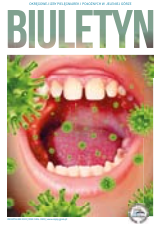


BIULETYN





BIULETYN

OKRĘGOWEJ IZBY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

w Jeleniej Górze
ul. 1. Maja 27 (III piętro)
58-500 Jelenia Góra
e-mail: biuro@oipip.jgora.pl
tel./fax (75) 753 56 68, 753 56 69
www.oipip.jgora.pl

KONTO

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych
Numer konta bankowego, na który należy przekazywać składki członkowskie:
Santander Bank Polska o/Jelenia Góra
05 1090 1926 0000 0005 1400 5081

BIURO

Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych
Sekretariat czynny:
poniedziałek 8.00–16.00
wtorek–piątek 7.00–15.00

Przewodnicząca ORPiP

ELŻBIETA SŁOJEWSKA-POZNAŃSKA
przyjmuje w poniedziałki
od godziny 14.00–18.00

Sekretarz ORPiP

GRAŻYNA BOMBA

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej Pielęgniarek i Położnych

DANUTA STEFANIK

Zastępcy pełnią dyżur w pierwszy i ostatni
poniedziałek miesiąca 14.00–15.00

Przewodnicząca Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych

ELŻBIETA ŁAZAR

Obsługa prawna

Adwokat ILONA GRABAS

Kontakt w sprawach wykonywania zawodu
pielęgniarki i zawodu położnej
poprzez biuro OIPIP w Jeleniej Górze

Artykuły, listy, uwagi i inna korespondencję
prosimy nadsyłać na adres redakcji:

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych
e-mail: biuro@oipip.jgora.pl

Redakcja nie ponosi odpowiedzialności
za treść ogłoszeń i reklam.

Redakcja zastrzega sobie prawo
do skracania nadesłanych materiałów.

Nie przyjmujemy do publikacji tekstów
przekazywanych telefonicznie!

Projekt, skład i druk

Tereny Weny Agencja Reklamowa

SPIS TREŚCI

INFORMACJE OIPIP

- 1 Pożegnania
- 2 Mówimy o braku kadr
- 6 Informacja Ministerstwa
Zdrowia

INFORMACJE NRPIP

- 9 Stanowisko OZZPiP
do nowelizacji
ustawy o najniższych
wynagrodzeniach
- 17 Pielęgniarki i Położne
w polskim systemie
opieki zdrowotnej

- 19 Opinia w sprawie
zaświadczeń o ukończonych
kursach
- 22 Stanowisko w sprawie
pomocy dla pielęgniarek
uciekających z Ukrainy

OPINIE

- 24 8 mitów na temat
endometriozy – choroby,
która może dotyczyć
co 10. kobietę
- 26 Choroby (za)przypomniane
- 28 Lepiej się zaszczepić,
niż chorować!

KONSULTANCI WOJEWÓDZCY W DZIEDZINACH:

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

PIELĘGNIARSTWA ANESTEZJOLOGICZNEGO I INTENSYWNEJ OPIEKI – mgr EWA PIELICHOWSKA, 4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SP ZOZ ul. Rudolfa Weigla 5 50-981 Wrocław, T: 261 660 207, 608 309 310, E: naczelnia.pielegniarka@4wsk.pl

PIELĘGNIARSTWA CHIRURGICZNEGO I OPERACYJNEGO – mgr BEATA ŁABOWICZ, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Legnicy ul. Jarosława Iwaszkiewicza 5, 59-220 Legnica, T: 76 72 11 401, 661 999 104, E: beata.labowicz@szpital.legnica.pl

PIELĘGNIARSTWA DIABETOLOGICZNEGO – mgr IWONA PILARCZYK-WRÓBLEWSKA, Uniwersytet Medyczny, Katedra Pediatrii Zakład Neonatologii ul. Bartła 5, 51-618 Wrocław, T: 500141941, E: iwona.pilarczykwroblewska@umed.wroc.pl

PIELĘGNIARSTWA EPIDEMIOLOGICZNEGO – mgr DOROTA KACZOR, Dolnośląskie Centrum Rehabilitacji Sp. z o.o. w Kamiennej Górze, ul. Janusza Korczaka 1, 58-400 Kamienna Góra, T: 606226655, e-mail: kador68@wp.pl

PIELĘGNIARSTWA W GINEKOLOGII I POŁOŻNICTWIE – mgr URSZULA ŻMIJEWSKA, Szpital Specjalistyczny im. A. Falkiewicza ul. Warszawska 2, 52-114 Wrocław, T: 71 342 86 31 (w. 344), 604 939 455, 667 977 735

PIELĘGNIARSTWA OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ – mgr DOROTA RUDNICKA, Ośrodek Medycyny Paliatywnej i Hospicyjnej Będkowo Sp. z o.o. Sp. k. Będkowo 1, 55-100 Trzebnica, T: 71 722 29 48, 603 852 669, E: drudnicka@hospicjumbedkowo.pl

PIELĘGNIARSTWA ONKOLOGICZNEGO – dr n. med. ELŻBIETA GARWACKA-CZACHOR, Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu pl. Hirszfelda 12, 53-413 Wrocław, T: 71 36 89 260, 603 38 58 98, E: e.garwacka@gmail.com

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

PIELĘGNIARSTWA PEDIATRYCZNEGO – mgr DOROTA MILECKA, T: 666 872 721, E: milecka@poczta.fm

PIELĘGNIARSTWA RATUNKOWEGO – dr n. o zdr. WIESŁAW ZIELONKA, Pogotowie Ratunkowe w Legnicy ul. Dworcowa 7, 59-220 Legnica, T: 502 676 039, E: w.zielonka@pogotowie-legnica.pl

PIELĘGNIARSTWA OPIEKI PALIATYWNEJ – mgr ANNA SZACHOWSKA, Bonifrackie Centrum Zdrowia Sp. z o.o., E: anna.szachowska@gmail.com

WAŻNA INFORMACJA

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Jeleniej Górze informuje, że wszystkie osoby, które **zakończyły** prowadzenie własnej działalności jako Indywidualna Praktyka Pielęgniarska/Położnicza kod PKD 86.90C **lub zaistniała zmiana dotycząca prowadzonej działalności (np. zmiana adresu zamieszkania, miejsca prowadzenia praktyki, nazwiska)** mają obowiązek: na podstawie art. 107 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2021r. poz. 711, 1773,2120)

1. Zgłaszać organowi prowadzącemu rejestr wszelkie zmiany danych objętych rejestrem **w terminie 14 dni od dnia ich powstania.**

2. W przypadku niezgłoszenia zmiany danych objętych rejestrem w terminie, o którym mowa w ust. 1, organ prowadzący rejestr może, w drodze decyzji administracyjnej, **nałożyć na podmiot wykonujący działalność leczniczą karę pienięż-**

ną w wysokości do dziesięciokrotnego minimalnego wynagrodzenia za pracę określonego na podstawie przepisów o minimalnym wynagrodzeniu za pracę. Decyzji nadaje się rygor natychmiastowej wykonalności.

Wykreślenie z w/w rejestru następuje na podstawie art. 108 ust 2 pkt 5 cytowanej ustawy w przypadku:

5) złożenia wniosku o wykreślenie z rejestru;

W sytuacji niedopełnienia tego obowiązku zarejestrowana praktyka jest nadal traktowana jako aktywna, a Okręgowa Rada jako organ prowadzący rejestr nie może samodzielnie wykreślić takiej praktyki z rejestru. Konsekwencją tego dla pielęgniarki/położnej jest **naliczanie należnych składek oraz obowiązek prowadzenia dokumentacji medycznej.**

Wniosek o zmianę lub wykreślenie należy złożyć poprzez <https://rpwdl.ezdrowie.gov.pl>.

Z głębokim, żalem zawiadamiamy,
że odeszła od nas do Pana nasza koleżanka

Pielęgniarka

GRAŻYNA BRZEZIŃSKA

Grażynko, żegnamy Cię z bólem,
ale też wdzięczni Bogu za każdy dzień z Tobą.
Odpoczywaj w pokoju.

Dyrektor Domu Pomocy Społecznej «Ostoja» w Zgorzelcu

Małgorzata Gos

wraz

z mieszkańcami i pracownikami.





A KATARZYNA
CICHOSZ

Pielęgniarka

MÓWIMY O BRAKU KADR

Z dr Elżbietą Słojewską-Poznańską,
przewodniczącą Okręgowej Rady
Pielęgniarek i Położnych w Jeleniej Górze
rozmawia Katarzyna Cichosz



Katarzyna Cichosz: Jak duży obszar obejmuje podległa Pani Izba Pielęgniarek i Położnych?

Elżbieta Słojewska-Poznańska: Działamy na terenie byłego województwa jeleniogórskiego. Mamy szpitale w miastach: Zgorzelec, Bolesławiec, Kowary, Karpacz, Lubań, Lwówek Śląski, Kamienna Góra, Bogatynia oraz największy, Wojewódzkie Centrum Szpitalne Kotliny Jeleniogórskiej w Jeleniej Górze.

K.C.: Z raportu Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych dotyczącego katastrofy kadrowej wynika, że właśnie na Dolnym Śląsku jest najwięcej pielęgniarek, które wkrótce przejdą na emeryturę. Jak to wygląda w Pani okręgu?

E.S.P.: W lutym mieliśmy zarejestrowanych 4016 pielęgniarek i 56 pielęgniarzy oraz 287 położnych. Jeśli chodzi o przedziały wiekowe, to faktycznie jest bardzo źle. W grupie 46–49 lat mamy 522 pielęgniarki; w grupie 50–59 lat – 1399 pielęgniarek, a w grupie 60–70 lat – 1408. Jak Pani widzi, to trzy czwarte członków okręgu.

K.C.: Co doprowadziło do tak dużego braku zastępowalności pokoleniowej?

E.S.P.: Myślę, że w ostatnich 15–18 latach zaczęła się rezygnacja z wykonywania zawodu pielęgniarki. Zarówno Samorząd Pielęgniarek i Położnych, jak i Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych sygnalizowały problem, ale było to traktowane po macoszemu. Przed 2004 rokiem w regionie jeleniogórskim mieliśmy więcej szkół przygotowujących do zawodu. Kiedy weszliśmy do Unii Europejskiej, została podpisana Dyrektywa 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie uznania kwalifikacji zawodowych, która umożliwiła polskim pielęgniarkom i położnym pracę w krajach zachodnich. Wiązało się to również ze zmianą kształcenia pielęgniarek i położnych. Zakończyły działalność szkoły medyczne na poziomie średnim i rozpoczęło się kształcenie na poziomie licencjatu. Studia, które obecnie są pierwszym etapem kształcenia i wejścia do systemu. W efekcie reformy na naszym terenie, byłego województwa jeleniogórskiego, została jedna szkoła kształcąca pielęgniarki – Karkonoska Państwowa Szkoła Wyższa w Jeleniej Górze.

K.C.: Ile osób w ostatnich latach ukończyło studia pierwszego stopnia na tej uczelni?

E.S.P.: Z danych, które przekazała rektor, dr n. med. Wioletta Palczewska, prof. KPSW, wynika, że w roku 2018 pierwszy stopień studiów ukończyło 38 osób, w roku 2019 – 22 osoby, w 2020 – 20 osób, a w 2021 – 24 osoby. Drugi stopień wygląda nieco inaczej, ale tam są osoby już pracujące w zawodzie. W 2018 roku nikt nie podjął

Braki kadrowe dotyczą wielu placówek. Ważne jest, aby patrzeć perspektywnie i w miarę możliwości zatrudniać pielęgniarki

kształcenia, w 2019 – był to bardzo dobry rok – 73 osoby, w 2020 – 37 osób, a w 2021 – 23 osoby. Na Dolnym Śląsku dodatkowym bonusem dla studentów z dobrymi wynikami są stypendia Marszałka Województwa.

K.C.: Czy samorząd pielęgniarek i położnych podejmował jakieś kroki, żeby zapobiec brakom kadrowym?

E.S.P.: Jeszcze przed wzrostem wynagrodzeń przedstawiciele Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Jeleniej Górze, pielęgniarki oddziałowe oddziałów zabiegowych, bloku operacyjnego, intensywnej terapii, a więc oddziałów preferowanych przez ludzi młodych z uwagi na atrakcyjność, odwiedzali klasy maturalne i przedmaturalne, ukazując nasze zawody, ich piękno, etos, ale i trudy. W rozmowach w młodzieżą zawsze padało pytanie, jak wyglądają kwestie finansowe. Automatycznie stawało nas to na gorszej pozycji. Pracując w innym zawodzie, można było otrzymać takie samo, jeśli nie lepsze wynagrodzenie przy mniejszym wysiłku włożonym w wykształcenie, mniejszej odpowiedzialności zawodowej, cywilnej, nie mówiąc już o pracy zmianowej, narażeniu na szereg czynników szkodliwych, w tym biologicznych. Braki kadrowe dotyczą wielu placówek. Ważne jest, aby patrzeć perspektywnie i w miarę możliwości zatrudniać pielęgniarki. Tak się dzieje w Wojewódzkim Centrum Szpitalnym Kotliny Jeleniogórskiej w Jeleniej Górze. Szpital posiada około 900 łóżek. Dyrekcja szpitala wraz z Pielęgniarką Naczelną zatrudnia młode adeptki, które w tym szpitalu odbywały praktyki jako studentki i z tym miejscem wiążą swoją zawodową drogę. Największy problem z kadrą mają szpitale powiatowe. Gdyby pielęgniarki pracowały tylko na jednym etacie, to już dzisiaj w okręgu jeleniogórskim musielibyśmy zamknąć 25 procent oddziałów. Sądzę, że ten problem dotyczy całego kraju.

K.C.: Czy każdy, kto na Pani terenie kończy studia pielęgnarskie, podejmuje pracę w zawodzie?

