaźnych (lub inni upoważnieni specjaliści) w Państwie szpitala mogą przedstawić **dotatkowe** wytyczne co do postępowania z pacjentem w poszczególnych jednostkach organizacyjnych szpitala.

Kontakt do Autorów - Beverley A. Orser, Salvatore M. Spadafora i wsp. - Uniwersytet w Toronto: chair.anesthesia@utoronto.ca • Tłumaczenie: lek. med. Roman Szulborski, specj. anesteziologii i intensywnej terapii, Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu • Konsultacja: Główny Inspektorat Sanitarny, dr hab. n. med. Mariusz Piechota, Wojewódzki Specjalistyczny Szpital im. dr. Wł. Biegańskiego w Łodzi, prof. nadzw. dr hab. n. med. Dariusz Maciejewski, Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej, Konsultant Krajowy w dziedzinie Intensywnej Terapii; dr n. med. Urszula Zielińska-Borkowska, Szpital Kliniczny im. W. Orłowskiego w Warszawie, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego

* Caputo KM, Bytnik R, Chapman MG, Orser BJ, Orser BA (2006) Intubation of SARS patients: infection and perspectives of healthcare workers. Can J Anaesth, 53(2):122-9

szej liczbie przypadków konieczna jest intubacja tchawicy. Pacjenci z hiperkapnią (zaostrenie obturacyjnej choroby płuc, kardiogeny obrzęk płuc), z niestabilnością hemodynamiczną, niewydolnością wielonarządową lub z zaburzeniami świadomości w zasadzie nie powinni być leczeni HFNO, aczkolwiek pojawiające się dane sugerują, że HFNO może być bezpieczne u chorych z nienasilającą się hiperkapnią o małym i średnim stopniu nasilenia. Pacjenci leczeni HFNO powinni być monitorowani i muszą pozostawać pod opieką doświadczonego personelu, posiadającego umiejętność wykonania intubacji dotchawiczej w sytuacji nagłego pogorszenia się stanu pacjenta lub braku poprawy po krótkim czasie tej terapii (około 1 godziny). W przypadku HFNO nie istnieją zalecenia oparte na dowodach, a dane odnośnie wykorzystania HFNO u pacjentów z MERS są ograniczone.

Uwaga 2. Wytyczne dotyczące NIV nie podają zaleceń co do zastosowania NIV w hipoksemicznej niewydolności oddechowej (poza przypadkami kardiogennej obrzęku płuc i niewydolności oddechowej w okresie pooperacyjnym) lub podczas pandemii infekcji wirusowej (w odniesieniu do badań dotyczących SARS i pandemii grypy). Czynniki ryzyka niepowodzenia obejmują opóźnienie intubacji, osiąganie dużych objętości oddechowych i osiąganie w drogach oddechowych wartości ciśnień uszkadzających płuca. Ograniczone dane sugerują duży odsetek niepowodzeń u chorych z MERS leczonych NIV. Pacjenci leczeni NIV powinni być monitorowani i muszą pozostawać pod opieką doświadczonego personelu, posiadającego umiejętność wykonania intubacji dotchawiczej w sytuacji nagłego pogorszenia się stanu pacjenta lub braku poprawy po krótkim czasie tej terapii (około 1 godziny). Pacjenci z niestabilni hemodynamicznie, z niewydolnością wielonarządową lub zaburzeniami świadomości nie powinni być leczeni NIV. Uwaga 3. Niedawne publikacje sugerują, że nowsze systemy HFNO i NIV, dobrze dopasowane do twarzy, nie powodują rozproszenia wydechowego powietrza, dzięki czemu ich związek

z rozprzestrzenianiem się infekcji przenoszonej drogą powietrzną powinien być mały – dotyczy to przede wszystkim interface'u typu hełm do NIV.

C. Intubacja dotchawicza powinna być wykonywana przez osobę doświadczoną, posiadającą środki ochrony osobistej chroniące przed zakażeniem przenoszonym drogą powietrzną.

Uwagi. W przypadku pacjentów z ARDS, a zwłaszcza małych dzieci lub osób otyłych albo ciężarnych w trakcie intubacji może wystąpić szybka desaturacja. Należy przeprowadzić 5 minutową preoksygencję 100% tlenem z wykorzystaniem maski twarzowej z rezerwuarem, worka samorozprężalnego, HFNO lub NIV. Właściwym postępowaniem jest szybka intubacja – po ocenie dróg oddechowych i stwierdzeniu, że nie ma ryzyka trudnej intubacji. Należy korzystać z zasad przedstawionych w tabeli 3. Piśmiennictwo podkreśla znaczenie używania środków zwiotczających w celu ograniczenia rozprzestrzeniania się wirusa podczas kaszlu u osób poddawanych intubacji tchawicy bez środków zwiotczających.

Poniższe zalecenia odnoszą się do wentylowanych mechanicznie pacjentów z ARDS. Koncentrują się na pacjentach dorosłych; dostępne są, oparte na konsensusie, zalecenia dla dzieci.

D. Należy prowadzić wentylację mechaniczną z małymi objętościami oddechowymi (4-8 ml/kg przewidywanej masy ciała, PBW) i małymi ciśnieniami w drogach oddechowych (ciśnienie plateau < 30 cm H₂O)

Uwagi. Jest to silna rekomendacja z wytycznych dla pacjentów z ARDS i jest sugerowana dla pacjentów z niewydolnością oddechową wywołaną sepsą, którzy nie spełniają kryteriów ARDS. Wyjściowa objętość oddechowa wynosi 6 ml/kg PBW; objętość oddechowa do 8 ml/kg PBW jest dopuszczalna, jeżeli pojawiają się zdarzenia niepożądane (np. dyssynchronia, pH<7,15). Hiperkapnia jest dopuszczalna, jeżeli pH mieści się w zakresie 7,30-7,45. Dostępne są protokoły wentylacji.

W celu uzyskania dobrej synchronizacji pacjenta z respiratorem i uzyskania zamierzonych objętości oddechowych, może być wymagana głęboka sedacja.

E. W przypadku pacjentów z ARDS, zalecana jest wentylacja w ułożeniu na brzuchu (ang. prone position) przez więcej niż 12 godzin dziennie.

Uwaga. Wentylacja w ułożeniu na brzuchu jest silnie zalecana u dorosłych i dzieci z ciężkim ARDS, ale wymaga wystarczających nakładów ludzkich i doświadczenia w bezpiecznym stosowaniu tej formy leczenia. Szczegółowe informacje na temat wentylacji w pozycji odwróconej zawarto w prezentacji Prof. Dariusza Maciejewskiego dostępnej na <http://www.konferencjaait.viamedica.pl/files/konferencjaait/prezentacje2013/piatek/13.00/3.pdf>

F. Należy stosować oszczędzającą strategię płynoterapii w przypadku pacjentów z ARDS bez hipoperfuzji tkankowej.

Uwaga. Jest to silne zalecenie – głównym efektem ma być skrócenie czasu wentylacji. Wytyczne wśród płynów wymieniają 0,9% roztwór NaCl i mleczan Ringera. O ile to możliwe należy stosować zbilansowane roztwory krystaloidów. Należy unikać przetaczania roztworów koloidów (hydroksyetylowana skrobia, żelatyny), a albuminy stosować w oparciu o wytyczne SSC (pamiętając o niskiej wadze dowodów przemawiających za ich użyciem). Optymalne byłoby stosowanie instrumentalnych metod oceny wypełnienia łożyska naczyniowego, tzn. echokardiografii, termodylucji przezpłucnej, etc.

G. W przypadku umiarkowanego lub ciężkiego ARDS, sugerowane są większe wartości PEEP zamiast mniejszych wartości PEEP.

Uwagi. Miareczkowanie PEEP wymaga rozważenia między korzyściami (zmniejszenie niedodmy i poprawa rekrutacji pęcherzyków płucnych), a ryzykiem (nadmierne rozciągnięcie pęcherzyków płucnych na końcu wdechu, prowadzące do uszkodzenia płuc i zwiększenie oporu naczyń płucnych). Dostępne są tabele przedstawiające, jak należy miareczkować PEEP w oparciu o FiO₂, wymagane do utrzymania SpO₂.

Związana z tym postępowaniem interwencja w postaci manewrów rekrutacyjnych (RMs) jest wykonywana jako przejściowe dostarczenie dużych wartości dodatniego ciśnienia w drogach oddechowych [30-40 cm H₂O], jako stopniowe zwiększanie PEEP z utrzymaniem stałego ciśnienia napędowego lub jako wytworzenie dużego ciśnienia napędowego; rozważania odnośnie korzyści i ryzyka są podobne, jak opisane powyżej. Duże wartości PEEP i manewry rekrutacyjne były warunkowo zalecane w wytycznych leczenia.

W przypadku PEEP, wytyczne opierały się na metaanalizach dotyczących indywidualnych pacjentów z 3 randomizowanych

badania kliniczne (RCT). Jednakże późniejsze RCT dotyczące dużego PEEP i manewrów rekrutacyjnych pod postacią wydłużenia czasu stosowania dużego ciśnienia wykazały szkodliwość takiego postępowania, sugerując, że powinno się unikać protokołów wykorzystanych w tych RCT.

Sugeruje się monitorowanie pacjentów, aby zidentyfikować tych, którzy odpowiedzą na stosowane od początku większe wartości PEEP lub inne protokoły manewrów rekrutacyjnych i zaprzestanie tych interwencji u tych, którzy na takie działania nie odpowiadają.

