



Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych
w Radomiu

październik - grudzień 2025

Wokół

Biuletyn informacyjny nr 82

Czepka



STANOWISKO	IMIĘ I NAZWISKO	ADRES E-MAIL
Przewodnicząca ORPiP	mgr Małgorzata Sokulska	przewodniczaca@orpip.radom.pl
Sekretarz ORPiP	mgr Barbara Tusińska	sekretarz@orpip.radom.pl
Skarbnik ORPiP	Ewa Banaszek	skarbnik@orpip.radom.pl
St. specjalista ds rejestru	mgr Agnieszka Gozdur	rejestr@orpip.radom.pl
Specjalista ds administracyjno - biurowych	Jolanta Jasiuk	administracja@orpip.radom.pl
St. specjalista ds szkoleniowych	mgr Diana Wiśniewska - Janas	szkolenia@orpip.radom.pl

HARMONOGRAM POSIEDZEŃ OKRĘGOWEJ RADY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH I PREZYDIUM ORPIP NA ROK 2025

Lp.	Planowany termin	Gremium
1	14 styczeń - wtorek	Prezydium
2	21 lutego - piątek	ORPiP
3	25 marca - wtorek	Prezydium
4	15 kwietnia - wtorek	Prezydium
5	6 maja - wtorek	Prezydium
6	6 czerwca - piątek	ORPiP
7	8 lipca - wtorek	Prezydium
8	12 sierpnia - wtorek	Prezydium
9	12 września - wtorek	ORPiP
10	7 października - wtorek	Prezydium
11	4 listopada - wtorek	Prezydium
12	12 grudnia - piątek	ORPiP

WOKÓŁ CZEPKA
Wydawca: Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych Adres Redakcji: 26-600 Radom, ul. Paderewskiego 15 tel./fax 48 360 69 60 e-mail: orpip@orpip.radom.pl www.orpip.radom.pl Redaktor Naczelna Małgorzata Sokulska Zespół Redakcyjny Diana Wiśniewska-Janias Iwona Raszewska

DZIAŁY TEMATYCZNE: I. Na marginesie

I	NA MARGINESIE.....	3
II	AKTUALNOŚCI.....	4
III	WOKÓŁ SAMORZĄDU.....	4
IV	ZGODNIE Z PRAWEM.....	6
V	WARTO WIEDZIEĆ.....	7
VI	KONIECZNIE PRZECZYTAJ.....	24
VII	OGŁOSZENIA, PODZIĘKOWANIA.....	32



Drogie Koleżanki, Koledzy

I mamy prawie za sobą kolejny rok 2025r. Pewnie każdy zastanawia się co przyniesie następny.

Mimo problemów z finansowaniem w ochronie zdrowie, które są od lat i nie są niczym nowym, mamy zapewnienia, że poszukuje się sposobów na ich rozwiązanie. Ale nie trudno się zgodzić z tym, że kluczowe jest unikanie konfliktowania pacjentów i medyków oraz wspólne poszukiwanie rozwiązań organizacyjnych i finansowych. Faktem jest wzrost wynagrodzeń w ochronie zdrowia, który jest nieodłącznym elementem poprawy warunków pracy.

Mamy świadomość, że system ochrony zdrowia nigdy nie będzie w stanie zaspokoić wszystkich potrzeb, co wynika z ograniczonych zasobów, jak i rosnących potrzeb zdrowotnych społeczeństwa,. Mimo niepokoju związanego z podwyżkami od 1 lipca 2026r żyjemy nadzieję, że znajdą się rozwiązania, które uspokoją nasze środowiska.

Dlatego też z okazji zbliżających się Świąt Bożego Narodzenia życzę wszystkim pomyślności, niepowtarzalnej atmosfery, ciepła, radości i pokoju.

Niech poczucie prywatnego i zawodowego spełnienia towarzyszą Wam przez cały następny Nowy 2026 Rok.

Wiele/wielu z Was będzie w wigilijny wieczór i święta przy pacjentach. Pamiętajcie, że jesteście dla tych ludzi i w tym czasie najbliższymi osobami.

Życzę, aby nigdy nie zabrakło Wam miłości, zaufania i wsparcia. Przy pięknie ustrójonej choince wśród bliskich przeżywajcie magię tych pięknych radosnych świąt.

Raz jeszcze życzę dużo zdrowia i tego, by te święta dawały wam dużo siły i odwagi, a nadchodzący 2026 Nowy Rok przyniósł spokój, pokój, stabilizację oraz prawdziwą i zwyczajną ludzką życzliwość. Wszystkiego co najlepsze na święta, oraz na każdy dzień nadchodzącego Nowego Roku.



Małgorzata Sokulska
Przewodnicząca ORPiP

06.10.2025 r. – Przewodnicząca Małgorzata Sokulska wzięła udział w posiedzeniu Konwentu Przewodniczących NIPiP w Warszawie.

07.10.2025 r. – Odbyło się rozstrzygające posiedzenie komisji konkursowej na stanowisko Pielęgniarki Oddziałowej w RSzS.