E.S.P.: Część osób nie ubiega się o prawo wykonywania zawodu, kończy zupełnie inny kierunek studiów i odchodzi. Z drugiej strony obserwujemy powroty osób, które przez lata nie funkcjonowały w zawodzie, mają one stwierdzone prawo, ale musiały je odnowić. Pandemia i ustawa covidowa umożliwiły im szybszy powrót do zawodu. Poprzednio po złożeniu dokumentów musiały odbyć wolontariat, którego długość była uzależniona od przerwy w zawodzie, po czym zdawały egzamin. Teraz jest inaczej. Ośrodki, które mają braki, głównie zajmujące się pacjentami z COVID-em, przyjmują osoby chcące odnowić prawo wykonywania zawodu, ale tutaj znowu zdecydował czynnik ekonomiczny. W miesiącu pojawiają się 2–3 takie osoby.

W ubiegłym roku w naszej Izbie stwierdzono 35 praw wykonywania zawodu, lecz w tym samym roku zmarło 31 pielęgniarek, a były one czynne zawodowo. Wydaliśmy pięć zaświadczeń o uznaniu kwalifikacji międzynarodowych dla pielęgniarek wyjeżdżających za granicę. Obecnie obserwujemy, że wracają nasze pielęgniarki z Włoch, Niemiec i chcą tutaj pracować, bo wynagrodzenia zrobiły się porównywalne.

K.C.: Czy Niemki i Czeszki pracują w Pani okręgu?

E.S.P.: To nie jest taka prosta sprawa. Zarówno niemiecki, jak i czeski system kształcenia odbiega od naszego systemu. Aby uzyskać polskie prawo wykonywania zawodu, pielęgniarka lub położna musi spełniać określone warunki. Czasami jest to dość długa droga. Kwalifikacje danej pielęgniarki lub położnej są weryfikowane przez uczelnie wyższe i dopiero po pozytywnej weryfikacji wydawane jest prawo wykonywania zawodu. W zeszłym roku wydałyśmy dwa takie prawa dla obywaterek Ukrainy.

K.C.: W związku z inwazją wojsk rosyjskich na Ukrainę i dużą liczbą uchodźców w Polsce zmieniono przepisy, ułatwiając podjęcie pracy ukraińskim pielęgniarkom. Proszę powiedzieć, czy w Pani okręgu jest jakieś zainteresowanie zawodem? Jak rozwiązujecie kwestię porozumiewania się z personelem obcojęzycznym?

E.S.P.: Do naszej Izby nie zgłosiło się dużo osób z Ukrainy. Podstawą jest znajomość języka polskiego. Brak tej znajomości to bariera nie do pokonania. Wszystkie osoby, które się zgłaszają, są informowane o procedurze, na stronie internetowej istnieje zakładka dla pielęgniarek z Ukrainy. Na naszym terenie są szpitale, które zatrudniły pielęgniarki w charakterze opiekunek. Być może jest to droga do opanowania języka i weryfikacji umiejętności. Pielęgniarki polskie przed wyjazdem za granicę, np. do Norwegii, odbyły kursy językowe lub pracując jako opiekunki, kończyły kursy językowe i po zdaniu egzaminu zmieniały zatrudnienie. Obecna sytuacja jest wyjątkowa, to przymusowa emigracja wojenna. Niewątpliwie pomoc



mentora, osoby wprowadzającej, byłaby dobrym rozwiązaniem, ale podstawą jest znajomość języka w stopniu umożliwiającym podstawową komunikację. Część z tych osób, po zakończeniu wojny, będzie chciała wrócić do ojczyzny, pobyt tutaj traktują jako coś przejściowego.

K.C.: Czy obecnie obserwuje Pani zwiększenie zainteresowania zawodem?

E.S.P.: Tak, pojawiło się ono wraz ze wzrostem wynagrodzeń. Jeszcze pięć lat temu na Radzie Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych zgłaszałam, że na naszym terenie nie ma położnych. Rejon jeleniogórski nigdy nie miał własnej placówki kształcącej położne, najbliższe były Wrocław i Świdnica. Taka sytuacja odbija się rykoszetem: nie ma placówki kształcącej, nie ma położnych. Poprosiłam koleżanki o pomoc i przyjechało do nas kilka położnych z Krakowa, ale po roku wyjechały, bo nie były w stanie się utrzymać. Mieszkając przy rodzicach, mogły łatwiej funkcjonować. Dziś wygląda to inaczej, bo wynagrodzenie zostało podwyższone, w związku z tym zainteresowanie młodych osób zawodem jest większe. Mówiąc o braku kadr, nie chciałabym negatywnego naboru. To są zawody wymagające pewnych predyspozycji, jeśli ktoś ich nie ma, to nie utrzyma się w zawodzie. Nie chcemy bylejakości.

K.C.: Jak siatki płac, które wejdą w życie od lipca tego roku, wpłyną na pracę pielęgniarek w Pani okręgu?

E.S.P.: Cieszę się ze zmian wynagrodzeń. Młoda osoba po licencjacie obecnie wchodzi do zawodu z podstawą 4185,65 zł brutto (licencjat/średnie wykształcenie ze specjalizacją). Najniżej uposażone są osoby, które skończyły szkoły medyczne i mają średnie wykształcenie; zarobią 3772,25. A magistrowie pielęgniarstwa ze specjalizacją otrzymają 5477,52 zł. To są minima, które personel musi dostać niezależnie od miejsca pracy. Rozporządzenie spowodowało, że w każdym szpitalu pielęgniarki, położne mają mieć takie samo wynagrodzenie. Obecnie, kiedy pielęgniarki i położne szukają pracy, zwracają uwagę na warunki pracy i panującą w placówce atmosferę.

Gdyby zapytała pani, czy siatki płac są sprawiedliwe, powiedziałabym, że nie do końca. Uważam, że wykształcenie to jedna strona medalu, ale związane z tym obowiązki i odpowiedzialność to druga. Koleżanki, które nie zrobiły licencjatu czy specjalizacji, bardzo straciły, mimo że mają potężne doświadczenie zawodowe. Z różnych przyczyn nie zawsze mogły kontynuować kształcenie. To spowodowało rozdźwięk w środowisku. Jedna pielęgniarka ma wynagrodzenie wyższe od koleżanki, choć oboje pracują w tych samych warunkach i wykonują dokładnie te same obowiązki. Z drugiej strony, patrząc perspektywnie, starsze pokolenie będzie stopniowo z systemu

odchodziło, a napłyną młode adeptki. Powinny godnie zarabiać, a jeśli dziś o to nie zadamy, w przyszłości znajdą się w takiej samej sytuacji jak my teraz. Nie możemy patrzeć wstecz. Młodzież jest naszą przyszłością. To pokolenie powinno nas zastąpić.

K.C.: Rozdźwięk w środowisku jest bardzo duży, pielęgniarki z dwudziesto-, trzydziestoletnim stażem, wprowadzające do zawodu młode pielęgniarki, zarabiają nawet 1700 zł mniej od nich.

E.S.P.: Być może trzeba pomyśleć, jakie dodatkowe obowiązki powinna wykonywać pielęgniarka mająca wyższe wykształcenie i specjalizację w stosunku do koleżanek z doświadczeniem, ale bez studiów. Tylko proszę powiedzieć, jak to zrobić, kiedy jest tak mało pielęgniarek. To jest naprawdę ogromny problem.

Sama jestem absolwentką Liceum Medycznego w Kaliszu. Dwa lata pracowałam w szpitalu, potem rozpoczęłam studia w Akademii Medycznej we Wrocławiu. Wtedy istniały dwie drogi dojścia do zawodu: albo liceum zawodowe, albo studium. Kiedy zaczynałyśmy pracę, też nas wprowadzały starsze koleżanki, tylko nie było tego rozdźwięku finansowego: starsze koleżanki zarabiały znacznie lepiej niż młode pielęgniarki wchodzące do systemu. Wszelkie przemiany społeczne czy pokoleniowe wiążą się z pewnymi kosztami i niewątpliwie to jest ten koszt. Gdyby nie zostały usankcjonowane teraz, co byłoby za lat dziesięć? Kto zechce pracować w zawodzie, wiedząc, że nie będzie wystarczająco dobrze wynagradzany? Patrząc na liczby, które podałam na początku rozmowy, widzimy, że jeśli nie wejdzie do systemu określona liczba pielęgniarek, to 25–30 procent oddziałów trzeba będzie zamknąć.

K.C.: Ile lat musi Pani czekać na nowe kadry?

E.S.P.: Ile potrzeba lat, żeby zastąpić tysiąc czterysta osób, które odejdą? Gdyby rocznie przychodziło sto osób, potrzebowalibyśmy minimum 13 lat. Czy rozwiązaniem jest zatrudnienie większej liczby opiekunów? W wielu miejscach już są zatrudnieni, na oddziałach opieki długoterminowej czy opieki paliatywnej. Istnieją jednak dziedziny, w których jest to niemożliwe, np. na intensywnej terapii czy na bloku operacyjnym – tam wymagane jest specjalistyczne podejście i wiedza.

Postęp w medycynie jest ogromny. Na przestrzeni 30 lat bardzo się zmienił sprzęt, mamy nowe leki, nowe technologie. To rzutuje na pielęgniarstwo, które bardzo się rozwinęło. Obecnie pielęgniarka jest samodzielnym zawodem planującym i decydującym o procesie pielęgnowania. Pielęgniarstwo w Polsce rozwija się w dobrym kierunku, oboje tylko nie zabrakło osób chcących wykonywać ten piękny zawód. ■

Informacja Ministerstwa Zdrowia



Ministerstwo Zdrowia
Podsekretarz Stanu
Piotr Bromber

Warszawa, 20 czerwca 2022 r.

RKP.07.67.2022.IG

Pani
Elżbieta Słojewska-Poznańska
Przewodnicząca
Okręgowej Rady Pielęgniarek
i Położnych
w Jeleniej Górze
biuro@oipip.jgora.pl

Szanowna Pani Przewodnicząca

Mając na względzie systematyczne wzmocnienie pozycji pielęgniarek i położnych, informuję o podejmowanych przez Ministerstwo Zdrowia działaniach, ukierunkowanych na poprawę warunków pracy i płacy tych zawodów medycznych.

1. Systematyczny wzrost wynagrodzenia

Od lipca gwarantowane najniższe wynagrodzenie zasadnicze dla magistra pielęgniarstwa i położnictwa ze specjalizacją wzrośnie o 1 827 zł tj. z 5 477,51 zł do 7 304,66 zł (wzrost o 33%). Pielęgniarka i położna z tytułem magistra, ale bez specjalizacji, będzie zarabiać o 1 590 zł więcej: wzrost z 4 185, 65 zł do 5 775,78 zł (wzrost o 38%). Takie samo gwarantowane wynagrodzenie zasadnicze dotyczyć będzie pielęgniarki z wymaganym tytułem licencjata i specjalizacją lub średnim wykształceniem i specjalizacją. Pielęgniarki i położne zatrudnione na stanowiskach pracy, gdzie wymagane jest posiadanie wykształcenia wyższego licencjackiego lub średniego bez specjalizacji, zarobią nie mniej niż 5322,78 zł wynagrodzenia zasadniczego, czyli

w przypadku pielęgniarek z licencjatem o 1137 zł więcej (wzrost o 27%), a w przypadku pielęgniarek z wykształceniem średnim o 1550 zł więcej (wzrost o 41%).

2. Gwarancja finansowania podwyżek

Na sfinansowanie kosztów podwyżek w Narodowym Funduszu Zdrowia i budżecie państwa zabezpieczono kwotę 7,2 mld zł na drugie półrocze 2022 r., przy czym koszt podwyżek dla pielęgniarek i położnych oszacowano na kwotę ok. 2,9 mld zł, co stanowi blisko 45 proc. ogólnego kosztu szacowanego dla Narodowego Funduszu Zdrowia.

3. Kwalifikacje pielęgniarek i położnych

Przygotowaliśmy program współfinansowany ze środków unijnych, który obejmuje wsparcie kształcenia zawodowego pielęgniarek i położnych. Zaplanowane mamy nie tylko stypendia i współfinansowanie kształcenia jako systemu zachęt do podejmowania i kontynuowania studiów pielęgniarskich i położniczych, ale także wsparcie finansowe kursów kwalifikacyjnych i kursów specjalistycznych – kwota zaplanowana na ten cel wynosi 112 mln zł.

Jednocześnie pracujemy nad projektem rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami, które doprecyzuje wymagania na poszczególnych stanowiskach, tak aby możliwe było jednoznaczne przyporządkowanie tych stanowisk do poszczególnych grup zawodowych, określonych w załączniku do ustawy o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych. Ograniczy to dowolność przyporządkowywania przez pracodawcę pracowników do poszczególnych grup zawodowych. Prace w tym zakresie będą prowadzone w ścisłej współpracy ze środowiskiem zawodowym.

4. Kształcenie pielęgniarek i położnych

Udało nam się odwrócić niekorzystny trend i liczba zarejestrowanych, jak i aktywnych zawodowo pielęgniarek i położnych systematycznie wzrasta. Przybywa szkół, w których kształcą się pielęgniarki i położne na poziomie pierwszego stopnia. W 2015 r. było 77 takich uczelni, teraz 113. Studia na kierunku położnictwo na poziomie pierwszego stopnia prowadzi już 31 uczelni. Młodzi coraz chętniej wybierają te kierunki. W roku akademickim 2015/2016 kształcenie na kierunku pielęgniarstwo rozpoczęło 5 935

studentów, a na położnictwie 953 osoby. Pięć lat później pielęgniarstwo wybrało 11 408 osób, a położnictwo blisko 1500 osób. To oznacza, że w ciągu ostatnich kilku lat systematycznie wzrosła liczba studentów na tych kierunkach.