Istnieją (uzasadnione) opinie, żeby w ośrodkach, które nie mają doświadczenia w procedurze wyznaczania optymalnego PEEP korzystać z wartości przedstawionych przez ARDSnet (Tabela 4).

Tabela 4. Proponowane wartości PEEP w zależności od użytego FiO₂ – wg ARDSnet

FiO₂	0,3	0,4	0,4	0,5	0,5	0,6	0,7	0,7	0,7	0,8	0,9	0,9	0,9	1,0	1,0
PEEP	5	5	8	8	10	10	10	12	14	14	14	16	18	18	20-24

H. W przypadku pacjentów z umiarkowanym i ciężkim ARDS (PaO₂/FiO₂<150), nie powinno się rutynowo stosować blokady nerwowo-mięśniowej w postaci ciągłego wlewu.

Uwagi. Jedno badanie udowodniło, że stosowanie blokady nerwowo-mięśniowej w postaci ciągłego wlewu poprawiło przeżycie u pacjentów z ciężkim ARDS (PaO₂/FiO₂<150) bez wywoływania znacznego późniejszego osłabienia siły mięśniowej, ale wyniki uzyskane z większych badań pokazały, że stosowanie blokady nerwowo-mięśniowej i dużego PEEP nie było związane z poprawą przeżywalności w porównaniu ze strategią płytkiej sedacji bez blokady nerwowo-mięśniowej. Ciągła blokada nerwowo-mięśniowa może nadal być rozważana w wybranych przypadkach pacjentów z ARDS: gdy brak synchronizacji z respiratorem pomimo sedacji, gdy nie można osiągnąć założonych objętości oddechowych; w przypadku nawracającej hipoksemii lub hiperkapni.

Lekiem zwiotczającym najczęściej stosowanym na OAIIT jest cisatrakurium. Wynika to z jego metabolizmu niezależnego od czynności wątroby i nerek i ewentualnego działania przeciwzapalnego. Nie ma jednak dostatecznych dowodów na przewagę cisatrakurium nad innymi lekami niedepolaryzującymi, a u chorych we wstrząsie septycznym możliwe jest wystąpienie niedostatecznej odpowiedzi na lek przy stosowaniu rutynowych dawek.

I. Mając możliwość dostępu do metody leczenia pozaustrojowego (ECLS, ang. extracorporeal life support), w przypadku pacjenta z niepoddającą się leczeniu hipokseміą utrzymującą się pomimo stosowania wentylacji protekcyjnej, należy rozważyć przekazanie chorego do ośrodka prowadzącego ECLS.

Uwaga. Ostatnie wytyczne nie zawierają rekomendacji odnośnie ECLS u pacjentów z ARDS. Od czasu ich ukazania, randomizowane badanie kliniczne oceniające zastosowanie ECLS u pacjentów z ARDS zostało wstrzymane i nie stwierdzono statystycznej różnicy w 60-dniowej śmiertelności pomiędzy grupą leczoną ECLS i grupą leczoną standardowymi metodami (w tym wentylacją w ułożeniu na brzuchu i wykorzystaniem blokady nerwowo-mięśniowej). W Polsce opracowano i należy stosować również w opisanych sytuacjach „Zaktualizowany protokół postępowania u chorych wymagających zastosowania pozaustrojowej oksygenacji krwi (ECMO) w leczeniu ostrej niewydolności oddechowej dorosłych. Zalecenia i wytyczne Zespołu ds. Terapii ECMO Żylno-Żylnym, powołanego przez konsultanta krajowego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii w lutym 2016” (dostępny na <https://www.termedia.pl/Zaktualizowany-protokol-postepowania-u-chorych-wymagajacych-zastosowania-pozaustrrojowej-oksygenacji-krwi-ECMO-w-leczeniu-ostrej-niewydolnosci-oddechowej-doroslych-Zalecenia-i-wytyczne-Zespołu-ds-Terap,144,38987,1,0.html>).

Wytyczne WHO odnoszą się stosunkowo pozytywnie do stosowania oksygenacji pozaustrojowej, to jednocześnie wskazuje się w nich, że ich stosowanie jest ograniczone do ośrodków eksperckich o odpowiednim doświadczeniu i możliwościach technicznych. Inni eksperci są bardziej ostrożni i z większą rezerwą podchodzą do rekomendacji stosowania ECMO w COVID-19 (JAMA, 19.02.2020: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2761778>). Podkreśla się, że nie jest to metoda możliwa do zastosowania w przypadku znacznej ilości zachorowań, brak jest też na razie jednoznacznych dowodów na użyteczność tego sposobu leczenia w omawianej chorobie.

J. Konieczne jest unikanie rozłączania układu respiratora – powoduje to utratę PEEP i powstawanie niedodmy. Należy stosować zamknięte zestawy do odsysania i klemowanie rurki intubacyjnej, kiedy konieczne jest rozłączenie układu, np. w celu podłączenia respiratora transportowego.

5. Sepsa i wstrząs septyczny

W przypadkach COVID-19 do rozwoju objawów sepsy i wstrząsu septycznego może dojść zarówno w odpowiedzi na zakażenie wirusem jak i wskutek wtórnego nadkażenia. W przypadkach sepsy i wstrząsu septycznego należy wdrożyć postępowanie według Wytycznych Surviving Sepsis Campaign (SSC); dostępne w języku polskim - <https://www.mp.pl/oit/sepsa/wstrzas/165848,postepowanie-w-sepsie-i-wstrzasie-septycznym-u-doroslych-omowienie-wytycznych-ssc-2016>. W leczeniu zakażenia wirusowego nie stosujemy antybiotyków, które należy włączyć niezwłocznie po stwierdzeniu nadkażenia bakteryjnego.

6. Zapobieganie powikłaniom

Na podstawie różnych wytycznych (w tym wytycznych SSC) w dokumencie WHO przedstawiono sposoby zapobiegania różnym powikłaniom leczenia (Tabela 5).

Tabela 5. Zapobieganie powikłaniom (źródło: [https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-\(ncov\)-infection-is-suspected](https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-(ncov)-infection-is-suspected))

Przewidywany skutek	Interwencja
Skrócenie czasu wentylacji mechanicznej	<ul style="list-style-type: none">• Użycie protokołów odzwyczajania od respiratora polegających na codziennej ocenie gotowości do spontanicznego oddychania• Ograniczenie ciągłej lub przerywanej sedacji, skoncentrowanie się na punktach końcowych (łagodna sedacja o ile nie jest przeciwwskazana) lub dzienne przerwy we wlewach leków sedatywnych
Zmniejszenie częstości występowania zapalenia płuc związanego z wentylacją mechaniczną	<ul style="list-style-type: none">• Preferowana jest intubacja przez usta, ponad intubacją przez nos, u młodzieży i dorosłych• Utrzymywanie pacjenta w pozycji półsiedzącej (wezwłowie łóżka uniesione pod kątem 30-45°)• Używanie zamkniętego układu do odsysania pacjenta; okresowe czyszczenie układu do odsysania• Używanie nowego układu oddechowego dla każdego chorego; w przypadku stosowania wentylacji mechanicznej wymiana układu powinna być ograniczona do przypadków uszkodzenia a nie stosowana rutynowo• Wymiana nawilżacza w układzie, jeśli nie działa prawidłowo lub po 5-7 dniach używania
Redukcja częstości incydentów zakrzepowozatorowych	<ul style="list-style-type: none">• Użycie profilaktyki farmakologicznej (heparyny drobnocząsteczkowe [preferowane, jeśli dostępne] lub heparyna 5000 jednostek podskórnie dwa razy dziennie) u młodzieży i dorosłych bez istniejących przeciwwskazań. Dla chorych z przeciwwskazaniami do podaży heparyn zalecane jest użycie mechanicznej profilaktyki (urządzenia do przerywanego pneumatycznego ucisku kończyn).
Redukcja częstości odcewnikowych zakażeń łóżyska naczyniowego	<ul style="list-style-type: none">• Użycie protokołu uwzględniającego aseptyczne wprowadzenie cewnika; codzienna weryfikacja konieczności używania cewnika i możliwe wczesne usunięcie
Zmniejszenie liczby odleżyn	<ul style="list-style-type: none">• Zmianianie pozycji pacjenta co 2 godziny
Zmniejszenie ryzyka rozwoju owrzodzeń stresowych żołądka i krwawienia z przewodu pokarmowego	<ul style="list-style-type: none">• Wczesne żywienie drogą przewodu pokarmowego (24-48 godz. od przyjęcia)• Podaż blockerów receptora H2 lub inhibitorów pompy protonowej u osób z ryzykiem krwawienia z przewodu pokarmowego (są to: wentylacja mechaniczna > 48 godzin, koagulopatia, terapia nerkozastępcza, choroby wątroby, liczne choroby współtowarzyszące, wysoka punktacja w skalach ciężkości stanu pacjenta)
Zmniejszenie częstości osłabienia mięśni związanego z leczeniem na OAIIT	<ul style="list-style-type: none">• Aktywna mobilizacja chorego od momentu, kiedy jest to możliwe i bezpieczne



KAMPANIA NURSING NOW POLSKA ROZPOCZĘTA!