07.10.2025 r. – Pod przewodnictwem Przewodniczącej ORPiP Małgorzaty Sokulskiej odbyło się posiedzenie Prezydium ORPiP.

17.10.2025 r. – Przewodnicząca ORPiP Małgorzata Sokulska wzięła udział w jubileuszu 50-lecia powstania SPZZOZ w Zwoleniu.

18.10.2025 r. – W Europejskiej Uczelni Społeczno Technicznej odbyła się uroczystość inauguracji roku akademickiego, w której udział wzięła Przewodnicząca Małgorzata Sokulska.

21.10.2025 r. – Odbyła się konferencja „Bezpieczeństwo pacjenta w opiece zespołu multidyscyplinarnego” organizowana przez OIPiP w Radomiu.

24.10.2025 r. – Na Uniwersytecie Radomskim odbyła się uroczystość Dyplomatorium absolwentów kierunku lekarskiego Wydziału Nauk Medycznych i Nauk o Zdrowiu, w którym udział wzięła Przewodnicząca Małgorzata Sokulska.

28.10.2025 r. – Odbyło się posiedzenie i kontrola Okręgowej Komisji Rewizyjnej pod przewodnictwem Przewodniczącej Komisji Haliny Frynas.

30.10.2025 r. – OIPiP w Radomiu wspólnie z firmą ConvaTec zorganizowała szkolenie dla pielęgniarek i położnych na temat „Leczenia ran przewlekłych”.

04.11.2025 r. – Odbyło się posiedzenie Prezydium ORPiP pod przewodnictwem Przewodniczącej Małgorzaty Sokulskiej.

04.11.2025 r. – Przewodnicząca Małgorzata Sokulska uczestniczyła w konferencji organizowanej przez OIPiP w Łodzi.

05.11.2025 r. – Przewodnicząca Małgorzata Sokulska wzięła udział z ramienia NIPiP w kontroli ośrodka kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych w Łodzi.

07.11.2025 r. – odbyła się gala w związku z obchodami jubileuszu powstania Radomskiej Szkoły Wyższej w Radomiu w której udział wzięła Przewodnicząca Małgorzata Sokulska.

17.11.2025 r. – odbyło się spotkanie kierowniczej kadry pielęgniarskiej, w którym udział wzięła Prezes NIPiP Mariola Łodzińska, a przewodniczyła mu Przewodnicząca Małgorzata Sokulska.

25.11.2025 r. – Przewodnicząca Małgorzata Sokulska spotkała się z personelem ZOL w Pionkach z okazji „Dnia Seniora”

25.11.2025 r. – odbyło się posiedzenie – kontrola Okręgowej Komisji Rewizyjnej pod przewodnictwem Przewodniczącej OKR Haliny Frynas.

27.11.2025 r. – w siedzibie OIPiP w Radomiu odbyły się bezpłatne warsztaty dla położnych finansowany ze środków Samorządu

Województwa Mazowieckiego.

27.11.2025 r. – Przewodnicząca Małgorzata Sokulska uczestniczyła w posiedzeniu Zespołu ds. kontroli Organizatorów Kształcenia przy NRPiP w Warszawie

2-4.12.2025 r. – Przewodnicząca Małgorzata Sokulska wzięła udział w posiedzeniu Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w Warszawie.

04.12.2025 r. – Odbyło się spotkanie Zespołu „Jesiennych Klimatów” pod przewodnictwem Przewodniczącej Hanny Gielżeckiej.

05.12.2025 r. – Przewodnicząca Małgorzata Sokulska uczestniczyła w uroczystości wręczenia Certyfikatu Akredytacji, który otrzymał Radomski Szpital Specjalistyczny.

08.12.2025 r. – Przewodnicząca Małgorzata Sokulska wzięła udział w spotkaniu świątecznym organizowanym przez Okręgową Izbę Radców Prawnych w Warszawie.

12.12.2025 r. – Odbyło się posiedzenie Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych pod przewodnictwem Przewodniczącej Małgorzaty Sokulskiej.

14.12.2025 r. – Przewodnicząca Małgorzata Sokulska wzięła udział w spotkaniu świątecznym organizowanym przez Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego w Radomiu.

16.12.2025 r. – Przewodnicząca Małgorzata Sokulska wzięła udział w posiedzeniu komitetu organizacyjnego z okazji jubileuszu w NIPiP w Warszawie.

III. Wokół samorządu

Z prac Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych:

W dniu 7 października 2025 roku odbyło się posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych, na którym podjęto następującą uchwałę:

Uchwały nr 715-721/VIII/2025 - w/s stwierdzenia PWZ i wpisu do rejestru pielęgniarek ORPiP w Radomiu.

Uchwała nr 722/VIII/2025 – w/s stwierdzenia PWZ pielęgniarki nie będącej obywatelem państwa

członkowskiego Unii Europejskiej oraz wpisu do Okręgowego Rejestru prowadzonego przez ORPiP w Radomiu.