Minister Zdrowia 18 maja powołał Zespół, który ma opracować zmiany w standardach kształcenia pielęgniarek i położnych. Celem zespołu jest przygotowanie zmian obszarów kompetencyjnych absolwentów studiów I i II stopnia oraz upraktycznienie kształcenia. Uczelnie kształcące na kierunkach pielęgniarstwo i położnictwo będą musiały dostosować programy studiów do nowych standardów kształcenia od roku akademickiego 2023/2024. Istotne jest, że prace odbywają się w szerokim gronie ekspertów, przewodniczącą jest prof. Mariola Głowacka z Krajowej Rady Akredytacyjnej Szkół Pielęgniarek i Położnych. W skład zespołu weszli przedstawiciele: Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, Krajowej Rady Akredytacyjnej Szkół Pielęgniarek i Położnych, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego, Polskiego Towarzystwa Położnych, Konferencji Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych, Komisji Wyższego Szkolnictwa Medycznego Parlamentu Studentów Rzeczypospolitej Polskiej, konsultant krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologicznego i położniczego oraz przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia i Ministerstwa Edukacji i Nauki.

Dodatkowo uprzejmie informuję, że w roku bieżącym zaplanowaliśmy 10 mln zł na dofinansowanie specjalizacji dla pielęgniarek i położnych. Aktualnie została wszczęta procedura przetargowa gdzie przedmiotem zamówienia jest wybór organizatorów kształcenia prowadzących dla pielęgniarek i położnych szkolenia specjalizacyjne, które rozpoczną się w 2022 r. Otwarcie ofert zaplanowane jest na 30 czerwca br.

Reasumując, proponowana perspektywa rozwoju pielęgniarstwa i położnictwa to docenienie doświadczenia w tym mentoring, wzmocnienie kompetencji i umiejętności, wzrost wynagrodzenia, partycypacja w decyzjach i działania ukierunkowane na studentów.

Z wyrazami szacunku

Piotr Bromber

Podsekretarz Stanu

/dokument podpisany elektronicznie/

Stanowisko OZZPiP do nowelizacji ustawy o najniższych wynagrodzeniach



OGÓLNOPOLSKI ZWIĄZEK ZAWODOWY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH ZARZĄD KRAJOWY

Warszawa, dnia 19.04.2022r.

ZK-861/VII/2022

Pan
Adam Niedzielski
Minister Zdrowia
Ministerstwo Zdrowia
ul. Miodowa 15, Warszawa

Szanowny Panie Ministrze,

Działając w imieniu Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych w Warszawie w związku z przekazaniem do konsultacji publicznych **projektu ustawy o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych (UD366)** wraz z uzasadnieniem i OSR – pismo Ministerstwa Zdrowia z dnia 01-04-2022r. znak DSZ.0210.2.2022.JP – przedstawiam poniższe uwagi do projektu i **wnoszę w imieniu środowiska zawodowego o ich uwzględnienie w dalszych pracach legislacyjnych.**

Główne zastrzeżenia do przekazanego projektu to:

- 1/** brak akceptacji OZZPiP dla przygotowanej przez Ministerstwo Zdrowia treści nowego załącznika do ustawy,
- 2/** brak zapewnienia gwarancji finansowania świadczeniodawcom podwyżki wynagrodzeń jakie spowoduje nowelizacja, przynajmniej w takim trybie jaki obowiązywał od 01-07-2021r., a także brak pewności przekazania dodatkowych środków finansowych na pokrycie pozostałych wydatków świadczeniodawców, które generuje nowelizacja ustawy i sytuacja społeczno-ekonomiczna,
- 3/** brak określenia w nowelizacji docelowych współczynników pracy dla pracowników medycznych w kolejnych latach wraz z przyjęciem ich harmonogramu corocznego wzrostu,

4/ nieuznawanie kwalifikacji posiadanych przez pracowników medycznych, pomimo iż w ustawach o wykonywaniu poszczególnych zawodów jest wpisany obowiązek ciągłego podnoszenia kwalifikacji,

5/ brak uwzględnienia zgłaszanych od lat przez OZZPiP postulatów dążenia do spłaszczenia różnic płacowych; przeciwnie - nowelizacja w zaproponowanym brzmieniu kolejny raz jeszcze zwiększy różnice płacowe pomiędzy poszczególnymi grupami zawodowymi,

6/ wnioskujemy o usunięcie zapisu art. 5a dodawanego do ustawy. W ocenie OZZPiP uzasadnienie tego zapisu ustawy w OSR odczytujemy jako swoistą instrukcję dla pracodawców w zakresie degradacji pracowników,

7/ nieuznawanie pielęgniarkom i położnym innego wyższego wykształcenia w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia,

8/ brak w ustawie zapisu nakładającego na pracodawców obowiązek automatycznego podniesienia wynagrodzenia zasadniczego w przypadku podniesienia kwalifikacji zawodowych. Stoimy na stanowisku, że powinno następować to automatycznie z początkiem następnego miesiąca po udokumentowaniu podniesienia kwalifikacji.

Poniżej w uzasadnieniu przedstawiamy szczegółowo stanowisko OZZPiP i **od przyjęcia naszych postulatów i uwag warunkujemy akceptację nowelizacji ustawy.**

UZASADNIENIE

Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych nie akceptuje proponowanego załącznika do ustawy w brzmieniu zawartym w projekcie. Swoje uwagi w tej sprawie przekazaliśmy bezpośrednio na spotkaniu z Panem Ministrem Piotrem Bromberem w dniu 11-04-2022 r. w Warszawie, gdzie uzasadnialiśmy przyczyny konieczności dokonania zmian.

Nowy podział pracowników medycznych oraz pracowników działalności podstawowej na grupy zawodowe, jaki został przygotowany przez Ministerstwo Zdrowia bez udziału i akceptacji większości reprezentacji zawodów medycznych ochrony zdrowia, wywołuje wiele kontrowersji także w naszej grupie zawodowej. Pojawiają się głosy, że poszczególne zawody powinny być wyodrębnione do odrębnych grup oraz stawka wynagrodzenia zasadniczego powinna być ustalona stała i równa dla poszczególnego zawodu (z zachowaniem relacji pomiędzy zawodami z uwagi na kompetencje, odpowiedzialność zawodową, ale i deficyt na rynku pracy), a zdobycie dodatkowych kwalifikacji, kursów, specjalizacji powinno być wynagradzane poprzez gwarantowane stałe dodatki do wynagrodzenia zasadniczego.

W obecnym projekcie nowelizacji pielęgniarki i położne znajdują się w trzech grupach :

- w grupie 2 – pielęgniarka, położna z tytułem magistra i ze specjalizacją,
- w grupie 5 – pielęgniarka, położna :
 - z wykształceniem magisterskim bez specjalizacji,
 - z licencjatem i specjalizacją,
 - średnim wykształceniem i specjalizacją,
- w grupie 6 – pielęgniarki, położne :
 - z licencjatem,
 - wykształceniem średnim.

Podział ten będzie przez OZZPiP zaakceptowany pod warunkiem, że w wyniku konsultacji, ale także w toku procesu legislacyjnego **nie dojdzie do wyodrębniania kolejnych grup zawodowych do oddzielnych pozycji, ale również nie będą dokonane przesunięcia pomiędzy grupami zawodowymi.**

Kolejna kwestia to bezwzględna konieczność zmniejszenia różnic pomiędzy grupami (grupa 2 i grupy 5 i 6).

Jeżeli MZ dokona nowelizacji w/w ustawy w zaproponowanym brzmieniu to poziomy wynagrodzeń zasadniczych od 01-07-2022 r. w zależności od kwalifikacji wymaganych na zajmowanym stanowisku nie będą mogły być niższe niż kwoty podane w tabeli :

2	Pielęgniarka z tytułem zawodowym magister pielęgniarstwa albo położna z tytułem zawodowym magister położnictwa z wymaganą specjalizacją w dziedzinie pielęgniarstwa lub dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia	1,29 x 5.662,53 zł. = <u>7.304,66 zł</u>
5	1/ Pielęgniarka albo położna wymagająca wyższego wykształcenia na poziomie magisterskim, 2/ Pielęgniarka, położna wymagająca wyższego wykształcenia (studia I stopnia) i specjalizacji, 3/ Pielęgniarka, położna ze średnim wykształceniem i specjalizacją	1,02 x 5.662,53 zł. = <u>5.775,78 zł</u>
6	1/ Pielęgniarka, położna wymagający wyższego wykształcenia na poziomie studiów I stopnia, która nie posiada tytułu specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa albo położnictwa lub w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia 2/ Pielęgniarka albo położna wymagająca średniego wykształcenia, która nie posiada tytułu specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa albo położnictwa lub w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia	0,94 x 5.662,53 zł. = <u>5.322,78 zł</u>

Różnica pomiędzy grupą 2 i 6 na poziomie prawie 2 000. zł. na wynagrodzeniu zasadniczym jest w naszej ocenie zbyt duża. W przypadku pracy w systemie równoważnym różnica na wynagrodzeniu miesięcznym brutto będzie przekraczała 3 000 złotych.

Ministerstwo Zdrowia w projekcie nowelizacji **nie uwzględniło zgłaszanego przez środowiska medyczne postulatów wprowadzenie dodatkowego wskaźnika procentowego odnoszącego się do doświadczenia zawodowego i podwyższającego wskaźnik podstawowy**, argumentując to faktem, że w podmiotach leczniczych wypłacane są tzw. dodatki stażowe. Jednocześnie w swoim projekcie nowelizacji Ministerstwo Zdrowia skokowo zwiększa różnice pomiędzy grupami 2 a 5 i 6 nie uwzględniając faktu, że w grupie 2 znajdują się również osoby funkcyjne na stanowiskach kierowniczych, które i tak **mają przyznane w zakładach pracy indywidualne dodatki funkcyjne.**

Po nowelizacji pełne miesięczne wynagrodzenia brutto tych osób wzrosną jeszcze bardziej, a to zaburzy funkcjonujące obecnie siatki płac w zakładach pracy. Z drugiej strony pielęgniarki i położne z wieloletnim doświadczeniem zawodowym, które niedługo nabędą uprawnienia emerytalne lub nawet już takie uprawnienia posiadają, w przeważającej większości będą od 01-07-2022 r. zaliczone do 6 grupy zawodowej z najniższym współczynnikiem pracy w naszym zawodzie. Ta proponowana przez Ministerstwo Zdrowia różnica w poziomach wynagrodzeń jest nie akceptowana społecznie i wywołuje oburzenie środowiska.

Gdyby Minister Zdrowia wykonał zobowiązania zawarte w „Polityce Wieloletniej Państwa na Rzecz Pielęgniarstwa i Położnictwa w Polsce” przyjętej do realizacji przez Radę Ministrów uchwałą nr 124/2019 z dnia 15-10-2019r. i doprowadził do dookreślenia kompetencji zawodowych pielęgniarek i położnych do poszczególnych poziomów studiów (studia pierwszego stopnia i studia drugiego stopnia) oraz specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa, można by było na tej podstawie różnicować w sposób istotny zakresy obowiązków i odpowiedzialności pomiędzy poszczególnymi grupami i uzasadniać utrzymanie tak dużych różnic płacowych. Tak się jednak nie stało. Dlatego konieczne jest zmniejszenie różnic pomiędzy grupami zawodowymi. Propozycje w tym zakresie przedstawiamy poniżej w tabeli.

Interwencja MZ jest konieczna również z tej przyczyny, że – **chyba w wyniku jakiegoś błędu negocjacyjnego na Trójstronnym Zespole do Spraw Ochrony Zdrowia** – pracownik działalności podstawowej, a więc pracownik niemedyczny z wykształceniem wyższym, a zatem z wykształceniem wyższym I stopnia (licencjat lub inżynier) ma otrzymać gwarantowane wynagrodzenie zasadnicze przy współczynniku 1,00 tj. na poziomie 5.663,-zł. **Wynagrodzenie zasadnicze takiej osoby ma być zatem wyższe o 341,-zł miesięcznie od pielęgniarki lub położnej z wyższym wykształceniem I stopnia, dla której przypisano współczynnik pracy na poziomie 0,94 i której zawód jest trwale deficytowy? Ten błąd należy w trybie pilnym naprawić!**

Kolejny raz zwracamy uwagę, że **nie możemy zaakceptować zapisu w Tabeli, iż zaliczenie danego pracownika do danej grupy zawodowej uzależnione jest od kwalifikacji wymaganych na zajmowanym stanowisku. Ten zapis niweczy prowadzenie ścieżki awansu zawodowego pracowników**, a przecież był to element w/w „Polityki”. Brak możliwości automatycznego przenoszenia do wyższej grupy zawodowej zniweczy sens kształcenia, a przecież określenie ścieżki kariery zawodowej pielęgniarek i położnych miało być powiązane **z posiadanymi kwalifikacjami zawodowymi** – przed- i podyplomowymi oraz doświadczeniem zawodowym.

Dodatkowo pielęgniarki i położne w umowach o pracę mają określone zatrudnienie i stanowisko pracy opisane ogólnie jako pielęgniarka, położna danego podmiotu leczniczego. Nie są w umowach o pracę ich stanowiska pracy przypisane do danego oddziału czy do danej jednostki organizacyjnej podmiotu leczniczego. Był to zabieg, który pracodawcy przeprowadzili już wiele lat temu w celu uzyskania elastycznych możliwości przenoszenia pracowników – bez konieczności prowadzenia wypowiedzeń zmieniających – pomiędzy poszczególnymi jednostkami organizacyjnymi w zależności od bieżących potrzeb. **Skoro tak wygląda praktyka, to w jaki sposób ma pracodawca ustalić kwalifikacje wymagane na danym stanowisku pracy?** Problem ten będzie tym większy, gdy dojdzie do konieczności wykonania obowiązku nałożonego na pracodawców w art. 5a nowelizowanej ustawy.