5 lutego 2020 roku w Ministerstwie Zdrowia spotkali się przedstawiciele Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z Prezes Zofią Małas na czele, organizacji zrzeszających pielęgniarki i położne, środowiska akademickiego i studentów, by uroczystie zainaugurować kampanię Nursing Now Polska. Celem kampanii jest przede wszystkim podniesienie prestiżu zawodu pielęgniarki, położnej oraz pokazanie naszej roli w ochronie zdrowia. Jak mówiła Minister Józefa Szczurek-Żelazko, przed nami szczególnie rok – Międzynarodowy Rok Pielęgniarki i Położnej, który obchodzimy w dwusetną rocznicę urodzin prekursorki nowoczesnego pielęgniarstwa Florence Nightingale. – Pokażmy absolwentom, że jest to zawód, który warto wybrać, bo daje szansę samorealizacji.

Jak widzą go młodzi ludzie, jakie są ich zawodowe marzenia? Wymownie pokazali to, unosząc w trakcie uroczystości banery, wskazujące najistotniejsze problemy ich zdaniem, z którymi przyjdzie się im zmierzyć.

Bardzo nas cieszy, gdyż będzie to okazja do promocji naszego pięknego i potrzebnego zawodu – mówi Zofia Małas, prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych. Mamy do zrealizowania bardzo ważny cel: zainteresowanie młodzieży naszymi zawodami i zachęcenie do studiowania w tym kierunku oraz podejmowanie pracy w ochronie zdrowia. Wykorzystamy do tego rozpoczynający się 2020 rok, który został ogłoszony Międzynarodowym Rokiem Pielęgniarek i Położnych decyzją Międzynarodowej Rady Pielęgniarek ICN (od ang. International Council of Nurses) ratyfikowanej na 72 Światowym Zgromadzeniu Zdrowia (WHO) w Genewie. Kampania będzie prowadzona we współpracy ze Światową Organizacją Zdrowia WHO.

Mamy do zrealizowania bardzo ważny cel: zainteresowanie młodzieży naszymi zawodami

Dyrektor generalny Światowej Organizacji Zdrowia, dr Tedros Adhanom Ghebreyesus stwierdził, że WHO odczuwa dumę z nominowania 2020 roku jako międzynarodowego święta pielęgniarek i położnych. Dodał też, że należyte wzmocnienie pielęgniarstwa oraz położnictwa jest w interesie powszechnej ochrony zdrowia na całym świecie.

W roku 2020 po raz pierwszy zostanie opublikowany przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) raport "World's Nursing", opisujący stan pielęgniarstwa



na całym świecie. Poza tym WHO będzie też w tym roku partnerem kolejnego raportu – tym razem poświęconego pracy i statusowi położnych The State of the World's Midwifery 2020.

Statystyki jednoznacznie pokazują, że do 2030 roku na całym świecie potrzeba będzie 9 milionów pielęgniarek i położnych. Na niedobory kadry cierpią wszystkie kraje – to jeden z głównych powodów zainicjowania kampanii Nursing Now, do której przyłączyła się także Polska.



Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie również uczestniczyła w tym wydarzeniu, reprezentowały ją; Barbara Płaza – Przewodnicząca oraz Lidia Kucharska – Skarbnik Okręgowej Rady PiP.

NURSING NOW POLAND

Nursing Now Poland”, to kampania zainaugurowana przez Ministerstwo Zdrowia z okazji ogłoszenia przez WHO roku 2020 „Międzynarodowym Rokiem Pielęgniarki i Położnej”. Celem tego wydarzenia było podkreślenie roli pielęgniarki i położnej we współczesnym świecie.

Rok 2020 jest tym bardziej symboliczny ze względu na fakt, iż dokładnie 200 lat temu urodziła się wybitna postać, reformatorka współczesnego pielęgniarstwa Florence Nightingale. Jej zasługą jest zdefiniowanie metod i sposobów pielęgnacji chorych i poszkodowanych. W 1860 założyła w Londynie przy Szpitalu św. Tomasza pierwszą szkołę pielęgniarstwa – „The Nightingale Training School.” Zmieniło to diametralnie wizerunek pielęgniarstwa na całym świecie.

Pielęgniarstwo oraz położnictwo, to zawody samodzielne, nowoczesne, wymagające dużej profesjonalnej wiedzy medycznej. Z każdym kolejnym rokiem ich prestiż rośnie. Cieszą się także wysokim zaufaniem publicznym. Wciąż jednak w wielu krajach brakuje osób podejmujących się tak wymagającej profesji. Celem Kampanii „Nursing Now Poland” jest zachęcenie młodych osób do kształcenia się na kierunkach pielęgniarstwa oraz położnictwa. Akcja ta pokazuje także rolę pielęgniarek i położnych w systemie ochrony zdrowia, a także podnosi prestiż tych zawodów.

Studenci pielęgniarstwa Uniwersytetu Humanistyczno-Przyrodniczego im. Jana Długosza w Częstochowie mieli zaszczyt pojawić się w tym wyjątkowym dniu w Warszawie, aby wspólnie z studentami innych Polskich uczelni wziąć udział w inauguracji kampanii. Inauguracja kampanii „Nursing Now Poland” odbyła się w siedzibie Ministerstwa Zdrowia i poprowadzona została przez Panią Dyrektora Departamentu Pielęgniarek i Położnych – Gretę Kanownik. Nie zabrakło także wystąpienia Podsekretarza Stanu w MZ Józefy Szczurek-Żelazko.

Następnie studenci pielęgniarstwa RP mieli przyjemność przedstawić swoje marzenia o zawodzie, które brzmiały następująco:

„Chciałbym mieć realny wpływ na zmiany w zawodzie”

„Marzę, aby przychodzić na każdy dyżur z przeświadczeniem, że wykonuje coś istotnego”

„Chciałbym, aby mężczyźni w pielęgniarstwie stali się normą, a nie wyjątkiem”

„Chciałabym umieć rozmawiać o trudnych sytuacjach, być wsparciem dla pacjenta”

„Moim marzeniem jest pracować w zespole interdyscyplinarnym”

„Marzę, aby na pierwszym oddziale, w którym będę pracować spotkać osoby, które chętnie podzielą się wiedzą”

Pielęgniarstwo oraz położnictwo, to zawody samodzielne, nowoczesne, wymagające dużej profesjonalnej wiedzy medycznej





„Chciałabym, aby pacjenci i ich rodziny traktowali nas z szacunkiem”

Wszyscy uczestnicy wzięli udział w wspólnym zdjęciu.

W przerwie odbyły się wywiady z dziennikarzami, a chwilę później studenci mieli przyjemność wziąć udział w wykładzie inauguracyjnym Prezesa PTP Grażyny Wójcik.

Najbardziej emocjonującym wydarzeniem całego wyjazdu była wizyta w Muzeum Historii Pielęgniarstwa w siedzibie WOIPiP, gdzie studenci mogli zobaczyć sprzęt medyczny sprzed lat, ale także dawny mundur pielęgniarski.

Dla Nas przyszłych pielęgniarek i pielęgniarzy, to niezwykle wyjątkowe poznawać historię swojego zawodu. Utwierdza nas to w przekonaniu, że to zawód trudny, ale niosący wiele satysfakcji.

*Paulina Lamorska
Studentka II roku pielęgniarstwa
UJD Częstochowa*



WYNAGRODZENIE PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH

Od dnia 16.08.2017 r. obowiązuje ustawa o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych, która to wprowadziła zmiany w zakresie wynagradzania pracowników wykonujących zawód medyczny, w tym pielęgniarek i położnych.

Ustawa wprowadziła podział pielęgniarek i położnych na trzy grupy oraz każdej z grup przydzieliła odpowiedni wskaźnik:

1. pielęgniarki/położne z tytułem magistra na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo, ze specjalizacją – 1,05
2. pielęgniarki/położne, ze specjalizacją - 0,73
3. pielęgniarki/położne, bez specjalizacji – 0,64

W pierwszej kolejności dla każdej z grup należy wyliczyć kwotę najniższego wynagrodzenia zasadniczego (zgodnie z zapisami ustawy):

Do dnia 30 czerwca 2019 r. – najniższe wynagrodzenie było ustalane jako iloczyn współczynnika pracy określonego w załączniku do w/w ustawy i kwoty 3 900 zł. bruto

Grupa	Współczynnik	Kwota brutto	Najniższe wynagrodzenie zasadnicze
1	1,05	3 900 zł	4 095 zł
2	0,73		2 847 zł
3	0,64		2 496 zł

Od dnia 1 lipca 2019 r. – najniższe wynagrodzenie ustala się jako iloczyn współczynnika pracy określonego w załączniku do w/w ustawy i kwot 4 200 zł brutto.

Grupa	Współczynnik	Kwota brutto	Najniższe wynagrodzenie zasadnicze
1	1,05	4 200 zł	4 410 zł
2	0,73		3 066 zł
3	0,64		2 688 zł

W/w ustawa zawiera zapisy wprowadzające sposób systematycznego podnoszenia wysokości wynagrodzenia.

1.07.2017 r. wynagrodzenie zasadnicze podwyższa się o 10%	kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy najniższym wynagrodzeniem zasadniczym a wynagrodzeniem zasadniczym tego pracownika
1.07.2018 r. wynagrodzenie zasadnicze podwyższa się o 20%	
1.07.2019 r. wynagrodzenie zasadnicze podwyższa się o 20%	
1.07.2020 r. wynagrodzenie zasadnicze podwyższa się o 20%	
1.07.2021 r. wynagrodzenie zasadnicze podwyższa się o 20%	

UWAGA:

Zgodnie z zapisem w/w ustawy - „sposób podwyższania wynagrodzenia zasadniczego osoby zajmującej stanowisko pielęgniarki lub położnej uwzględnia wzrost miesięcznego wynagrodzenia danej pielęgniarki albo położnej dokonany na podstawie przepisów wydanych na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych”. Oznacza to, iż kwota 1 200 zł (tzw. wzrost 4x400 realizowany od 2015 r.) będzie uwzględniona przy ustalaniu najniższego wynagrodzenia.

Jak obliczyć ustawowe najniższe wynagrodzenie zasadnicze?

X1 – wynagrodzenie zasadnicze pielęgniarki/położnej do 30.06.2019 r.

X2 – wynagrodzenie zasadnicze pielęgniarki/położnej od 1.07.2019 r.

pielęgniarki/położne z tytułem magistra na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo, ze specjalizacją – 1,05	4 095 zł – X1 = Y1 4 410 zł – X2 = Y2	jeśli Y1/Y2 jest wartością dodatnią – to co najmniej 10% (w 2017) oraz 20% (w kolejnych latach aż do 1.07.2021 r.) wyliczonej wartości będzie stanowiło wzrost wynagrodzenia
pielęgniarki/położne, ze specjalizacją - 0,73	2 847 zł – X1 = Y1 3 066 zł – X2 = Y2	
pielęgniarki/położne, bez specjalizacji – 0,64	2 496 zł – X1 = Y1 2 688 zł – X2 = Y2	

UWAGA:

Zgodnie z w/w ustawą, sposób podwyższania wynagrodzenia zasadniczego ustalają, w drodze porozumienia, strony uprawnione w danym podmiocie leczniczym do zawarcia zakładowego układu zbiorowego pracy, a w podmiocie leczniczym, u którego nie działa zakładowa organizacja związkowa, pracodawca zawiera porozumienie z pracownikiem wybranym przez pracowników podmiotu leczniczego do reprezentowania ich interesów.

Jeżeli porozumienie nie zostanie zawarte w terminie do 31 maja, sposób podwyższania wynagrodzenia zasadniczego ustala corocznie do dnia 15 czerwca, w drodze zarządzenia w sprawie podwyższenia wynagrodzenia kierownik podmiotu leczniczego lub podmiot tworzący, o którym mowa w art. 4 pkt 1 - w przypadku podmiotów leczniczych działających w formie jednostek budżetowych i jednostek wojskowych, o których mowa w art. 4 ust. 1 pkt 3 i 7 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

Podstawa prawna: ustawa z dnia 8.06.2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych (Dz. U. z 2017, poz. 1473 z późn. zm.)

KOMUNIKAT DLA ŚWIADCZENIODAWCÓW

W SPRAWIE ROZLICZENIA ŚRODKÓW NA WZROST WYNAGRODZEŃ

PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH ZA 2019 R.

W celu pełnego wykorzystania środków na wzrost wynagrodzeń pielęgniarek i położnych za 2019 r. świadczeniodawcy, którzy w trakcie 2019 r. przekazali do oddziałów wojewódzkich NFZ informacje o liczbie pielęgniarek i położnych wykonujących zawód pielęgniarki lub położnej i realizujących świadczenia opieki zdrowotnej, w przeliczeniu na etat albo równoważnik etatu pielęgniarki albo położnej, oraz otrzymali stosowne zmiany umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, i którzy dotychczas nie złożyli do właściwego oddziału wojewódzkiego NFZ rachunków za poszczególne okresy sprawozdawcze (miesiące) 2019 r. dotyczące:

- kosztów świadczeń wynikających z rozporządzenia zmieniającego OWU,
- kosztów świadczeń wynikających z rozp. zmieniającego rozp. zmieniające OWU,

a zatem nie wykorzystali dotąd w całości przysługujących im na podstawie w/w umów środków, zobowiązani są do ich złożenia do właściwego oddziału wojewódzkiego NFZ w terminie do 14 lutego 2020 r. tj. w terminie wynikającym z przepisu § 27 ust. 2 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1146, z późn. zm.).

Zobowiązani są do ich złożenia do właściwego oddziału wojewódzkiego NFZ

Jednocześnie w związku z przepisami:

- rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2015 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1628, z późn. zm.),
- rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2018 r. w sprawie zmiany rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1681),
- rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2019 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1628),
- zarządzenia nr 99/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 25 września 2018 r. zmieniającego zarządzenie w sprawie szczegółowych warunków wypłaty należności i rozliczania kwoty zobowiązania wynikających z realizacji postanowień rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów (w tym załącznik nr 4, który reguluje ceny jednostki rozliczeniowej w danym zakresie za każdy etat przeliczeniowy, w tym dodatkowe ceny jednostkowe w danym zakresie na pochodne dla pielęgniarek i położnych zatrudnionych na podstawie art. 19 ust. 1 pkt. 1 i 2 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej w okresie od 01-09-2018r. do 31-08-2019r.),
- zarządzenia nr 122/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 18 września 2019 r. zmieniającego zarządzenie w sprawie szczegółowych warunków wypłaty należności i rozliczania kwoty zobowiązania wynikających z realizacji postanowień rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów (w tym załącznik nr 4, który reguluje ceny jednostki rozliczeniowej w danym zakresie za każdy etat przeliczeniowy, w tym dodatkowe ceny jednostkowe w danym zakresie na pochodne dla pielęgniarek i położnych zatrudnionych na podstawie art. 19 ust. 1 pkt. 1 i 2 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej w okresie od 01-09-2019r. do 31-03-2020r.).

Narodowy Fundusz Zdrowia przypomina o przekazywaniu środków wynikających z powyższych przepisów na wzrost wynagrodzeń pielęgniarek i położnych.

Przekazane świadczeniodawcom środki, w sposób określony w ww. rozporządzeniach Ministra Zdrowia i zarządzeniach Prezesa NFZ, powinny być przeznaczone przez świadczeniodawców w taki sposób aby zapewnić pielęgniarkom i położnym realizującym świadczenia opieki zdrowotnej i:

- wykonującym zawód w ramach jednej z form, o których mowa w art. 19 ust. 1 pkt 1 i 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2019 r. poz. 576, z późn. zm.), wzrost wynagrodzenia zasadniczego od dnia 1 lipca 2019 r. o kwotę w wysokości nie niższej niż 1200 zł miesięcznie, przy czym od dnia 1 września 2018 r. o kwotę w wysokości nie niższej niż 1100 zł miesięcznie, w przeliczeniu na pełen etat pielęgniarki albo położnej, uwzględniając kwoty, o których mowa w § 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia

z dnia 14 października 2015 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz całość kwot z dwóch zakresów opisanych w zał. nr 4 w brzmieniu ustalonym zarządzeniem nr 99/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia oraz kolejnym zarządzeniem nr 122/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia,

- wykonującym zawód w rozumieniu art. 19 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, oraz w formie indywidualnej praktyki pielęgniarki lub położnej wyłącznie w zakładzie leczniczym podmiotu leczniczego albo indywidualnej specjalistycznej praktyki pielęgniarki lub położnej wyłącznie w zakładzie leczniczym podmiotu leczniczego średni wzrost miesięcznego wynagrodzenia wraz z pochodnymi w przeliczeniu na etat albo równoważnik etatu pielęgniarki albo położnej w wysokości 1600 zł. tj. całość kwot z jednego zakresu opisanego w zał. nr 4 w brzmieniu ustalonym zarządzeniem nr 99/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia oraz kolejnym zarządzeniem nr 122/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.

Narodowy Fundusz Zdrowia informuje, że środki te mogą być również wypłacone na wynagrodzenia pielęgniarek i położnych w zakresie przekraczającym obligatoryjny wzrost wynagrodzenia zasadniczego o kwotę co najmniej 1.200,-zł. miesięcznie (od 01-07-2019r.) jeżeli zostanie w tym zakresie zawarte porozumienie ze związkami zawodowymi pielęgniarek i położnych zrzeszającymi wyłącznie pielęgniarki i położne działającymi u danego świadczeniodawcy lub po uzyskaniu pozytywnej opinii okręgowej rady pielęgniarek i położnych jeżeli u danego świadczeniodawcy nie działają w/w związki zawodowe.

Dodatkowo Narodowy Fundusz Zdrowia przypomina o poniższych **zasadach rozliczenia kwot zobowiązań związanych ze świadczeniami opieki zdrowotnej udzielanymi przez pielęgniarki i położne**.

Świadczeniodawca dokonując wzrostu wynagrodzeń pielęgniarek i położnych na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z dnia 14 października 2015 r. (Dz.U. z 2015 r. poz. 1628), z późniejszymi zmianami:

- Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie zmiany rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z dnia 29 sierpnia 2018 r. (Dz.U. z 2018 r. poz. 1681)
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2019 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2019 r. poz. 1628)

przeznacza środki otrzymane na ten cel z Narodowego Funduszu Zdrowia na:

I. PODWYŻKĘ WYNAGRODZENIA ZASADNICZEGO PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

§ 4a rozporządzenia o kwotę co najmniej 1 200,00 zł miesięcznie (od dnia 1 lipca 2019r.).

II. PODWYŻKĘ DODATKU ZA WYŚLUGĘ LAT/STAŻOWEGO

do którego pracodawca jest obowiązany, do wysokości określonej w przepisach ustawowych. Jeżeli w danym podmiocie (publicznym lub niepublicznym), który ma zawartą umowę z NFZ istnieje ustawowy obowiązek wypłaty dodatku za wysługę lat, wynikającego wprost z przepisów ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2018r. poz. 2190 z późn. zm.), a także z regulaminu wynagradzania obowiązującego u danego świadczeniodawcy, wówczas taki dodatek może zostać sfinansowany z wykorzystaniem środków otrzymanych na podstawie rozporządzeń dotyczących OWU, ale tylko do wysokości określonej w ustawie tj. nie przekraczającej 20% miesięcznego wynagrodzenia zasadniczego danego pracownika.