Mając powyższe na uwadze postulujemy zmianę zapisu w załączniku do ustawy i przynajmniej dla pracowników medycznych dokonanie zapisu, że zaliczenie pracownika medycznego do danej grupy

zawodowej jest uzależnione od posiadanych kwalifikacji na zajmowanym stanowisku. W zakresie pracowników działalności podstawowej rozumiemy argumenty MZ, zatem akceptujemy pozostawienie zapisu o wymaganych kwalifikacjach. Aby zatem dokonać zmiany postulujemy rozdzielenie tabeli na dwa załączniki nr 1 dotyczący pracowników medycznych oraz nr 2 dotyczący pracowników działalności podstawowej.

Przy uwzględnieniu w/w zastrzeżeń proponujemy dokonać następującej zmiany w załączniku do ustawy:

Załącznik nr 1

„Współczynniki pracy dla pracowników medycznych zatrudnionych w podmiotach leczniczych na podstawie stosunku pracy”

Lp.	Grupy zawodowe według kwalifikacji posiadanych na zajmowanym stanowisku	Współczynnik pracy
1	Lekarz albo lekarz dentysta ze specjalizacją	1,45
2	Farmaceuta, fizjoterapeuta, diagnosta laboratoryjny, psycholog kliniczny, inny pracownik wykonujący zawód medyczny inny niż określony w lp. 1, 3, 4 posiadający wyższe wykształcenie na poziomie magisterskim i specjalizację; pielęgniarka z tytułem zawodowym magister pielęgniarstwa albo położna z tytułem magister położnictwa z posiadaną specjalizacją w dziedzinie pielęgniarstwa lub w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia	1,29
3	Lekarz albo lekarz dentysta, bez specjalizacji, w tym rezydent	1,25
4	Lekarz stażysta albo lekarz dentysta stażysta	1,09
5	Farmaceuta, fizjoterapeuta, diagnosta laboratoryjny, pielęgniarka, położna, technik elektroradiolog, psycholog, inny pracownik wykonujący zawód medyczny inny niż określony w lp. 1-4 posiadający wyższe wykształcenia na poziomie magisterskim; pielęgniarka, położna posiadająca wyższe wykształcenie (studia I stopnia) i specjalizację, albo pielęgniarka, położna ze średnim wykształceniem i specjalizacją	1,19
6	Fizjoterapeuta, pielęgniarka, położna, ratownik medyczny, technik elektroradiolog, inny pracownik wykonujący zawód medyczny inny niż określony w lp. 1–5 posiadający wyższe wykształcenia na poziomie studiów I stopnia; fizjoterapeuta, ratownik medyczny, technik analityki medycznej, technik elektroradiolog posiadający średnie wykształcenie albo pielęgniarka albo położna posiadająca średnie wykształcenie, która nie posiada tytułu specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia	1,09
7	Inny pracownik wykonujący zawód medyczny inny niż określony w lp. 1-6 posiadający średnie wykształcenie oraz opiekun medyczny	0,86

Załącznik nr 2

„Współczynniki pracy dla pracowników działalności podstawowej zatrudnionych w podmiotach leczniczych na podstawie stosunku pracy”

Lp.	Grupy zawodowe według kwalifikacji posiadanych na zajmowanym stanowisku	Współczynnik pracy
1	Pracownik działalności podstawowej, inny niż pracownik wykonujący zawód medyczny z wymaganym wykształceniem wyższym	1
2	Pracownik działalności podstawowej, inny niż pracownik wykonujący zawód medyczny z wymaganym wykształceniem średnim	0,78
3	Pracownik działalności podstawowej, inny niż pracownik wykonujący zawód medyczny z wymaganym wykształceniem poniżej średniego	0,65

W Ocenie Skutków Realizacji działania nowelizacji ustawy, założono że szacunkowy udział wydatków NFZ w ogólnych wydatkach określonych dla drugiego półrocza 2022 r. na poziomie 7 201 mln zł może sięgnąć poziomu 6 591,77 mln zł. MZ zabezpiecza na realizację tej nowelizacji z planu finansowego NFZ (czyli ze środków pochodzących ze składki zdrowotnej) kwotę do wydania w okresie od 01-07-2022r. do 31-12-2022r. na poziomie prawie 6 mld 600 mln zł. Resztę finansowego zabezpieczenia ma stanowić dotacja z budżetu państwa na pokrycie wynagrodzeń lekarzy stażystów, rezydentów i PRM.

OZZPiP nie akceptuje takiego ogólnego założenia. **OZZPiP wnioskuje o wprowadzenia analogicznej zasady jaka obowiązywała w 2021r.** tj. zobowiązania Narodowego Funduszu Zdrowia do wydania zarządzenia (analogicznego jak zarządzenie Nr 130/2021/DEF PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 09.07.2021 r. w sprawie określenia współczynników korygujących dotyczących świadczeń udzielanych przez pracowników wykonujących zawód medyczny oraz przy udziale pracowników działalności podstawowej, innych niż pracownicy wykonujący zawód medyczny, a także lekarzy i lekarzy dentyistów posiadających specjalizację). **Na spotkaniu w Warszawie w dniu 11-04-2022r. Pan Ministrer Piotr Bromber wstępnie zadeklarował, że Ministerstwo Zdrowia jest także za utrzymaniem takiej zasady analogicznej jak w 2021r.**

Oczekujemy potwierdzenia przez Ministra Zdrowia, że na podstawie § 16 ust. 4d załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2020 r. poz. 320, z późn. zm.) **Prezes Funduszu określi współczynniki korygujące**, o których mowa w § 16 ust. 2, dotyczące świadczeń udzielanych przez pracowników wykonujących zawód medyczny oraz przy udziale pracowników działalności podstawowej, innych niż pracownicy wykonujący zawód medyczny, zatrudnionych w podmiocie leczniczym, których wynagrodzenie zasadnicze jest niższe od najniższego wynagrodzenia zasadniczego, ustalonego na zasadach określonych w ustawie z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1801), **w celu przeznaczenia dodatkowych środków na pokrycie kosztów podwyższenia wynagrodzenia zasadniczego tych pracowników od 01-07-2022 r. do**

wysokości nie niższej niż najniższe wynagrodzenie zasadnicze, z uwzględnieniem warunków określonych w tej ustawie.

Takie zobowiązanie musi nastąpić wraz z wejściem w życie nowelizacji bowiem tylko wówczas zostanie zapewniona gwarancja przekazania na rzecz pracodawców wystarczających środków na pokrycie wymuszonych nowelizacją wzrostów wynagrodzeń. Jednocześnie tylko dzięki takiemu zapisowi środki przekazywane przez NFZ będą środkami „znaczonymi” tj. będzie pewność że przekazane zostaną do pracowników na wzrosty ich wynagrodzeń. **Rozumiemy, że NFZ może protestować przeciwko takiej dystrybucji środków, ale jest to jedyna gwarancja przeprowadzenia nowelizacji ustawy przy zachowaniu spokoju społecznego.** Poza tym uwagi NFZ dotyczące czasochłonności i trudności przeprowadzenia tej procedury będą nieuzasadnione, bowiem mechanizm ten został już przeprowadzony i zastosowany w praktyce w roku ubiegłym, a systemy informatyczne zostały przetestowane. **Oczekujemy gwarancji ze strony MZ, że dokładnie w analogiczny sposób zostaną zabezpieczeni pracodawcy w niezbędne środki na pokrycie wzrostów wynagrodzeń wynikających z ustawy. Poza tym tylko w ten sposób można ustalić czy OSR w sposób prawidłowy przewidział środki finansowe na właściwym poziomie.**

W Stanowisku Trójstronnego Zespołu do Spraw Ochrony Zdrowia z dnia 05-11-2021r. wskazano, że świadczeniodawcom zostaną zapewnione środki na coroczny wzrost wynagrodzeń o których mowa w nowelizowanej ustawie, a informacja o wysokości nakładów przeznaczonych na wzrost wynagrodzeń będzie podawana do publicznej wiadomości. Rozumiemy, że ta kwota to właśnie owe 6 591,77 mln zł. na II półrocze 2022r. Jednocześnie MZ deklarowało, że środki na realizację ustawy będą stanowiły ok. 50% wszystkich środków jakie będą otrzymywać pracodawcy na wzrosty kontraktu. Jest zrozumiałe, że z uwagi na skokowy wzrost inflacji, kosztów mediów, konieczność wykonywania remontów i modernizacji, wymiany sprzętu, zakupu leków oraz w szczególności podniesienie od 01-07-2022r. stawki godzinowej pracowników zatrudnionych na podstawie umów zlecenia, wykonujących działalność gospodarczą, czy podwykonawców (tj. osób nie objętych nowelizowaną ustawą) **konieczne będzie zabezpieczenie pracodawców w dodatkowe środki.** Te dodatkowe pieniądze będą potrzebne również po to, aby w toku negocjacji płacowych jakie będą musiały być przeprowadzone w związku z nowelizacją ustawy można było zachować proporcje siatki płac w danych zakładach pracy (bo przecież nowelizowana ustawa mówi tylko o najniższym gwarantowanym wynagrodzeniu zasadniczym). Skoro tak, to prosimy o ujawnienie jaka dodatkowa kwota ponad w/w 6 591,77 mln zł. jest zabezpieczona w planie finansowym NFZ na II półrocze 2022r. na realizację w/w potrzeb pracodawców nie objętych wprost działaniem ustawy. OZZPiP wnosi o zapewnienie, iż ta dodatkowa kwota będzie przekazywana pracodawcom sukcesywnie już od 01-07-2022r. **Mamy nadzieję, że MZ - nauczone błędami popełnionymi w roku 2021 r. - nie dopuści do niepokojów społecznych, gdy dodatkowe środki na w/w cele nie wynikające wprost z ustawy zostały świadczeniodawcom przekazane po masowych protestach pracowników ochrony zdrowia dopiero w październiku 2021r. z wyrównaniem od 01-07-2021r.** - po to aby obejść zapis § 16 ust. 4f załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2020 r. poz. 320, z późn. zm.).

OZZPiP kategorycznie sprzeciwia się „**manewrowaniu**” tymi samymi środkami finansowymi. Skoro na realizację nowelizacji ustawy zostało przewidziane na II półrocze 2022r. prawie 6 mld 600 mln zł to środki te muszą być przeznaczone na ten cel. Wnioskujemy do MZ i NFZ, aby pozostałe bieżące potrzeby pracodawców wynikające z nowej dynamicznej sytuacji społeczno-politycznej i rynkowej były zabezpieczone w planie finansowym NFZ i przekazane pracodawcom.

Z tego powodu jeden egzemplarz naszego stanowiska przekazujemy do Prezesa NFZ celem udzielenia przez niego pisemnej odpowiedzi w w/w kwestiach.

Po raz kolejny wnioskujemy o dodanie w ustawie zapisu nakładającego na pracodawców obowiązek automatycznego podniesienia wynagrodzenia zasadniczego w przypadku podniesienia kwalifikacji

zawodowych. Stoimy na stanowisku, że powinno następować to automatycznie z początkiem następnego miesiąca po udokumentowaniu podniesienia kwalifikacji.

Projekt ustawy wprowadza definicję „stażysty” i „rezydenta”, jednak załącznik do ustawy nie wskazuje w której grupie zawodowej znajdują się rezydenci. Wobec tego w tabeli powinien znaleźć się zapis w grupie 2 w brzmieniu „Lekarz albo lekarz dentysta, bez specjalizacji, w tym rezydent”.

Art. 3 ust. 1b odsyła do art. 15i ust. 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Zwracamy uwagę, że ten art. 15i ust. 4 zawiera nieaktualną nazwę ustawy.

Wnioskujemy o usunięcie zapisu art. 5a dodawanego do ustawy. W ocenie OZZPiP uzasadnienie tego zapisu ustawy w OSR odczytujemy jako swoistą instrukcję dla pracodawców w zakresie degradacji pracowników. Zajmowane przez pracownika stanowisko pracy wynika z umowy o pracę, a nie z aktualnego zajmowanego akurat na dzień 01-07-2022 r. stanowiska w danej jednostce organizacyjnej zakładu pracy.

Utrzymanie proponowanych przez MZ zapisów art. 5a przy braku decyzji zmiany treści załącznika do ustawy, przy braku jednoczesnym zabezpieczenia finansowania podwyżki wynagrodzeń w sposób analogiczny jak w 2021 r. spowoduje ogromne napięcia społeczne w poszczególnych zakładach pracy i będzie powodem dużej liczby procesów sądowych w ochronie zdrowia.

Problem jest znaczący, skoro MZ w uzasadnieniu do projektu ustawy przestrzega pracodawców o obowiązku przeprowadzania procedury wypowiedzeń zmieniających w trybie art. 42 Kodeksu pracy, jeżeli zastosowanie nowelizacji w praktyce spowoduje istotną zmianę wynikających z umowy warunków pracy i płacy. **Pytamy, czy MZ wskazuje tym samym pracodawcom ścieżkę na obniżanie należnych pracownikom medycznym poziomów wynagrodzeń zasadniczych poprzez degradowanie ich do niższej grupy zawodowej przy okazji nowelizacji ustawy???** **Czy tak powinna być realizowana „Polityka Wieloletnia Państwa na Rzecz Pielęgniarstwa i Położnictwa w Polsce” przyjęta przez Radę Ministrów w 2019 roku???**

Za Związek



Krystyna Ptok

Przewodnicząca
Ogólnopolskiego Związku
Zawodowego Pielęgniarek i Położnych

Otrzymują : 1/ Adresat - elektronicznej za pośrednictwem platformy ePUAP
2/ elektronicznie na adres a.dudziec@mz.gov.pl
3/ Prezes NFZ – do wiadomości z prośbą o pisemną odpowiedź
4/ a/a



Pielęgniarki i Położne w polskim systemie opieki zdrowotnej

Warszawa, dnia 10 maja 2022 r.