*Wypłaty
dodatku
za wysługę lat*

III. POCHODNE

wymienione *expressis verbis* - § 2 ust. 2 rozporządzenia: dodatek za pracę w porze nocnej, **dodatek za pracę w niedzielę i święta niebędące dniami pracy wraz ze składkami na ubezpieczenie społeczne i Fundusz Pracy.**

Rozporządzenie z dnia 14 października 2015r. i rozporządzenie z dnia 29 sierpnia 2018r. nie regulują kwestii dotyczącej, które ze składników wynagrodzenia powinny być sfinansowane ze środków na wzrost wynagrodzeń pielęgniarek i położnych, a które ze środków na pokrycie pochodnych od wzrostu tych wynagrodzeń. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia wydał Zarządzenie nr 99/2018/DSOZ z dnia 25 września 2018 r. zmieniające

zarządzenie w sprawie szczegółowych warunków wypłaty należności i rozliczania kwoty zobowiązania wynikających z realizacji postanowień rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów oraz Zarządzenie nr 122/2019/DSOZ z dnia 18 września 2019 r. zmieniające zarządzenie w sprawie szczegółowych warunków wypłaty należności i rozliczania kwoty zobowiązania wynikających z realizacji postanowień rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów dotyczące kwestii finansowania pochodnych od wzrostu wynagrodzenia zasadniczego pielęgniarek i położnych. W zarządzeniu tym przyjęto za podstawę kalkulacji kosztów wzrostu wszystkich ww. wartości pochodnych wynikających z ustawy, które wzrosły z powodu zwiększenia wynagrodzenia zasadniczego o kwotę 1 200,00 zł brutto miesięcznie.

Ta część pochodnych od wynagrodzeń (w ramach umów o pracę), która nie zostanie objęta mechanizmem przekazywania środków finansowych na wzrost wynagrodzeń dla pielęgniarek i położnych, która przekroczy kwotę 1 600,00 zł jest uwzględniona w kosztach świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przez NFZ. Skutki finansowe wynikające z podwyższenia wynagrodzenia zasadniczego oraz pozostałych składników wynagrodzenia i pochodnych od tych składników leżących po stronie pracodawcy są ponoszone przez tych pracodawców w ramach środków uzyskiwanych z realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartych z NFZ.

Skutki finansowe wynikające z podwyższenia wynagrodzenia zasadniczego

Dodatkowe środki na świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez pielęgniarki i położne na podstawie zapisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2015 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej
(Dz. U. z 2015 r. poz. 1628 z późn. zm.)

TAK

NIE

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • wynagrodzenie (umowy o pracę, umowy cywilno-prawne, umowy kontraktowe) • dodatek za pracę w porze nocnej i dodatek za pracę w niedzielę i święta niebędące dla pracownika dniami pracy • dodatki stażowe nieprzekraczające 20% miesięcznego wynagrodzenia zasadniczego danego pracownika • składki na ubezpieczenie społeczne i Fundusz Pracy (również na Fundusz Emerytur Pomostowych) | <ul style="list-style-type: none"> • dodatki stażowe przekraczające 20% miesięcznego wynagrodzenia zasadniczego danego pracownika • wynagrodzenie za pracę w ramach dyżurów medycznych pielęgniarek i położnych • dodatki funkcyjne • premie i nagrody • nadgodziny • ekwiwalent za urlopy • odprawy emerytalne i rentowe • nagrody jubileuszowe • odprawy z przyczyn ekonomicznych • inne |
|--|--|

W celu uniknięcia wątpliwości zwracamy uwagę, że środki przekazywane na podstawie zał. nr 4 w brzmieniu ustalonym zarządzeniami Prezesa NFZ nr 99/2018/DSOZ oraz kolejnym nr 122/2019/DSOZ skierowane do pielęgniarek i położnych wykonujących zawód na podstawie umowy o pracę lub stosunku służbowego (art. 19 ust. 1 pkt 1 i 2 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej), a więc środki opisane w dwóch pozycjach danego rodzaju świadczenia opieki zdrowotnej powinny być w całości przeznaczone na wzrost wynagrodzenia zasadniczego o kwotę co najmniej 1.200,-zł. miesięcznie oraz na zamknięty katalog pochodnych od dokonanego wzrostu wynagrodzenia zasadniczego tj. dodatek za wysługę lat w wysokości do 20%, dodatek za pracę w porze nocnej, dodatek za pracę w niedzielę i święta niebędące dla pracownika dniami pracy oraz składki na ubezpieczenie społeczne i Fundusz Pracy od tych kwot.

Inne pochodne i inne świadczenia związane z wynagrodzeniem, które może wygenerować w/w podwyżka wynagrodzenia zasadniczego – tak jak wskazano już w Komunikacie NFZ z dnia 06-11- 2019r. znak DSOZ.401.2492.2019 (2019.87575.TMR) – powinny być ponoszone przez pracodawców w ramach środków uzyskiwanych z realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartych z NFZ.



STOP AGRESJI WOBEC PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH.

NIEPOKOJĄCE WYNIKI ANKIETY

Spośród 817 pielęgniarek i położnych tylko 49 nie spotkało się z zachowaniami agresywnymi, natomiast 768 doświadczyło agresji podczas wykonywania zawodu w placówkach ochrony zdrowia i innych instytucjach. Tak wynika z analizy przygotowanej przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych.

Agresja może przybierać różne formy. Od agresji werbalnej przejawiającej się w atakach słownych, mających na celu psychiczne zranienie drugiej osoby; po napaść fizyczną. Groźby, fałszywe publiczne oskarżenia, zniszczenie mienia osoby, nękanie to przykłady agresywnych zachowań, jakich dopuszczają się pacjenci wobec personelu medycznego. Tak wskazują same pielęgniarki, położne, które doświadczają naruszenia bezpieczeństwa podczas wykonywania swoich obowiązków.

Placówka medyczna, pomimo funkcji ratowania życia i zdrowia, powinna być miejscem bezpiecznym nie tylko dla pacjenta, ale również dla osób wykonujących zawody medyczne, w tym pielęgniarek i położnych. Relacja: personel medyczny – pacjent, z wielu powodów jest szczególnie obciążona możliwością pojawienia się zachowań agresywnych. Jakie mogą być tego przyczyny? Pacjent przybywający do nowego otoczenia, jakim jest szpital, przychodnia – doświadcza wielu emocji związanych ze swoim stanem zdrowia. Jego poczucie bezpieczeństwa zostaje zagrożone. Często pojawiającą się reakcją w takiej sytuacji jest frustracja związana z przelaniem swoich obaw i niepewności na inne osoby. Najczęściej są nimi pielęgniarki, położne – osoby w najbliższym otoczeniu pacjenta i jego rodziny. W tym miejscu należy zadać pytanie: gdzie kończy się granica, w ramach której pielęgniarka, położna może zrzucić zachowanie pacjenta na konto strachu, bólu, choroby czy wieku?

Częstą pojawiającą się reakcją w takiej sytuacji jest frustracja

W 2012 roku wprowadzona została istotna nowelizacja ustaw o zawodach pielęgniarki i położnej. Na jej mocy przedstawiciele wymienionych zawodów medycznych podczas wykonywania obowiązków służbowych korzystają z ochrony prawnej przewidzianej dla funkcjonariusza publicznego. W praktyce oznacza to, że naruszenie nietykalności cielesnej, zniewaga czy czynna napaść na pielęgniarkę, położną może skutkować karą grzywny, ograniczenia wolności lub pozbawienia wolności.

Spośród 817 pielęgniarek i położnych, które wzięły udział w wypełnieniu ankiety, tylko 49 nie spotkało się z zachowaniami agresywnymi, natomiast 768 doświadczyło agresji podczas wykonywania zawodu w placówkach ochrony zdrowia i innych instytucjach.

Zachowania agresywne występowały w 21 rodzajach placówek ochrony zdrowia i innych instytucjach

takich jak DPS czy nawet żłobki. Najbardziej narażeni na przemoc byli pracownicy oddziałów szpitalnych, następnie w SOR i Izbach Przyjęć, nieco mniej na psychiatrii. Z informacji uzyskanych od pielęgniarek i położnych wynika, że jest niska zgłaszalność agresji na psychiatrii ponieważ panuje przekonanie, że jest to ryzyko wpisane w miejsce pracy i brak możliwości zgłoszenia takich przypadków.

Najbardziej narażeni na przemoc byli pracownicy oddziałów szpitalnych

Wśród sprawców zachowań agresywnych ankietowani wymienili: pacjenta (691 zgłoszeń), rodzinę (616 zgłoszeń), innych pracowników medycznych. Najczęstszą formą agresji, z jaką spotykali się badani, była przemoc fizyczna – groźby, szturchnięcia, popychania.

Wyniki ankiety są niepokojące; jednoznacznie wskazują, iż skala tego zjawiska jest wysoka. Oznacza to, iż obecnie w większości podmiotów leczniczych w Polsce brak jest rejestrów monitorujących zachowania agresywne oraz procedur regulujących postępowanie w sytuacji agresywnego zachowania pacjenta lub jego osób bliskich. Brak jest zarówno osób przeszkolonych, które rzeczywiście mogłyby zareagować w sytuacji agresywnych zachowań, brak jest ciągłego monitoringu i innych urządzeń umożliwiających pielęgniarkę i położną powiadomienie odpowiednich służb o grożącym im niebezpieczeństwie. Co więcej, nie szkoli się personelu zatrudnionego w podmiotach leczniczych w kierunku pożądaných reakcji w sytuacji zaistnienia niebezpieczeństwa dla ich zdrowia lub życia, które pozwoliłyby na minimalizowanie ewentualnie skutków tych zachowań.