Wskutek wydłużania się trwania ludzkiego życia, postępu cywilizacyjnego i poprawy jakości życia odsetek ludzi starych w społeczeństwie szybko rośnie. W Polsce według danych z GUS na dzień 31 grudnia 2020 r. liczba ludności wynosiła 38.265.000, w tym około 8.539.900 stanowiły osoby w wieku 65 lat i więcej. Wynika z tego, iż proces starzenia się ludności Polski ulega przyspieszeniu. Zgodnie z założeniami prognoz osoby co najmniej osiemdziesięcioletnie będą w 2050 stanowiły 10,4% populacji kraju, podczas gdy 2013 było to 3,9%. Jednakże należy dodać, iż w 2020 r. najliczniejszą grupę seniorów stanowiły osoby w wieku 60-64 lata, ich udział w ogólnej liczbie starszych wynosił 27,3%. Spadek liczby ludności ogółem i wzrost liczby ludności w wieku senioralnym, skutkuje wzrostem wskaźnika obciążenia demograficznego osobami starszymi.

W obliczu zmian demograficznych w społeczeństwie polskim, należy zwrócić uwagę na organizację i funkcjonowanie podstawowej opieki zdrowotnej oraz opieki długoterminowej, które doprowadziłyby do zapewnienia odpowiedniej opieki pielęgniarskiej pacjentom, w szczególności przewlekle chorym, niepełnosprawnym oraz osobom niesamodzielnym.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych konsekwentnie od wielu lat wskazuje, iż wskaźnik zatrudnionych pielęgniarek i położnych na tysiąc mieszkańców w kraju powinien osiągnąć poziom średniego wskaźnika OECD – 9,4. Obecnie wskaźnik ten wynosi 5,2 na 1 tysiąc mieszkańców. Utrzymanie powyższego wskaźnika wiąże się ze stałym zwiększeniem liczby absolwentów na kierunku pielęgniarstwo i położnictwo z około 5,6 tys. do 10 tys. rocznie. Natomiast, osiągnięcie poziomu wskaźnika 9,4 wiąże się z podjęciem działań, aby liczba absolwentów na kierunkach pielęgniarstwo i położnictwo wynosiła 20 tys. osób rocznie.

Sytuacja w polskim pielęgniarstwie jest wielce niepokojąca, od dziesięciu lat nie występuje zastępowalność pokoleniowa. Zgodnie z danymi z Centralnego Rejestru Pielęgniarek i Położnych pielęgniarek pracujących w ochronie zdrowia jest 234.665, w tym 68.905, czyli 29,36% to pielęgniarki, które posiadają uprawnienia emerytalne. Pielęgniarek w wieku 41-60 jest 133.752 co stanowi 56,99%), natomiast pielęgniarek w przedziale wiekowym 21-40, które powinny zastąpić pielęgniarki odchodzące na emeryturę, jest tylko 32.008 (co stanowi 13,63 % wszystkich pielęgniarek).

Obecnie w systemie ochrony zdrowia występują pielęgniarki i położne po ukończeniu studiów I i II stopnia na kierunku pielęgniarstwo i położnictwo z tytułem magistra pielęgniarstwa/położnictwa w liczbie 43.069 co stanowi 12,36% wpisanych do CRPiP pielęgniarek i położnych; licencjata pielęgniarstwa/położnictwa w liczbie 67.906 co stanowi 19,48% oraz pielęgniarki i położne, które były kształcone w dawnym systemie i posiadają tytuły zawodowe pielęgniarki dyplomowanej, położnej dyplomowanej w liczbie 237.446 co stanowi 68,14%. Pielęgniarki i położne zgodnie z obowiązującymi ustawowymi przepisami mają obowiązek stałego aktualizowania swojej wiedzy i umiejętności zawodowych oraz prawo do doskonalenia zawodowego w różnych rodzajach kształcenia podyplomowego.

Pielęgniarek i położnych z tytułem specjalisty w określonej dziedzinie pielęgniarstwa jest 90.952, liczba pielęgniarek i położnych, które ukończyły kursy kwalifikacyjne – 161.880, liczba pielęgniarek i położnych, które ukończyły kursy specjalistyczne – 480.948 oraz liczba pielęgniarek i położnych, które ukończyły kursy dokształcające – 124.936.

Z powyższego wynika, iż pielęgniarki i położne to wysokiej klasy profesjonaliści, z odpowiednimi kwalifikacjami na zajmowanych stanowiskach pracy.

Praca pielęgniarki i położnej jest pracą o szczególnym charakterze ze względu na ogromne obciążenie psychiczne oraz występujące uciążliwości wynikające z warunków pracy, doprowadzające do przeciążenia układu mięśniowo-szkieletowego, narażenia na czynniki biologiczne i chemiczne. Praca pielęgniarki i położnej ma charakter pracy zmianowej, co oznacza prace w godzinach nocnych. Z wyników badań wynika, iż praca w porze nocnej jest czynnikiem przyspieszającym lub nasilającym występowanie wielu chorób przewlekłych, w tym przyczynia się do powstawania schorzeń nowotworowych. Według danych z ostatnich pięciu lat wynika, iż średnie trwanie życia pielęgniarek/położnych wynosi tylko 61,5 lat. Natomiast średnie trwanie życia kobiet w Polsce w roku 2020 (dane z GUS) wynosiło 81 lat.

Zawody pielęgniarki i położnej są samodzielnymi zawodami medycznymi zgodnie z ustawą z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (t.j. Dz. U. z 2022 r., poz. 551). Samodzielność zawodowa pielęgniarek, położnych przejawia się w prawie do decydowania o sprawach dotyczących pielęgnowania człowieka w zdrowiu i chorobie. Pielęgnowanie samodzielnie realizowane jest zgodnie z potrzebami zdrowotnymi pacjenta. Pielęgnowanie jako nieodzowny element szeroko rozumianej opieki medycznej nad pacjentem stanowi element integracji działań zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych. Samodzielność zawodowa pielęgniarki, położnej, która wynika z unormowań prawnych wiąże się z koniecznością ponoszenia odpowiedzialności prawnej za jakość realizowanych świadczeń.

Opinia w sprawie zaświadczeń o ukończonych kursach



CENTRUM KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Warszawa, 5 lipca 2022 r.

BPK.402.1.2021.BSZ

**Pani
Zofia Małas
Prezes
Naczelnej Rady
Pielęgniarek i Położnych**

Szanowna Pani Prezes

W odpowiedzi na prośbę przesłaną drogą elektroniczną w dniu 2 czerwca br., w sprawie przekazania opinii dotyczącej usunięcia warunku zobowiązującego pielęgniarkę, położną do przedłożenia zaświadczeń o ukończonych kursach specjalistycznych przed przystąpieniem do egzaminu państwowego, Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych przedstawia co następuje.

Aktualizacja programów szkoleń specjalizacyjnych dla pielęgniarek i położnych została przygotowana przez Zespół, w skład którego powołano Konsultantów krajowych w pielęgniarstwie i położnictwie oraz eksperta wskazanego przez Naczelną Radą Pielęgniarek i Położnych. Uzasadnieniem podjętych działań były wyniki przeprowadzonej analizy, wskazującej na:

- 1) brak spójności z kształceniem przeddyplomowym w ramach którego pielęgniarki, położne nabywają umiejętności z zakresu resuscytacji krążeniowo-oddechowej;
- 2) brak możliwości zwolnienia z obowiązku przedkładania zaświadczenia o ukończeniu kursu specjalistycznego *Resuscytacja krążeniowo-oddechowa* na podstawie kwalifikacji uzyskanych w kształceniu przeddyplomowym;
- 3) brak spójności z wytycznymi Polskiej Rady Resuscytacji (Kraków kwiecień 2021). „Każdy obywatel powinien zdobyć podstawowe umiejętności ratowania życia. Osoby

- z zawodowym obowiązkiem udzielania pomocy powinny być kompetentne w prowadzeniu resuscytacji w zależności od poziomu opieki, który zapewniają, tj. począwszy od podstawowych zabiegów resuscytacyjnych BLS do zaawansowanych zabiegów resuscytacyjnych ALS u dzieci i /lub dorosłych i zgodnych z aktualnymi wytycznymi ERC„. Uwzględniając wskazane wytyczne przedkładanie zaświadczeń potwierdzających ukończenie kursu specjalistycznego *Resuscytacja krążeniowo-oddechowa* np. w 2000 roku lub 2010 r., jest jedynie spełnieniem warunku posiadania zaświadczenia a nie umiejętności, które w odniesieniu do postępowania w stanach zagrożenia życia są wartością nadrzędną;
- 4) brak spójności ze standardami akredytacyjnymi Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia. Standardy nakładają na placówkę poddającą się akredytacji obowiązki w zakresie szkolenia personelu, wskazując w części *Opieka nad pacjentem* cyt. „Pracownicy szpitala są szkoleni w resuscytacji krążeniowo – oddechowej”. Wyjaśnieniem do wskazanego zapisu jest, cyt. „Podstawowe znaczenie mają regularne, organizowane nie rzadziej niż raz w roku, podstawowe szkolenia w standardzie BLS w resuscytacji krążeniowo- oddechowej dla całego personelu lekarskiego, pielęgniarskiego i pozostałego personelu medycznego. Szkolenia powinny być prowadzone z uwzględnieniem aktualnych wytycznych Europejskiej Rady Resuscytacji a udział w szkoleniu powinien być udokumentowany w aktach osobowych”;
 - 5) nałożenie obowiązku wynikającego z § 3 pkt 2 ppkt b) i § 7 pkt 1 ppkt b) z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 lutego 2017 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (Dz.U.2017 poz.497), nie znajduje odniesienia dla szkolenia specjalizacyjnego. W związku z powyższym nałożenie obowiązku posiadania zaświadczenia o ukończeniu kursu specjalistycznego *Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego dla dorosłych* jest bezzasadne;
 - 6) brak spójności z zapisami § 3 pkt 3 ppkt a) i § 7 pkt 2 ppkt a) rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 lutego 2017 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (Dz. U. 2017 poz.497). Zgodnie z tymi regulacjami pielęgniarka, położna może wykonywać świadczenia lecznicze z zakresu doboru sposobu leczenia ran jeżeli ukończyła kurs specjalistyczny lub kurs kwalifikacyjny lub posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa, jeżeli program kursu lub specjalizacji obejmował treści kształcenia z tego zakresu, lub posiada tytuł magistra pielęgniarstwa. W programach szkoleń

specjalizacyjnych przypis 3 nakazywał obowiązek przedkładania zaświadczenia tylko o ukończeniu kursu specjalistycznego *Leczenie ran* a nie uwzględniał innych warunków wynikających z cytowanego rozporządzenia. Ponadto wybrane programy szkoleń specjalizacyjnych, zawierają treści kształcenia z tego zakresu, dlatego przedkładanie zaświadczeń jest niezasadne;

- 7) wydłużenie czasu przystąpienia do państwowego egzaminu specjalizacyjnego, co powoduje opóźnienie wejścia specjalistów do systemu ochrony zdrowia.

W opinii Centrum jak również Zespołu dokonującego aktualizacji programów szkoleń specjalizacyjnych, dla wykonywania zawodu pielęgniarki, położnej najważniejsze jest posiadanie wiedzy i umiejętności oraz stałe ich aktualizowanie, co również wskazuje art. 61 ustawy z dnia 15 lipca 2011r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. z 2022 poz. 551, z późn. zm.), a nie przedkładanie zaświadczenia przed przystąpieniem do egzaminu państwowego.

Z poważaniem

DYREKTOR
Centrum Kształcenia Poddyplomowego
Pielęgniarek i Położnych

Beata Guzak



REKRUTACJA

Studia drugiego stopnia

PIELĘGNIARSTWO

Zapraszamy od poniedziałku do piątku od 8.00 do 16.00,
 ul. Powstańców Śląskich 3, 59-220 Legnica.

dziekanat@wsmlegnica.pl

www.wsmlegnica.pl

Tel. 76 854 99 33

Stanowisko w sprawie pomocy dla pielęgniarek uciekających z Ukrainy

Warszawa dnia 14 kwietnia 2022r.



W odpowiedzi na dramatyczną sytuację życiową, zawodową i rodzinną, w jakiej znalazły się miliony uchodźców, w tym setki tysięcy pacjentów wymagających fachowej pomocy, medycznej, zwracamy się do wszystkich partnerów, instytucji rządowych oraz organizacji międzynarodowych o wypracowanie i wdrożenie systemowego wsparcia dla ofiar inwazji rosyjskiej.

Jako przedstawiciele środowiska pielęgniarskiego, zwracamy się do naszych polskich decydentów o podjęcie działań, na rzecz wsparcia dla naszych Koleżanek pielęgniarek uciekających przed wojną na Ukrainie, niezależnie od ich miejsca czasowego pobytu i dalszych planów.

Pielęgniarki polskie reprezentowane przez przedstawicieli następujących organizacji: Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego oraz Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych, w ścisłej współpracy z Międzynarodową Radą Pielęgniarek ICN oraz Europejską Federacją Stowarzyszeń Pielęgniarskich EFN, po przeprowadzeniu konsultacji z przedstawicielami Ministerstwa Zdrowia oraz przedstawicielami ośrodków akademickich kształcących pielęgniarki w Polsce, w dniach 11-12 kwietnia 2022 roku, uzgodniły i proponują następujące kierunki niezbędnych działań. Wymienione poniżej kierunki działań są zgodne i zapewniają pełną realizację zapisów zawartych w dokumencie „Zalecenia Komisji (UE) 2022/554 z dnia 5 kwietnia 2022 w sprawie uznawania kwalifikacji osób uciekających z Ukrainy przed rosyjską inwazją”.