Naczelna Rada Pielęgniarek z uwagi na duży problem agresji wobec osób wykonujących zawody pielęgniarki i położnej, za pilne uznaje podjęcie zarówno prac legislacyjnych, które nakładałyby stosowne zobowiązania na podmioty zatrudniające personel medyczny, jak podjęcie praktycznych działań, aby w każdym miejscu gdzie pielęgniarka lub położna udziela świadczeń zdrowotnych realizując zadania publiczne, miała zapewnione środki bezpieczeństwa, a ich zapewnienie było obowiązkiem ustawowym każdego podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych.

„Narastający problem agresji w polskich placówkach medycznych wymaga podjęcia zdecydowanych konsekwencji systemowych. Uświadamianie społeczeństwu, iż udzielając świadczeń zdrowotnych podlegamy ochronie prawnej przewidzianej dla funkcjonariusza publicznego to jeden ze sposobów na poprawę naszego bezpieczeństwa. W praktyce oznacza to, iż naruszenie nietykalności cielesnej, zniewaga czy czynna napaść na pielęgniarkę, położną będzie skutkowało sankcjami prawnymi. Obecnie w większości podmiotów leczniczych w Polsce brak jest procedur regulujących postępowanie w przypadku agresywnych zachowań. Jako samorząd zawodowy wnioskujemy o podjęcie działań legislacyjnych nakładających stosowne zobowiązania na podmioty zatrudniające kadry medyczne, jak: opracowanie procedury umożliwiającej pielęgniarkę, położną natychmiastowe powiadomienie odpowiednich służb o grożącym niebezpieczeństwie; organizację szkoleń dla personelu z psychologiem, prawnikiem, policją w zakresie komunikacji z pacjentem oraz jak należy reagować na zachowanie agresywne” – mówi Prezes NRPiP Zofia Małas.

Ankieta dostępna jest na stronie Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych od grudnia 2019 roku i cały czas zbierane są dane dotyczące zachowań agresywnych wobec pielęgniarek i położnych w opiece zdrowotnej, które następnie zostaną przekazane do Ministerstwa Zdrowia.

WYSOKOŚĆ SKŁADKI CZŁONKOWSKIEJ

NA 2020 ROK.

Zgodnie z Uchwałą nr 22 VII Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 20 stycznia 2016 r. w sprawie zmiany uchwały VII Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych nr 18 z dnia 20 stycznia 2016 r. w sprawie wysokości składki członkowskiej oraz zasad jej podziału dla osób wykonujących zawód pielęgniarki, położnej w ramach działalności gospodarczej – indywidualnej bądź grupowej praktyki zawodowej, a także innych członków samorządu zobowiązanych do opłacania składek nie wymienionych w pkt 1-2, w tym również

pielęgniarek i położnych wykonujących zawód wyłącznie poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które nie złożyły wniosku o wykreślenie z rejestru pielęgniarek i położnych wysokość składki wynosi 0,75% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku, ogłaszanego przez Prezesa GUS za ostatni kwartał poprzedniego roku kalendarzowego.

Zgodnie z Obwieszczeniem Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 21 stycznia 2020 r. przeciętne miesięczne wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku w czwartym kwartale 2019 r. wyniosło 5367,71 zł. Wobec powyższego wysokość składki dla osób wymienionych powyżej wynosi 40,26 zł.

Wobec powyższego wysokość składki dla osób wymienionych powyżej wynosi 40,26 zł

2. Działalność lecznicza

Zgodnie z art. 105 ust. 1. Ustawy o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011r. (t.j. Dz.U. z 2018 r. poz. 2190 ze zm.)

Wpis do rejestru podlega opłacie wynoszącej:

i) 2% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłaty nagród z zysku za ubiegły rok, ogłaszanego, w drodze obwieszczenia, przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”, obowiązującego w dniu złożenia wniosku o wpis do rejestru - w przypadku lekarza lub pielęgniarki,

- zaokrąglonej w górę do pełnego złotego.

Zgodnie z Obwieszczeniem Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 21 stycznia 2020 r. przeciętne miesięczne wynagrodzenie w sektorze przedsiębiorstw bez wypłaty nagród z zysku w 2019 r. wyniosło 5167,98 zł.

Wobec powyższego opłata od wpisu wynosi 104,00 zł.

Natomiast zgodnie z art. 105 ust. 2. Ustawy o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011r. (Dz.U.2018.2190 t.j.) zmiana wpisu w rejestrze podlega opłacie stanowiącej 50% wysokości opłaty, o której mowa w ust. 1.

Wobec powyższego opłata od zmiany wpisu wynosi 52,00 zł.

3. Wniosek o wpis/wpis zmiany danych do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych

Zgodnie z obwieszczeniem Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 21 stycznia 2020 r. w sprawie przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłaty nagród z zysku w 2019 r. uprzejmie informuję, iż przeciętne miesięczne wynagrodzenie w sektorze przedsiębiorstw bez wypłaty nagród z zysku w 2019 r. wyniosło 5167,98 zł.

Wobec powyższego zgodnie z art. 76 ust. 5 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej z dnia 15 lipca 2011r. (t. j. Dz. U. z 2019 r. poz. 576 ze zm.) „Wysokość opłaty, o której mowa w ust. 4, wynosi 6% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłaty nagród z zysku za ubiegły rok, ogłaszanego, w drodze obwieszczenia, przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”, obowiązującego w dniu złożenia wniosku o wpis, zaokrąglonego w górę do pełnego złotego”, wysokość opłaty za wpis do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych w roku 2020 r. wynosi 311,00 zł.

*„Po tych latach wspinaczki
w końcu można stanąć na szczycie
i rozkoszować się widokiem...”*

Serdeczne Podziękowania

W związku z przejściem na świadczenie przedemerytalne pragnę wszystkim współpracownikom podziękować za wiele lat wyjątkowej współpracy na oddziale: Oddział Psychiatrii Sądowej o Podstawowym Stopniu Zabezpieczenia w Wojewódzkim Szpitalu Neuropsychiatrycznym w Lublińcu. Szczególne słowa uznania i wdzięczności kieruję również do Pana Zbigniewa Bednarczyka Naczelnego Pielęgniarza Szpitala.

Irena Małysa

Gratulujemy!!! Pani Irenie Małysa

Z powodu zakończenia pracy zawodowej i odejścia na zastężoną emeryturę, z podziękowaniem za długoletnią, sumienną i pełną poświęceń pracę, codzienny trud i życzliwość. Wyjątkowe oddanie i cierpliwość, którym zawsze wyróżnia się Pani w pracy.

Życzenia radości i dobrego zdrowia na dalsze lata składają:

*Naczelnny Pielęgniarz Szpitala,
Koleżanki Pielęgniarki Wojewódzkiego Szpitala Neuropsychiatrycznego
w Lublińcu*

oraz

*Przewodnicząca i Członkowie Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych
w Częstochowie.*

*Przewodnicząca Barbara Płaza oraz
Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych*

Z okazji Świąt Wielkiej Nocy,

składam najserdeczniejsze życzenia.

Niechaj świąteczne dni, upłyną w ciepłej atmosferze serdecznych spotkań rodzinnych, w duchu staropolskiej tradycji, z wielkocnocnym barankiem, barwnymi pisankami i mokrym dyngusem. Oby miły nastrój tych pięknych wiosennych świąt, dał wiele radości i szczęścia a dobre świąteczne życzenia, przyniosły wszelaką pomyślność oraz spełnienie planów, zamierzeń i marzeń. Wesółych Świąt!

Pozdrawiam i łączę wyrazy szacunku

Barbara Płaza

*Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych
w Częstochowie.*

Wyciąg z protokołu z posiedzenia Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie w dniu 18 grudnia 2019 roku.

Podjęto uchwały w sprawie:

- w sprawie zwołania I Okręgowego Zjazdu Delegatów Pielęgniarek i Położnych VIII kadencji w Częstochowie i powołania Komitetu Organizacyjnego,
- w sprawie uruchomienia środków z Rezerwy do dyspozycji Okręgowej Rady i udzielenia pomocy finansowej.

Wyciąg z protokołu z posiedzenia Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie w dniu 27 listopada 2019 roku.

Podjęto uchwały w sprawie:

- przyznania dofinansowania kosztów kształcenia – osiem pielęgniarek,
- udzielenia pomocy finansowej z funduszu ratowania życia i wypadków losowych - dwie pielęgniarki,
- wykreślenia z rejestru członków Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie – trzy pielęgniarki,
- zaprzestania prawa wykonywania zawodu – jednej pielęgniarsce,
- wygaśnięcia prawa wykonywania zawodu z powodu zgonu – dwanaście pielęgniarek. przyznania dofinansowania kosztów kształcenia – dwadzieścia czterem pielęgniarkom.,

Wyciąg z protokołu z posiedzenia Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie w dniu 18 grudnia 2019 roku.