1. Uznajemy, że w celu zapewnienia optymalnych warunków do asymilacji społecznej i zawodowej dla pielęgniarek ukraińskich, które podejmą decyzję o czasowym osiedleniu się na terenie Polski (lub innych krajów UE), niezbędne jest zaoferowanie dedykowanych programów uzupełniających studiów zawodowych, stanowiących ścieżkę do uzyskania uprawnień do samodzielnego funkcjonowania na rynku pracy, czyli prawa wykonywania zawodu pielęgniarki. W warunkach rosnących dynamicznie potrzeb zdrowotnych i przy jednoczesnym głębokim niedoborze kadry pielęgniarskiej, zapewnienie czasowego lub stałego dostępu do rynku pracy, będzie korzystne zarówno w perspektywie indywidualnej, jak również korzyści dla polskiego i ukraińskiego systemu opieki zdrowotnej.
2. Inwestycja edukacyjna zaoferowana pielęgniarkom ukraińskim przebywającym okresowo poza terenem własnego kraju, będzie gwarantem dla ich godnego i bezpiecznego funkcjonowania na nowym rynku pracy. Działania te długofalowo, będą inwestycją w rozwój pielęgniarstwa ukraińskiego, poprzez wzmocnienie rozwoju zawodu pielęgniarki i jego liderów, czyli pośrednio przyczynią się do rozwoju i odbudowy ukraińskiego systemu opieki zdrowotnej po zakończeniu działań wojennych.
3. W celu wdrożenia programów uzupełniających szkoleń zawodowych, rozwiązania legislacyjne przyjęte przez rząd polski zarówno dla celów walki z pandemią oraz skutkami wojny na Ukrainie, dotyczące określenia warunków podejmowania pracy dla pielęgniarek posiadających kwalifikacje zawodowe uzyskane poza UE, powinny zostać znowelizowane w celu wprowadzenia ułatwień w uzyskiwaniu bezterminowych uprawnień zawodowych.

4. Aktualizacja polskich przepisów prawnych powinna zapewnić dostęp do szkoleń/studiów uzupełniających dla pielęgniarek uchodźców, mentoringu na stanowiskach pracy, godnych i równoprawnych warunków pracy dla pielęgniarek ukraińskich, ale równolegle zagwarantować bezpieczeństwo realizacji świadczeń zdrowotnych dla polskich pacjentów i nie wprowadzać dodatkowych obciążeń i napięć dla personelu krajowego.
5. Równocześnie uwzględniając, że Polska zmagą się z dramatyczną sytuacją niedoborów kadrowych we własnym systemie opieki zdrowotnej, należy zbudować system wsparcia i narzędzi motywacyjnych dla pielęgniarek polskich, które będą współuczestniczyć w procesie edukacyjnym i adaptacyjnym dla Koleżanek Ukrainek. ale także będą zaangażowane w proces udzielania świadczeń zdrowotnych dla uchodźców będących ofiarami wojny.
6. W celu zapewnienia pełnego dostępu do świadczeń zdrowotnych dla napływającej kilkumilionowej populacji uchodźców w tym w szczególności kobiet i dzieci, oraz osób starszych, przewlekle chorych i niesamodzielnych, zwracamy się do wszystkich partnerów o pełne wykorzystanie nowych poszerzonych kompetencji pielęgniarek czyli pielęgniarek specjalistek i pielęgniarek zaawansowanej praktyki, które mogą być kluczowe we wprowadzeniu nowych, innowacyjnych rozwiązań w tym e-zdrowia w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych dla powyższych populacji.
7. W celu zapewnienia warunków do efektywnej komunikacji w zespołach terapeutycznych, w tym komunikacji z pacjentami, należy zintensyfikować działania mające na celu podniesienie kompetencji językowych pielęgniarek pochodzących z Ukrainy. Działania te powinny obejmować ocenę stopnia znajomości języka polskiego, w tym języka medycznego oraz organizację różnych form szkoleń językowych.
8. Polska jako kraj, który przyjął na swoje barki największe obciążenie związane z pomaganiem ofiarom wojny na Ukrainie, potrzebuje wsparcia ze strony organizacji międzynarodowych, w celu zapewnienia niezbędnych rozwiązań zarówno w celu wzmocnienia systemu opieki zdrowotnej na rzecz uchodźców, jak i bezpośredniej pomocy dla profesjonalistów medycznych pochodzących z Ukrainy, w tym w szczególności pielęgniarek.

Sygnatariusze Stanowiska w sprawie pomocy dla pielęgniarek uciekających z Ukrainy przed rosyjską inwazją:

ZOFIA MAŁAS

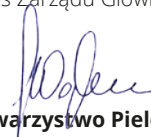
Prezes



Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

GRAŻYNA WÓJCIK

Prezes Zarządu Głównego



Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie

KRYSTYNA PTOK

Przewodnicząca



Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych

PAUL DE RAEVE

Dyrektor Zarządzający



Międzynarodowa Rada Pielęgniarek ICN

HOWARD CATTON

Sekretarz Generalny



Europejska Federacja Stowarzyszeń Pielęgniarskich EFN

8 mitów na temat endometriozy – choroby, która może dotyczyć co 10. kobietę



Na temat endometriozy panuje wiele błędnych przekonań i wyobrażeń dotyczących przebiegu choroby i jej leczenia. Schorzenie nadal nie jest do końca poznane, a jego charakter może być zróżnicowany w zależności od organizmu. Jakie są najczęściej powielane mity na temat endometriozy?

Karolina Rybkowska

Endometrioza jest chorobą narządów płciowych kobiety, chociaż może wystąpić w innych narządach i wokół nich. Schorzenie charakteryzuje się obecnością komórek błony

śluzowej trzonu macicy poza jamą macicy. Komórki te pod względem budowy podobne są do komórek znajdujących się wewnątrz jamy, wykazują aktywność wydzielniczą i reagują na zmiany hormonalne zachodzące w cyklu miesięczkowym. Następstwem tego

procesu jest przewlekła reakcja zapalna, w wyniku której dochodzi do wewnętrznych krwawień, rozwoju bolesnych guzków, tworzenia się blizn i zrostów, a także zmian stosunków anatomicznych narządów w miednicy mniejszej.

Endometrioza u wielu kobiet jest przyczyną niepłodności i pogorszenia w związku z tym jakości życia. Choroba objawia się najczęściej bólem zlokalizowanym w miednicy małej, bolesnym miesiączkowaniem, bolesnymi stosunkami płciowymi, bólem w czasie oddawania moczu i stolca, bólem brzucha i w krzyżu oraz przewlekłym bólem miednicy. Na bazie endometriozy mogą również rozwijać się nowotwory. Endometriozę leczy się farmakologicznie lub chirurgicznie, w tym zachowawczo i radykalnie.

Poniżej przedstawiamy listę 8 najczęstszych mitów na temat endometriozy.

1. CIĄŻA MOŻE WYLECZYĆ ENDOMETRIOZĘ

Niektóre kobiety ze zdiagnozowaną endometriozą mogą obserwować poprawę objawów podczas ciąży, a niekiedy nawet zahamowanie rozwoju choroby. Przyczyną tego zjawiska, jak uważają eksperci, może być wysoki poziom progesteronu w organizmie kobiety będącej w ciąży, który łagodzi ogniska endometriozy i powoduje, że stają się one mniej aktywne. Poprawa wynika także z zatrzymania menstruacji. Po narodzeniu dziecka również karmienie naturalne hamuje wydzielanie estrogenów, co zatrzymuje owulację, a tym samym rozwój endometriozy.

Z drugiej strony – podczas ciąży może również dojść do nasilenia objawów, szczególnie w trzecim trymestrze ciąży, co spowodowane jest szybkim powiększaniem się macicy (naciąganie i rozrywanie zrostów tkanek, które uległy zbliznowaceniu przez ogniska endometriozy). Ponadto pogorszenie stanu pacjentki może wynikać z wysokiego poziomu estrogenu w czasie ciąży, który stymuluje ogniska endometriozy.

Zajście w ciążę nie oznacza jednak całkowitego wyleczenia endometriozy i nie można twierdzić, że jest ona lekarstwem na to schorzenie. Korzystne skutki ciąży są tylko tymczasowe. Wiele kobiet doświadcza nawrotu choroby po urodzeniu dziecka.

2. MENOPAUA NA ZAWSZE ZATRZYMUJE ENDOMETRIOZĘ

Menopauza w większości przypadków może doprowadzić do zatrzymania wszystkich objawów endometriozy, ale nie zawsze się to dzieje. Wiele zależy od indywidualnego przypadku.

Zatrzymanie miesiączkowania sprawia, że jajniki produkują mniej estrogenów, wobec czego objawy endometriozy mogą się zatrzymać. Nie oznacza to jednak, że endometrioza po menopauzie całkowicie ustąpi.

Terapia hormonalna, która ogranicza objawy towarzyszące menopauzie, może powodować ból miednicy, krwawienie i inne przypadłości, które towarzyszyły wcześniej endometriozie.

3. WYCIĘCIE NARZĄDÓW MOŻE WYLECZYĆ ENDOMETRIOZĘ

Histerektomia to nieodwracalny zabieg chirurgicznego usunięcia macicy. Najczęściej wskazaniami do zabiegu są nowotwór ginekologiczny (rak trzonu macicy, jajnika, szyjki macicy), mięśniaki macicy, zaburzenia statyki narządu rodnego (osłabienie mięśni dna miednicy, wypadanie macicy) oraz endometrioza powodująca długotrwały ból podbrzusza po nieskutecznym leczeniu zachowawczym (głównie u kobiet w wieku perimenopauzalnym).

Usuwanie narządów rodnych nie jest jednak standardem leczenia endometriozy. Taki zabieg zatrzymuje dolegliwości bólowe związane z miesiączką, ale gdy ogniska endometriozy znajdują się poza macicą, może dojść do tzw. podwójnego krwawienia, co powoduje silny ból. Usunięcie przydatków może z kolei wpłynąć na zmniejszenie poziomu estrogenów, co również hamuje wzrost endometriozy. Jednak część przypadków endometriozy może nie być wrażliwych na hormony, więc zmiany mogą ciągle postępować. Ponadto usunięcie przydatków, zwłaszcza jajników, może prowadzić do powikłań, takich jak dotkliwe objawy menopauzy, uderzenia gorąca, obniżenie nastroju, a także problemów z kośćmi. Wycięcie narządów może więc powodować wiele poważniejszych problemów niż tradycyjne leczenie endometriozy.

Ekspertki podkreślają ponadto, że po histerektomii objawy endometriozy mogą powrócić, zwłaszcza jeżeli choroba przejawia się poza macicą. Przy endometriozie naciekającej, która atakuje inne narządy – operacja nie stłumi objawów choroby.

4. ENDOMETRIOZA WYKLUCZA URODZENIE DZIECKA

Endometrioza może być przyczyną niepłodności, jednak nie odbiera ona szansy na macierzyństwo. Niektóre pacjentki mogą zajść w ciążę naturalnie, innym proponuje się leczenie niepłodności za pomocą dwóch metod: inseminacji domacicznej ze stymulacją jajczkowania (w początkowym stadium endometriozy) lub in vitro.

5. ENDOMETRIOZA DOTYKA TYLKO ŻEŃSKICH NARZĄDÓW ROZRODCZYCH

Zmiany związane z endometriożą najczęściej lokalizują się w miednicy i podbrzuszu, mogą jednak rozwijać się w bardzo odległych od macicy lokalizacjach, np. w płucach, a nawet w mózgu, oku, ośrodkowym układzie nerwowym, okolicach pępka, na języku.

6. OBFITE I BARDZO BOLESNE MIESIĄCZKI ZAWSZE SĄ PRZYCZYNĄ ENDOMETRIOZY

Wiele miesiączkujących kobiet odczuwa ból podczas menstruacji. Przyczyną silnego

bólu i obfitego krwawienia podczas okresu może być endometrioza, ale dolegliwości te mogą mieć również inną przyczynę, a wśród nich wymienia się także przewlekły stres czy nieprawidłową dietę. Ponadto podłożem tych zaburzeń mogą być mięśniaki macicy, niedoczynność tarczycy, zaburzenia hormonalne, polipy szyjki macicy, choroby zapalne narządów rodnych (chlamydia, dwoinka rzeżączki), wkładka domaciczna (tzw. spirala), torbiele jajowodów, wady anatomiczne macicy.

W przebiegu endometriozy, oprócz dolegliwości bólowych i obfitego krwawienia podczas miesiączki, niekiedy obserwuje się również skurcze i ból między miesiączkami, a także ból w obrębie innych narządów. Każdorazowo silne dolegliwości bólowe i obfite krwawienie należy skonsultować z ginekologiem.

7. ENDOMETRIOZA ZAWSZE POWODUJE SILNY BÓL

Nawet 80 proc. kobiet ze zdiagnozowaną endometriożą zgłasza ból związany z miesiączkowaniem, a co druga doświadcza przewlekłych dolegliwości bólowych niezwiązanych z menstruacją. Ból zazwyczaj jest intensywny i promieniuje w różne strony. Mimo że ból jest bardzo częstym objawem schorzenia, to należy pamiętać, że endometrioza może przebiegać bezobjawowo i rozpoznawana jest przypadkowo, np. podczas interwencji operacyjnej czy kontrolnego badania ginekologicznego. Ból podczas endometriozy może mieć ponadto różne natężenie i nie zawsze jest silny.

8. LEKI ANTYKONCEPCYJNE LECZĄ ENDOMETRIOZĘ

Leki antykoncepcyjne zazwyczaj minimalizują objawy endometriozy, ale nie leczą jej. Zawarte w środkach antykoncepcyjnych hormony obniżają poziom estrogenów w organizmie, które odpowiedzialne są za podbudowanie endometrium oraz powstawanie kolejnych ognisk choroby. Tabletki hamują również miesiączkę, co sprzyja spowolnieniu rozwoju endometriozy oraz złagodzeniu jej objawów.

Endometrioza wciąż nie jest do końca poznaną chorobą i leczy się ją niezwykle trudno. Tabletki hormonalne pomagają jedynie doraźnie, a usunięcie zrostów możliwe jest jedynie poprzez zabieg chirurgiczny lub laparoskopowy.

*Źródła: medicalnewstoday.com, szpitalnaklinach.pl, mp.pl, YouTube / „Czy wycięcie wszystkich narządów kobiecych może ograniczyć rozwój endometriozy?”, lek. Jan Olek, podyplomie.pl
Źródło: evereth-news.pl*

Choroby (za)przypomniane

Kiedy niedaleko od naszych granic toczy się wojna, wróciły wspomnienia chorób zakaźnych, z którymi od wielu lat mieliśmy rzadko do czynienia. Czy grozi nam ich nawrót w związku z masową migracją? Czy rzeczywiście należy obawiać się epidemii z racji napływu osób mało wyszczepionych? Specyfikę aktualnej sytuacji epidemiologicznej w Polsce wyjaśnia dr n. med. Weronika Rymer.

dr n. med.
Weronika Rymer,
 specjalista
 chorób zakaźnych
 i immunologii
 klinicznej,
 absolwentka
 Akademii
 Medycznej we
 Wrocławiu, do
 2020 r. pracująca
 w Katedrze i Klinice Chorób Zakaźnych,
 Chorób Wątroby i Nabytych Niedoborów
 Odpornościowych Uniwersytetu
 Medycznego we Wrocławiu. Od 2014 r.
 jest związana z Medycyną Praktyczną na
 stanowisku redaktora merytorycznego
 działu zakażeń. Obecnie pracuje
 m.in. w Wojewódzkim Szpitalu im. J.
 Gromkowskiego we Wrocławiu oraz
 w Dolnośląskim Centrum Onkologii,
 Pulmonologii i Hematologii.



Przyjęliśmy ponad 2 miliony uciekinierów z Ukrainy. Czy może to mieć wpływ na obraz epidemiologiczny Polski?

To pytanie choć z pozoru proste, niesie ze sobą szereg różnych aspektów. Proponuję go rozszerzyć i nie skupiać się tylko na uciekinierach z Ukrainy, ale porozmawiajmy w ogóle o tym czy napływ uchodźców i uciekinierów z krajów o innej epidemiologii chorób zakaźnych może wpłynąć na zmianę epidemiologii zakażeń w krajach przyjmujących i czy stanowi dla nas Polaków jakieś zagrożenie. Nie zapomnijmy, że nadal na naszej granicy z Białorusią są osoby, które próbują przedostać się do naszego kraju.

Uchodźcy – jaka to dokładnie grupa?

Od razu chciałabym zwrócić uwagę, że termin „uchodźca” określa osobę, która „na skutek uzasadnionej obawy przed prześladowaniem z powodu rasy, religii, narodowości, przynależności do określonej grupy społecznej lub z powodu poglądów politycznych przebywa poza granicami państwa, którego jest obywatelem, oraz nie może lub nie chce z powodu tych obaw skorzystać z ochrony tego państwa”. Ta definicja została po raz pierwszy opisana w Konwencji Genewskiej (tj.



opisana w prawie międzynarodowym w Konwencji dotyczącej statusu uchodźców, która została sporządzona w Genewie 28 lipca 1951 r. – przyp. red.). Status uchodźcy ma swój wymiar prawny. Ale ludzie przybywający m.in. do Polski uciekają z miejsc swojego zamieszkania nie tylko dlatego, że grozi im prześladowanie przez ich państwo. Uciekają przed głodem, biedą, przemocą. WHO i Europejskie Centrum Kontroli Chorób po przeanalizowaniu danych z wcześniejszych kryzysów migracyjnych w Europie i innych częściach świata, wyraziły stanowisko, że migranci nie stwarzają istotnego zagrożenia epidemiologicznego w zakresie chorób zakaźnych dla państw goszczących. Natomiast stanowią grupę priorytetową w od-

niesieniu do działań profilaktycznych i kontroli zakażeń, jako osoby o zwiększonej na nie podatności.

Jakie choroby im zagrażają?

Zanim odpowiem na to pytanie, chciałabym zwrócić uwagę na kilka aspektów, które w ogóle wiążą się z migracjami, a które z jednej strony mogą mieć wpływ na epidemiologię chorób zakaźnych w kraju docelowym, jak i narażenia na zakażenia u uciekających. Mamy tu do czynienia z trzema sytuacjami. Po pierwsze – z zakażeniami takimi jak HIV, WZW B, WZW C, gruźlica, które mogą mieć inną epidemiologię w kraju, z którego dany uciekinier pochodzi. Na przykład sytuacja epidemiolo-

giczna zakażenia HIV w Ukrainie różni się od tej w Polsce. W Ukrainie jest zdecydowanie wyższa liczba zakażonych, wyższy odsetek zakażonych kobiet niż w naszym kraju. Szacuje się nawet, że co setna osoba może być zakażona HIV. Migracja uciekających w tak dużej ilości pociąga za sobą zwiększenie liczby osób żyjących z HIV, jacy obecnie są na terenie naszego kraju. Widzimy to zresztą w poradniach HIV, gdzie w ostatnich miesiącach wzrosła liczba pacjentów o obywateli Ukrainy, którzy nie mogą kontynuować leczenia w swoim kraju. Jest to zapewne sytuacja przejściowa, do czasu zakończenia działań wojennych, ale w chwili obecnej mamy istotnie więcej osób zakażonych HIV na terenie Polski niż przed napaścią Rosji na Ukrainę.

Czy wpłynęło to na zmianę epidemiologii HIV wśród Polaków?

W dłuższej perspektywie raczej nie powinno, zwłaszcza że większość przybywających do nas pacjentów jest skutecznie leczona antyretrowirusowo. Zdarzają się jednak i późne rozpoznania zakażenia HIV, w stadium AIDS u osób, które dotąd nie miały rozpoznanego zakażenia. Ważne jest, aby lekarze opiekujący się uciekinierami z Ukrainy informowali o możliwości kontynuacji leczenia w Polsce za darmo, a także jak najczęściej proponowali testowanie w kierunku zakażenia HIV. Im więcej będziemy testować w kierunku zakażenia HIV (wszystkich, również Polaków), tym łatwiej będzie nam kontrolować szerzenie się wirusa w naszym kraju, a także minimalizować ryzyko późnych rozpoznań, które wiążą się z ryzykiem zgonu oraz dużymi nakładami finansowymi związanymi z leczeniem chorób wskaźnikowych AIDS. Przy czym ważne jest, aby nikogo nie stygmatyzować rozpoznaniem zakażenia HIV. Już dawno powinniśmy traktować to zakażenie jak każdą inną chorobę, np. cukrzycę, nadciśnienie czy nawracającą opryszczkę. Niestety, nasi pacjenci ciągle spotykają się z sytuacjami stygmatyzacji w placówkach medycznych. To nie powinno mieć miejsca. Ale odbiegłam od tematu.

Jaki jest kolejny aspekt związany z migracją ludzi i zakażeniami?

Wiąże się on z samą ucieczką jako taką i warunkami, na które jest narażony uciekinier. Złe warunki higieniczne w czasie podróży, trud, niedożywienie, narażenie na zimno, stres powodują większą podatność na choroby, w tym reaktywację gruźlicy. Proszę popatrzeć w jakiej sytuacji znajdują się uciekinierzy na naszej wschodniej granicy z Białorusią. Nie znamy dokładnej liczby osób, które tam zmarły, można jednak śmiało założyć, że głównymi przyczynami oprócz wycieńczenia i zamarnięcia były właśnie zakażenia, w tym zapalenia płuc i sepsa. Dodatkowo takie migracje wiążą się z tworzeniem dużych skupisk ludz-

kich, np. w punktach recepcyjnych oraz transporcie, co sprzyja szerzeniu się wielu zakażeń, zwłaszcza przenoszonych drogą wziewną (np. wirusa grypy lub SARS-CoV-2), kontaktową (np. biegunki, dur brzuszny).

Pragnę podkreślić jeszcze raz, że to warunki, w jakich odbywa się ucieczka: ubóstwo i złe warunki higieniczne są odpowiedzialne za szerzenie się zakażeń. Nie wolno traktować uciekiniera/uchodźcy jako źródła zarazy, ale mieć na uwadze, że może być zakażony i po prostu wdrożyć odpowiednie środki prewencyjne. Tyle. Jeśli mamy kontakt z osobą z objawami infekcji (gorączkującą, kaszlącą) należy postępować dokładnie tak samo jak z obywatelem naszego kraju, przy czym pamiętajmy, że częściej możemy mieć do czynienia z osobą z gruźlicą. Zresztą, to powinno być postępowanie uniwersalne, tak jak higiena rąk – gdy mamy do czynienia z pacjentem kaszlącym z objawami infekcji stosujemy maski ochronne, niezależnie od tego, jaki jest status prawny i obywatelstwo naszego pacjenta.

I trzeci aspekt?

Ten trzeci aspekt wiąże się już tym razem z napływem do naszego kraju bardzo dużej liczby osób w krótkim odstępie czasu i może mieć wpływ na zwiększenie niektórych zakażeń. Są różnice w realizacji szczepień. W ostatnich latach w Ukrainie odnotowywano trudności w realizacji programu szczepień ochronnych. Dlatego też ECDC zaleca szczególną czujność kliniczną w odniesieniu do możliwości wystąpienia przypadków polio, odry i COVID-19.

Odpowiedziała już pani wstępnie na moje kolejne pytanie, które dotyczy dzieci. Czy możemy spodziewać się pojawienia się chorób typu polio, na które my jesteśmy szczepieni, a uciekinierzy nie, albo jakichś nowych mutacji?

Jak już wspomniałam, od pewnego czasu w Ukrainie pogorszyła się realizacja programu szczepień ochronnych. Zresztą, co jakiś czas słychać o przypadkach polio w tamtym regionie, wywołanych szczepem szczepionkowym. W wielu krajach, w tym w Ukrainie, nadal stosuje się szczepionki doustne zawierające „żywe” wirusy. Ten rodzaj szczepionki stwarza możliwość wyeliminowania krążenia dzikiego wirusa z populacji. Jednak przez pewien czas po szczepieniu wirusy są wydalane w kale. Takim wirusem może zakażać się osoba nieuodporniona. Jeśli jest to wirus, który w międzyczasie zmutował, może dojść do rozwoju polio. Jest to niezwykle mało prawdopodobne w krajach o wysokim stopniu wyszczepienia, bo narażenie na zakażenie szczepem szczepionkowym jest bardzo niskie. Jeśli jednak mamy populację, w której wiele dzieci nie zostało uodpornionych, wzrasta

ryzyko rozwoju polio wywołanego szczepem szczepionkowym. Wzrasta też ryzyko zakażenia szczepem dzikim.

Dlaczego program szczepień gorzej działa?

Przyczyn spadku realizacji programu szczepień jest kilka, ale jedną z nich, i bardzo istotną, jest działalność ruchów antyszczepionkowych. Co ciekawe, do niedawna uważaliśmy to zjawisko jako pewnego rodzaju ruch społeczny o negatywnych konsekwencjach. W chwili obecnej pojawiają się pewne przesłanki, że może mieć to również wymiar polityczny. Wiele kont w mediach społecznościowych, sięjących dezinformację na temat szczepień przeciw COVID-19, po napaści Rosji na Ukrainę zaczęło trollować na rzecz Rosji. Miejmy na uwadze fakt, że brak czy niedostateczna liczba szczepień odbija się negatywnie na zdrowiu publicznym. Krótko mówiąc: brak szczepień osłabia państwo i jego obywateli. Zobaczmy choćby na przykładzie Polski, w której szczepionych przeciw COVID-19 jest niewiele ponad 50% obywateli, i Portugalii, w której zaszczepionych jest ponad 90% populacji. Wg danych *Worldometer* Polska plasuje się na 82 miejscu pod względem liczby zakażeń SARS-CoV-2 na milion mieszkańców i 17 pod względem liczby zgonów na milion mieszkańców. Podczas gdy w Portugalii zapadalność na COVID była wyższa (24. miejsce pod względem liczby zakażeń na milion mieszkańców), ale liczba zgonów znacznie niższa (40 miejsce). Nawet jeśli liczba rozpoznań COVID-19 w Polsce jest zaniżona z powodu niedostatecznego testowania w porównaniu z innymi krajami, co mogło wpłynąć na miejsce w rankingu, to pamiętamy obciążenie ochrony zdrowia w ostatnich miesiącach, gdzie w oddziałach covidowych przebywali przede wszystkim niezaszczepieni.

Ale odbiegłam od tematu. Podsumowując – ograniczenie realizacji szczepień w Ukrainie może mieć przełożenie na zapadalność na takie choroby jak polio, odra czy COVID-19 w Polsce. Zławsza że i w naszym kraju coraz częściej do głosu, niestety, dochodzą ruchy antyszczepionkowe i coraz więcej rodziców odmawia szczepienia swoich dzieci.

Zatem, jak pani zdaniem powinna być teraz zorganizowana opieka epidemiologiczna nad uchodźcami/uciekierami?

W Polsce już dawno zostały stworzone pewne narzędzia prawne i powołano instytucje zajmujące się uchodźcami. Opieka nad tymi ludźmi obejmowała również opiekę medyczną i badania, np. w kierunku gruźlicy. Obecna sytuacja jest jednak wyjątkowa dla naszego państwa. W krótkim odstępie czasu przybyło ponad 2 miliony ludzi z terenów objętych lub zagrożonych działaniami wojennymi. Wiele z nich zostało rozlokowanych na

krótszy lub dłuższy czas w masowych punktach noclegowych.

Co należy zatem zrobić?