Podjęto uchwały w sprawie:

- udzielenia pomocy finansowej z Funduszu Ratowania Życia i Wypadków Losowych – jedna pielęgniarka,
- stwierdzenia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki i wpisu do rejestru Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych – dwie pielęgniarki,
- wykreślenia z Okręgowego Rejestru Pielęgniarek i Położnych – jedna pielęgniarka i jeden pielęgniarz,
- przyznania dofinansowania kosztów kształcenia – trzy pielęgniarki,
- anulowania adnotacji o zaprzestaniu wykonywania zawodu na czas nieokreślony - dwie pielęgniarki,
- zaprzestania wykonywania zawodu pielęgniarki – jedna pielęgniarka.



1%

Robuś urodził się z wadą ośrodkowego układu nerwowego w postaci Zespołu Dandy-Walkera. Ma również mózgowie porażenie dziecięce z czterokończynowym niedowładem spastycznym. Jest dzieckiem leżącym, niewidomym, całkowicie zależnym od osób innych, wymagającym całodobowej opieki pielęgnacyjnej oraz szeroko aspektowej rehabilitacji, której finansowanie będzie mogło być pokryte dzięki Państwu zgodnie na przekazanie 1%. Wystarczy wpisać w PIT dane widniejące poniżej

G. WNIOSEK O PRZEKAZANIE 1% PODATKU NALEŻNEGO NA RZECZ ORGANIZACJI POŻYTKU PUBLICZNEGO (OPP) (nazwa podmiotu, numer statutu lub Krajowego Rejestru Sądowego (KRS) organizacji - wybrany z wykazu prowadzonego przez Ministerstwo Finansów i Publiczne Służebniczej Urzędowej Kancelarii, kwota na jej rzecz)	
1) Numer KRS: 0000037904	2) Kwota: kwota
H. INFORMACJE UZUPELNIAJĄCE (Podatnicy, którzy wypełnili część G, w poz. 58 mogą podać też szacunkowy 1%, a zastępując kwadrat w poz. 60 wyrażić zgodę na przekazanie OPP swojego imienia, nazwiska i adresu wraz z informacją o kwocie z poz. 58. W poz. 61 można podać dodatkowe informacje, np. ułatwiającej kontakt z podatkowcem (telefon, e-mail).)	
3) Cel organizacyjny 1%: 18699 Robert Korzeniowski	4) Wyrażam zgodę: <input checked="" type="checkbox"/>

Szanowni Darczyńcy, prosimy o wyrażenie zgody w formularzu PIT na przekazanie swoich danych organizacji pożytku publicznego – dzięki temu będziemy wiedzieli, kto udzielił wsparcia naszym podopiecznym.

Numer KRS:
0000037904
z dopiskiem: **18699 Korzeniowski Robert - darowizna na pomoc i ochronę zdrowia**

Styczeń - Luty 2020 rok

09.01.2020r. - Posiedzenie Komisji Rewizyjnej ORPiP w Częstochowie,
13.01.2010r. - Postępowanie konkursowe na stanowisko przełożonej szpitala i pielęgniarki oddziałowej oddziału kardiologii w WSzS w Częstochowie,
13.01.2020r. - Spotkanie noworoczne Urząd Miasta Częstochowa,
16- 18.01.2020r. - XXIV Konferencji Naukowo-Szkoleniowej Opieki Paliatywnej i Zespołów Hospicyjnych „Nie lękajcie się prawdy”, Częstochowa,
16.01.2020r. - Uroczyste otwarcie wyremontowanych oddziałów szpitalnych w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Częstochowie,
22.01.2020r. - Rozpoczęcie szkolenia specjalizacyjnego „Pielęgniarstwo psychiatryczne dla pielęgniarek”- Ośrodek Szkoleniowy przy OIPIP w Częstochowie,
22.01.2020r. - Posiedzenie Komisji ds. Pomocy w Trudnych Sytuacjach Losowych OIPIP,
28.01.2020r. - Posiedzenie

Komisji ds. kształcenia i doskonalenia zawodowego oraz dofinansowania kosztów kształcenia podyplomowego Pielęgniarek i Położnych,
28-29. 01.2020r. - Przeprowadzenie kursu dokształcającego „Cewnikowanie pęcherza moczowego dla pielęgniarek” - Ośrodek Szkoleniowy przy OIPIP w Częstochowie,
29.01.2020r. - Postępowanie konkursowe na stanowisko dyrektora ds. leczenia Wojewódzkiego Szpitala Neuropsychiatrycznego w Lublińcu,
29.01.2020r. - Posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie,
30.01.2020r. - Zakończenie kursu specjalistycznego „Wywiad i badania fizykalne,, - Ośrodek Szkoleniowy przy OIPIP w Częstochowie,
05.02.2020r. - Rozpoczęcie kursu specjalistycznego „Ordynowanie leków i wypisywanie recept” cz. I, - Ośrodek Szkoleniowy

przy OIPIP w Częstochowie,
05.02.2020r. - Inauguracja kampanii „Nursing Now Polska,, , Warszawa,
07.02.2020r. - Posiedzenie Komisji Nauki, Kształcenia i Rozwoju Zawodowego, Warszawa,
21.02.2020r. - Koncert Senatorski w Koszęcinie,
25.02.2020r. - Posiedzenie Komisji ds. kształcenia i doskonalenia zawodowego oraz dofinansowania kosztów kształcenia podyplomowego Pielęgniarek i Położnych,
26.02.2020r. - Posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie,
26.02.2020r. - Posiedzenie Komisji ds. Pomocy w Trudnych Sytuacjach Losowych OIPIP,
27.02.2020r. - XXV Zwyczajna Sesja Rady Miasta w Częstochowie,
28.02.2020r. - Posiedzenie komisji opiniującej wnioski kandydatów do nagrody Prezydenta Miasta Częstochowy w dziedzinie ochrony zdrowia na 2020 rok.

Przełącz 1% podatku

KRS 27 22 72

Przełącz Maćkowi 1% swojego podatku. Jeżeli rozliczasz PIT w formie papierowej, w rubryce OPP wpisz dane:

J. WNIOSK O PRZEKAZANIE 1% PODATKU NALEŻNEGO NA RZECZ ORGANIZACJI POZYTKU PUBLICZNEGO (OPP)	
Wskazując numer wstępu do Krajowego Rejestru Sądowego (numer KRS) organizacji wybieranej z wykazu prowadzonego na podstawie ogólnych przepisów oraz wyznaczkę konty na jej rzecz	
124 Numer KRS 0000272272	124 Kwota 1% kwota 1%
124 Wskazanie kwoty	
Kwota w złp. 124 nie może przekroczyć 1% kwoty z poz. 119 po odliczeniu do celów obliczenia straty w zeznaniu	
K. INFORMACJE UZUPEŁNIJĄCE	
Podatnicy, którzy wypełnili zeznanie J. w poz. 120 mogą posiadać cel rozliczeniowy 1%, a stanowiący kwadrat w poz. 128 oznacza zgodę na przekazanie OPP swojego imienia, nazwiska i adresu wraz z informacją o kwocie z poz. 124. W poz. 127 można podać dodatkowe informacje np. wskazując kontakt z podmiotem (telefon, e-mail).	
128 Wykazuje imię Maciej Bubeł	128 Wynikanie zgodnie z 128 <input type="checkbox"/>

e-PIT Jeżeli rozliczasz się elektronicznie, to w serwisie podatki.gov.pl wybierz **Twój e-PIT**, a następnie **wybierz z listy OPP nr KRS 0000272272**, wskaż cel **szczegółowy**, zaakceptuj i wyślij zeznanie

Jak jeszcze mogę pomóc?
 Wpłać dowolną kwotę na rachunek Fundacji Votum:
 32 1500 1067 1210 6008 3182 0000 z dopiskiem Maciej Bubeł



Organizacja Pożytku Publicznego

FUNDACJA Votum

www.fundacjavotum.pl

❧ Kondolencje ❧

“Świece w oczach palę
i sny poskrabam smutne
usilnie Boga szukam w tym wszystkim
co wydaje się okrutne...”

Pani

Grażynie Tomczyk

wyrazy głębokiego współczucia z powodu
śmierci

Mamy

składają:

koleżanki Położne Oddziału Ginekologii
i Położnictwa

z Pododdziałami Patologii Ciąży
i Ginekologii Onkologicznej

Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego
w Częstochowie, ul. Bialska

oraz

Przewodnicząca i Okręgowa Rada
Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.

„... Dla tego który odszedł w nieznany świat,
płomień na wietrze kołysze wiatr.
Dla niego tyle kwiatów pod kamiennym murem,
i niebo wiosenne
u góry...

A w duszy szok, a w sercu żal...”

Pani

Justynie Mrozińskiej

wyrazy głębokiego współczucia z powodu śmierci

Mamy

składają;

Naczelną Pielęgniarką,

współpracownicy Szpitalnego Oddziału Ratunkowego
Miejskiego Szpitala Zespołowego w Częstochowie, ul.
Mirowska

oraz

Przewodniczącą i Okręgową Radą Pielęgniarek i Położnych
w Częstochowie.

Przewodniczącą i Okręgową Radą
Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.

Wspomnienie....

„Każdy człowiek, nawet najskromniejszy,
zostawia ślad po sobie,
jego życie zahacza o przeszłość i sięga w przyszłość...”

Z wielkim żalem i smutkiem przyjęliśmy wiadomość,
iż w dniu 28.01.2020r. odeszła od nas w wieku 49 lat Położna
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Częstochowie

ŚP Lidia Bugajska

Dane nam było część naszego życia jak
w piękny warkocz zapleść z Twoim...