Po pierwsze osoby pracujące w takich ośrodkach powinny być zaszczepione przeciw COVID-19, a najlepiej jeszcze i przeciw grypie. Powinny stosować maseczki i dbać o higienę rąk. Należy dążyć do zapewnienia jak najlepszych warunków higieniczno-sanitarnych w takich miejscach, żeby ograniczyć szerzenie się zakażeń drogą fekalno-oralną. Rozdawać maseczki i informować, aby każda osoba z objawami infekcji układu oddechowego prawidłowo je stosowała. Przy czym podkreślam jeszcze raz – nie wolno tych ludzi stygmatyzować, traktować jak źródła zarazy. Po prostu trzeba mieć na uwadze, że są bardziej podatni na zakażenia, a sytuacja, w jakiej się znaleźli, dodatkowo sprzyja szerzeniu się drobnoustrojów.

Jaką radę dałaby pani lekarzom?

By mieli na uwadze uwzględnienie w diagnostyce różnicowej pewnych chorób, o których często zapominamy, jak polio, odra, czy gruźlica. W przypadku podejrzenia gruźlicy trzeba mieć na uwadze również fakt, że zapadalność na gruźlicę wielolekooporną jest w Ukrainie i innych krajach, skąd trafiają do Polski uciekierzy (np. Syria, Pakistan, Indie), wyższa. Z kolei urazy doznane w czasie działań wojennych, a tacy pacjenci również trafiają do Polski na leczenie, wiążą się z wyższym ryzykiem nadkażeń bakteryjnych szczepami lekoopornymi. Zjawisko to zaobserwowano już wcześniej u żołnierzy stacjonujących w Iraku, którzy doznali ran postrzałowych.

Podkreśla pani, że to nie uchodźcy „przywożą” ze sobą zagrożenie.

Szereg egzotycznych i zapomnianych chorób jest przywlekanych do krajów świata zachodniego nie przez uchodźców i innych migrantów, ale przez własnych obywateli, którzy powrócili z podróży do regionu o odmiennej epidemiologii chorób zakaźnych. Co więcej, mogą oni stać się powodem zakażenia innych osób. Przykładem może być choćby ospa mała, której przypadki ostatnio zostały rozpoznane w kilku krajach Europy (m.in. w Wielkiej Brytanii, Portugalii i Hiszpanii), w Kanadzie i Stanach Zjednoczonych. Do niedawna wszystkie odnotowywane przypadki tej choroby wiązały się z podróżą do Afryki, gdzie choroba ta występuje endemicznie lub z przywiezionymi stamtąd zwierzętami. Obecnie do części zakażeń doszło już na terenie Europy i Ameryki Północnej. Ta zapomniana choroba wcale nie wiązała się z migracjami uchodźców, ale podróżami obywateli danego kraju.

Rozmawiała Aleksandra Solarewicz

Źródło: Medium Nr 6/2022 (382) czerwiec 2022

Lepiej się zaszczepić, niż chorować!

Rozmowa z prof. dr hab. n. med. Leszkiem Szenbornem, kierownikiem Katedry i Kliniki Pediatrii i Chorób Infekcyjnych Uniwersytetu Medycznego i Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu

Trwająca już ponad dwa lata pandemia sprawiła, że skupiliśmy się na COVID-19 ale, niestety, niektórzy z nas zapomnieli, że inne szczepienia są również ważne.

Może nie tyle zapomnieliśmy, co pandemia utrudniła nam dostęp do lekarzy czy do punktów szczepień. W ostatnich latach w naszym programie szczepień ochronnych w Polsce odnotowaliśmy dwie bardzo istotne zmiany: od roku 2017 prowadzimy powszechne szczepienia przeciwko pneumokokom, natomiast w tym roku rozpoczęliśmy szczepienia przeciw rotawirusom. Może trudno w to uwierzyć, ale to przyniosło już fantastyczne efekty. Faktem jest, że w czasie pandemii zniknęło sporo chorób zakaźnych, zanikły również rotawirusy. Jednak po ściągnięciu masek i po powrocie dzieci do przedszkoli i szkół rotawirusy wróciły. Chorują jednak starsze dzieci, a nie najmłodsze, które na ogół najczęściej przechodziły to zakażenie i wymagały hospitalizacji.

Program szczepień przeciwko pneumokokom działa już od 5 lat. Jak pan go ocenia?

Faktycznie to już pięć lat od uruchomienia programu bezpłatnych szczepień przeciwko pneumokokom dla wszystkich dzieci do lat pięciu. Z punktu widzenia lekarza, który prowadzi oddział chorób wywołanych przez bakterie i wirusy potwierdzam, że obecnie zakażeń pneumokokowych, zapaleń opon mózgowo-rdzeniowych praktycznie nie mamy. Gdy byłem młodym lekarzem, takie chorujące dzieci przyjmowałem praktycznie bez przerwy. Największa liczba zakażeń obserwowana była u dzieci do 5. roku życia – wprowadzenie bezpłatnych szczepień znacznie ograniczyło zachorowania w tej grupie wiekowej. Nie mam wątpliwości, że to co obserwujemy dzisiaj, zawdzięczamy przede wszystkim szczepieniom. Trochę jednak też pandemii, która chwilowo ograniczyła występowanie chorób infekcyjnych.

Pojawia się pytanie, które często zadają sobie rodzice: jeśli mamy tak rozbudowany kalendarz szczepień obowiązkowych, to czy rzeczywiście istnieje potrzeba szczepień dodatkowych?

Kalendarz jest faktycznie coraz lepszy, ale mamy takie dwa szczepienia, które są bardzo istotne z punktu widzenia zdrowia dziecka i poczucia dobrostanu. Bo dobrostan to nie tylko brak choroby, ale również fakt, że nie martwimy się ryzykiem zachorowania. Dobrze byłoby gdybyśmy mieli powszechne szczepienia przeciwko HPV i szczepienia przeciw meningokokom. Z tych pierwszych mogłaby skorzystać naprawdę cała populacja. Z kolei meningokoki co prawda stosunkowo rzadko wywołują choroby, ale jeśli już się tak zdarzy, to są one bardzo ciężkie i niosą ze sobą ryzyko utraty życia. Mimo poprawy opieki, dostępności antybiotyków i oddziało intensywnej terapii nie udało się zmniejszyć śmiertelności poniżej 10% wśród tych, którzy chorują. Natomiast w krajach, które szczepienie przeciwko meningokokom prowadzą już od wielu lat, udało się obniżyć liczbę przypadków zachorowań. Produkuje Wielka Brytania, która szczepi na wszystkie meningokoki, również te z grupy B (dominującej także w Polsce), grupy C, która jest drugim bardzo ważnym patogenem jeżeli chodzi o meningokoki, ale także z grupy w ramach szczepionki czterowalentnej ACWY. To są szczepienia zalecane również jako medycyna podróży. Kolejną szczepionką, którą warto byłoby polecić, jest szczepionka przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu A. Co prawda nie jest ona obowiązkowa, ale jest dostępna, tania i bardzo skuteczna. Jest to ważne, zwłaszcza w przypadku wakacyjnych wyjazdów do nieco biedniejszych ciepłych krajów.

W jakim wieku powinny być dzieci poddawane szczepieniom przeciw meningokokom?

Tak samo jak w przypadku pneumokoków i rotawirusów, aby uzyskać najlepsze efekty szczepienia, trzeba rozpocząć je jak najwcześniej. Najlepiej rozpoczynać zaraz po ukończeniu 2 miesięcy aby zbudować odporność na czas zaniku przeciwciał przekazanych przez matki,





co ma miejsce już w 5-6 miesiącu życia. Nie powinniśmy tej decyzji odwlekać do czasu, gdy dziecko pójdzie do przedszkola, bo wtedy korzyść z zastosowania szczepionki jest mniejsza.

Czy i dlaczego szczepienie dzieci przeciwko ospie powinno się rozważyć także w przypadku dzieci w wieku przedszkolnym?

Niezależnie od wieku, każde dziecko, które do tej pory nie zachorowało na ospę wietrzną, odniesie ze szczepienia korzyści. Muszę przyznać, że z jednej strony jest to rzeczywiście choroba łagodna, ale jednak 10% chorujących na ospę wietrzną dzieci doświadcza różnych komplikacji.

Powikłania ospy zagrażające życiu, niestety, wciąż się zdarzają. Trzeba zrozumieć, że dziecko nie umiera z powodu ospy, natomiast umiera z powodu nadkażeń bakteryjnych. W każdym przypadku ospy wietrznej, nawet jeżeli nie przebiega z intensywną wysypką, to na ogół występuje świąd. Dziecko się drapie. Zadrapania powodują mikro- lub większe rany, przez które wnikają bakterie znajdujące się na skórze: paciorkowce i gronkowce. W ciągu kilku godzin mogą one wywołać stany zapalne i uwolnienie się toksyn we krwi. To z kolei prowadzi do ostrego załamania stanu zdrowia. Takie przypadki zdarzały się na przykład po tak zwanych „ospa party”, czyli celowym narażeniu dziecka na zakażenie. Przebycie ospy wietrznej rzeczywiście daje odporność na całe życie, ale tylko przed zachorowaniem na ospę. Prawie u wszystkich dziki wirus ospy po jakimś czasie uaktywni się i wywoła dotkliwą chorobę jaką jest znany większości półpasiec. Warto wspomnieć, że dziś już też mamy szczepionki zmniejszające

ryzyko wystąpienia półpaśca, które mogą być podawane osobom dorosłym.

Panie profesorze, kolejny bardzo trudny temat: w ciągu ostatnich kilku tygodni naszą granicę przekroczyło kilkaset tysięcy dzieci z Ukrainy. Czy możemy spróbować porównać kalendarze szczepień i rodzaje szczepionek?

Te różnice mogłyby być tylko wtedy istotne, gdyby dotyczyły chorób stanowiących ryzyko epidemiczne. To nie dotyczy na przykład pneumokoków, bo ich nosicielstwo jest powszechne. To, że osoby z Ukrainy nie są przeciw nim szczepione, nie ma dla nas znaczenia. Problemy mogą stworzyć: odra, krztusiec oraz poliomielitis. Zwłaszcza ta ostatnia. To bardzo groźna choroba, która dzięki szczepieniom od wielu lat w Polsce nie występuje. Niestety, na Ukrainie były przypadki polio w roku 2015 i 2021. Co jest ważne: już teraz powinniśmy nakłaniać ukraińskie dzieci do uzupełnienia brakujących szczepień, a po trzech miesiącach pobytu ukraińskich dzieci w Polsce będzie to obowiązkowe.

Dobłą okazją do sprawdzenia i skierowania na szczepienie powinny być wizyty u lekarza, w szpitalu czy przyjęcie do szkoły lub przedszkola. Najważniejsze to zadbać, aby otrzymały one przypominającą dawkę szczepionek przeciwko odrze, krztuścowi i polio. Takie przepisy wprowadziły na przykład Niemcy – nieszczepione dzieci nie mają tam wstępu do szkół. Inną nieobowiązkową szczepionką, która w przypadku masowej migracji może mieć znaczenie, jest szczepienie przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu A. Najgroźniejszy jest jednak fakt, że wiele polskich dzieci nie ma terminowo wykonanych szczepień ochronnych! Są to najczęs-

zej dzieci starsze i nastolatki, ponieważ kryzys szczepień w grupie niemowląt i najmłodszych dzieci nie był tak dotkliwy. Przypomnijmy, że rocznie w Polsce ponad 50 tysięcy rodziców uchyła się od obowiązku szczepienia swoich dzieci. Co gorsza, ta liczba, niestety, zwiększa się. Skutkiem tego była epidemia zachorowań na odrę w latach 2018-19, która 3 lata temu przyszła do nas właśnie z Ukrainy.

Nadrobienie spóźnionych szczepień jest absolutnie konieczne...

Oczywiście. Przede wszystkim daję nam spokój. Ze szczepieniami jest jak z ubezpieczeniami: jeśli nie wykupimy polisy, nie możemy spokojnie spać. Zróbmy, co możemy, czyli zaszczepmy jak najszybciej, uzupełnijmy brakujące szczepienia albo rozpocznijmy te, których do tej pory nie rozpoczęliśmy. Zawsze warto zmienić zdanie na temat szczepień, zwłaszcza gdy widzimy ich dobroczynne działanie. Szczepienie przeciw wirusowi SARS-CoV-2 uratowało nas. Przez rok baliśmy się wszyscy o siebie, o członków naszych rodzin i dopiero szczepionka nieco ten strach uspokoiła. Niestety, niektórzy zapłacili najwyższą cenę. Życie straciło na przykład ponad 500 osób zajmujących się ochroną zdrowia. Nie ma wątpliwości: lepiej się zaszczepić niż chorować!

Dziękujemy za rozmowę



Wywiad przygotowany przez
Stowarzyszenie Dziennikarze dla
Zdrowia z okazji Europejskiego
Tygodnia Szczepień, kwiecień 2022

Źródło: Medium Nr 6/2022 (382) czerwiec 2022

ZAPRASZAMY

PIELĘGNIARKI I POŁOŻNE DO PUBLIKOWANIA

Wychodząc naprzeciw oczekiwaniom czytelniczek i czytelników Biuletynu informacyjnego, redakcja wydania jeleniogórskiego umożliwiła członkiniom Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych udziału w powstawaniu biuletynu.



Teksty prezentujące wiedzę osób zawodowo zajmujących się pielęgniarstwem i położnictwem oraz najczęściej wieloletnie doświadczenie pomogą w ukazaniu każdego aspektu pracy czasem niezauważanego lub rzadko przedstawianego.

Prosimy o nadsyłanie tekstów oraz fotografii w wersji elektronicznej (MS Word, PDF, TXT, JPEG). Artykuły powinny być podpisane imieniem i nazwiskiem, tytułem zawodowym oraz miejscem zatrudnienia.

Do wiadomości Redakcji proszę o zamieszczenie w e-mailu telefonu kontaktowego.

W wersji z fotografiami, do tekstu proszę załączyć zgodę osób przedstawionych na fotografiach na ich opublikowanie w biuletynie.

Artykuły prosimy przysyłać na adres: biuletynpip@wp.pl