Dziś pozostało wspomnienie....
pisząc słowami ks. J. Twardowskiego;

„ Żal że się za mało przebywało,
choćby się łzy wyplakało,
to teraz wszystko za mało.....”

Ale została pamięć i wspomnienie.... skromna, prawa, życzliwa
zostawiła ślad po sobie.... w naszych sercach i modlitwie.....

Spoczywaj w Pokoju.....

Koleżanki Położne, Współpracownicy

WAŻNE INFORMACJE NA TEMAT POSTĘPOWANIA W PRZYPADKU PODEJRZENIA ZAKAŻENIA KORONAWIRUSEM

Jeżeli nie odczuwasz objawów chorobowych lub jeśli masz gorączkę, kaszel, problemy z oddychaniem, ALE w ciągu ostatnich 14 dni NIE podróżowałeś do miejsc, gdzie występują potwierdzone przypadki zakażenia koronawirusem i NIE miałeś kontaktu z osobą chorą z powodu infekcji wywołanej koronawirusem:

- Zapytaj farmaceutę o zalecane środki zapobiegania infekcji.
- Zachowaj higienę osobistą - zasłaniaj chusteczką usta i nos podczas kaszlu i kichania, jak najczęściej myj ręce wodą z mydłem, a jeśli nie ma takiej możliwości dezynfekuj ręce płynami/żelami na bazie alkoholu (min. 60 %).
- Unikaj kontaktu z osobami z widocznymi objawami choroby takimi jak kaszel, katar, podwyższona temperatura ciała.

Jeżeli NIE odczuwasz objawów chorobowych, ALE w ciągu ostatnich 14 dni podróżowałeś do miejsc, gdzie występują potwierdzone przypadki zakażenia koronawirusem lub miałeś kontakt z osobami zakażonymi koronawirusem:

- Zapytaj farmaceutę o zalecane środki zapobiegania rozprzestrzenianiu się infekcji.
- Skontaktuj się telefonicznie ze stacją sanitarno-epidemiologiczną.
- Dane teleadresowe stacji sanitarno-epidemiologicznej możesz uzyskać:
 - od farmaceuty,
 - na infolinii Narodowego Funduszu Zdrowia **800 190 590**,
 - na stronie www.gov.pl/koronawirus
- W miarę możliwości przez 14 dni ogranicz społeczno-zawodowe kontakty z innymi osobami.
- Zachowaj higienę osobistą - jak najczęściej myj ręce wodą z mydłem, a jeśli nie ma takiej możliwości dezynfekuj ręce płynami/żelami na bazie alkoholu (min. 60 %).
- Dwa razy dziennie mierz temperaturę ciała.
- W przypadku wystąpienia gorączki (38°C), kaszlu, trudności z oddychaniem udaj się do oddziału chorób zakaźnych, najbliższego do miejsca zamieszkania.

Jeżeli masz gorączkę (38°C), kaszel, problemy z oddychaniem i w ciągu ostatnich 14 dni podróżowałeś do miejsc, gdzie występują potwierdzone przypadki zakażenia koronawirusem lub miałeś kontakt z osobą chorą z powodu infekcji wywołanej koronawirusem:

- Skontaktuj się telefonicznie ze stacją sanitarno-epidemiologiczną.
- Jak najszybciej udaj się do oddziału chorób zakaźnych, najbliższego do miejsca zamieszkania.
- Informację o najbliższym oddziale chorób zakaźnych oraz dane teleadresowe stacji sanitarno-epidemiologicznej możesz uzyskać:
 - od farmaceuty,
 - na infolinii Narodowego Funduszu Zdrowia **800 190 590**,
 - na stronie www.gov.pl/koronawirus
- Jeżeli jesteś chory, to w celu ograniczenia rozprzestrzeniania się wirusa używaj maski ochronnej.
- Zachowaj higienę osobistą - zasłaniaj chusteczką usta i nos podczas kaszlu i kichania, jak najczęściej myj ręce wodą z mydłem, a jeśli nie ma takiej możliwości dezynfekuj ręce płynami/żelami na bazie alkoholu (min. 60 %).
- Ogranicz kontakt z innymi osobami i nie korzystaj z transportu publicznego.

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie informuje, że w pierwszym półroczu 2020 roku planuje uruchomić następujące kursy :

Kursy kwalifikacyjne

- Pielęgniarstwo anestezyjologiczne i intensywnej opieki – kurs dla pielęgniarek
- Pielęgniarstwo opieki długoterminowej – kurs dla pielęgniarek
- Pielęgniarstwo internistyczne – kurs dla pielęgniarek
- Pielęgniarstwo ratunkowe – kurs dla pielęgniarek systemu
- Pielęgniarstwo rodzinne – kurs dla pielęgniarek
- Pielęgniarstwo w środowisku nauczania i wychowania – kurs dla pielęgniarek
- Pielęgniarstwo opieki paliatywnej – kurs kwalifikacyjny dla pielęgniarek
- Pielęgniarstwo geriatryczne - kurs kwalifikacyjny dla pielęgniarek
- Pielęgniarstwo rodzinne - kurs dla położnych
- Pielęgniarstwo operacyjne - kurs dla pielęgniarek

Kursy specjalistyczne

- Resuscytacja krążeniowo-oddechowa- kurs specjalistyczny dla pielęgniarek i położnych
- Resuscytacja oddechowo-krążeniowa noworodka- kurs specjalistyczny dla pielęgniarek i położnych
- Szczepienia ochronne- kurs specjalistyczny dla pielęgniarek
- Szczepienia ochronne dla położnych – kurs specjalistyczny dla położnych
- Leczenie ran- kurs specjalistyczny dla pielęgniarek
- Leczenie ran – kurs specjalistyczny dla położnych
- Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego u dorosłych - kurs specjalistyczny dla pielęgniarek i położnych
- Ordynowanie leków i wypisywanie recept – Część I – kurs specjalistyczny dla pielęgniarek i położnych
- Ordynowanie leków i wypisywanie recept – Część II- kurs specjalistyczny dla pielęgniarek i położnych
- Edukator w cukrzycy

– kurs specjalistyczny dla pielęgniarek i położnych

- Monitorowanie dobrostanu płodu w czasie ciąży i podczas porodu - kurs specjalistyczny dla położnych
- Onkologia ginekologiczna - dla położnych (nowe szkolenie)
- Opieka nad pacjentem z Przewlekłą Obturacyjną Chorobą Płuc (POChP) (nowe szkolenie)
- Edukacja i wsparcie kobiety w okresie laktacji – kurs przeznaczony dla położnych
- Opieka pielęgniarska nad chorymi dorosłymi w leczeniu systemowym nowotworów- kurs przeznaczony dla pielęgniarek
- Wywiad i badanie fizykalne – kurs specjalistyczny dla pielęgniarek i położnych
- rEndoskopia – kurs specjalistyczny dla pielęgniarek
- rWykonanie badania spirometrycznego - kurs specjalistyczny dla pielęgniarek

Szkolenia specjalizacyjne – specjalizacje pielęgniarskie

- Pielęgniarstwo internistyczne
- Pielęgniarstwo geriatryczne
- Pielęgniarstwo anestezyjologiczne i intensywnej opieki
- Pielęgniarstwo pediatryczne
- Pielęgniarstwo chirurgiczne
- Pielęgniarstwo psychiatryczne
- Pielęgniarstwo opieki długoterminowej
- Pielęgniarstwo rodzinne dla pielęgniarek

Kursy doształcające

- Cewnikowanie pęcherza moczowego
- Długoterminowe dostępy naczyniowe – użytkowanie portów naczyniowych
- Badanie tętna płodu – zapis kardiokografii – dla położnych,
- Postawy żywienia dojelitowego i pozajelitowego;
- Podstawy dezynfekcji i sterylizacji,

Kursy jednodniowe

- Zastosowanie przymusu bezpośredniego przez pielęgniarkę
- Postępowanie z raną przewlekłą – konferencja (planowana data:

czerwiec 2020r.)

Osoby zainteresowane udziałem kursach powinny spełniać poniższe kryteria:

Do specjalizacji pielęgniarskiej:

- posiadać prawo wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej
- posiadać udokumentowane 2 lata pracy w zawodzie w ciągu ostatnich 5 lat
- posiadać ukończone wymagane kursy specjalistyczne
- złożyć wniosek na specjalizację w Systemie Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych - SMK.

Do kursów kwalifikacyjnych:

- posiadać prawo wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej
- posiadać udokumentowane 6 miesięcy pracy w zawodzie.
- złożyć wniosek na kurs w Systemie Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych - SMK.
- posiadać ukończone wymagane kursy specjalistyczne.

Do kursów specjalistycznych doształcających :

- zgłoszenie w Systemie Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych – SMK

Kontakt Ośrodkiem Szkoleniowym:

Tel. 519 – 862-186 lub 34 324-12-51 wew. 407

Zgodnie Interpretacją Indywidualną Dyrektora Krajowej Informacji Skarbowej dnia 17 maja 2018 roku,

Pielęgniarki położne ,które uczestniczą kursach szkoleniach finansowanych całości lub częściowo refundowanych ze środków Okręgowej Izby Pielęgniarek Położnych Częstochowie, pochodzących ze składek członkowskich nie uzyskują one jakiegokolwiek przysporzenia swojego majątku. konsekwencji przedmiotowej sprawie po stronie pielęgniarek położnych nie powstanie przychód rozumieniu ustawy podatkowej od osób fizycznych, na Okręgowej Izbie Pielęgniarek Położnych Częstochowie nie ciąży obowiązek sporządzenia dla tych osób informacji PIT-8C.