Uchwały nr 723-724/VIII/2025 - w/s wykreślenia z rejestru pielęgniarek ORPiP w Radomiu

Uchwała nr 725/VIII/2025 – w/s wykreślenia z rejestru położnych ORPiP w Radomiu

Uchwała nr 726/VIII/20245 - w/s przyznania pomocy koleżeńskiej.

Uchwała nr 727/VIII/2025 - w/s refundacji turnusu rehabilitacyjno leczniczego indywidualnego.

Uchwała nr 728/VIII/2025 - w/s dofinansowania kształcenia podyplomowego.

Uchwała nr 729/VIII/2025 – w/s wytypowania przedstawicieli ORPiP do pracy w komisji egzaminacyjnej kursu specjalistycznego w M.Sz.S. Sp. z o.o.

W dniu 4 listopada 2025 roku odbyło się posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych, na którym podjęto następującą uchwałę:

Uchwały nr 730-734/VIII/2025 - w/s stwierdzenia PWZ i wpisu do rejestru pielęgniarek ORPiP w Radomiu.

Uchwała nr 735/VIII/2025 - w/s przyznania PWZ pielęgniarsza, osobie niebędącej obywatelem państwa członkowskiego Unii Europejskiej.

Uchwały nr 736-738/VIII/2025 - wykreślenia z rejestru pielęgniarek/-rzy ORPiP w Radomiu.

Uchwała nr 739/VIII/2025 - w/s zrzeczenia się przez pielęgniarsza prawa wykonywania zawodu

Uchwała nr 740/VIII/2025 - w/s wygaszenia PWZ pielęgniarki z powodu zgonu w 2025 r.

Uchwała nr 741/VIII/20245 - w/s przyznania pomocy koleżeńskiej.

Uchwała nr 742/VIII/20245 - w/s przyznania świadczenia w związku z przejściem na emeryturę.

Uchwała nr 743/VIII/2025 - w/s refundacji turnusu rehabilitacyjno

lecniczego indywidualnego.

Uchwała nr 744/VIII/2025 - w/s odmowy dofinansowania kształcenia podyplomowego.

Uchwała nr 745/VIII/2025 - w/s wsparcia finansowego w formie darowizny działalności Polskiego Towarzystwa Stwardnienia Rozsianego Oddział w Radomiu.

Uchwała nr 746/VIII/2025 - w/s organizacji i finansowania spotkania z kadrą kierowniczą pielęgniarską w dniu 17 listopada 2025 r.



W dniu 21 października 2025r odbyła się konferencja organizowana przez ORPiP p.n. „Bezpieczeństwo pacjenta w ujęciu multidyscyplinarnym”

Konferencja odbyła się w Auli Głównej Uniwersytetu Radomskiego dzięki uprzejmości Jego Magnificencji Rektora Uniwersytetu Radomskiego prof. dr hab. Sławomira Bukowskiego, prowadziła ją pani Iwona Raszevska, a uroczystego otwarcia dokonała Przewodnicząca OIPIP w Radomiu pani Małgorzata Sokulska, która wprowadziła zgromadzonych w tematykę konferencji.

Celem konferencji było zwrócenie uwagi na to, że bezpieczeństwo pacjenta jest pojęciem złożonym i obejmuje zarówno procesy kliniczne, jak i komunikację, zarządzanie organizacją, technologie medyczne, edukację pacjentów oraz dobrostan personelu. Uwzględniając fakt, że bezpieczeństwo nie jest jednorazowym aktem. To ciągły proces, który obejmuje wszystkie etapy – od profilaktyki, przez diagnostykę, leczenie, aż po opiekę poszpitalną i długoterminową.

To także kwestia odpowiedniej komunikacji, poszanowania godności, odpowiedzialności prawnej, właściwej organizacji pracy, dostępności usług oraz bezpieczeństwa i wsparcia dla personelu medycznego – bo tylko w bezpiecznym systemie mogą działać bezpieczni ludzie.

Bezpieczeństwo pacjentowi musi zapewniać personel, posiadający ugruntowaną wiedzę, wykonujący pracę z należytą starannością, odpowiadającą wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej opartej na faktach.

Praca na rzecz pacjenta to praca zespołowa. Wszyscy są w niej bardzo ważni. Lekarze, pielęgniarki, położne, fizjoterapeuci, farmaceuci, laboranci, dietetycy, ratownicy medyczni, opiekunowie medyczni, a także personel sprząający.

Konferencja miała nie tylko przypomnieć o tym, jak ważne jest bezpieczeństwo pacjenta, ale także zwrócić uwagę na jego początek – na to, gdzie i jak rodzi się zaufanie, pewność i skuteczność. Bo im wcześniej zaczniemy budować bezpieczeństwo – tym więcej błędów uda się uniknąć, a tym samym więcej zdrowia i życia ochronić.

Program konferencji obejmował poniższe tematy w następujących sesjach:

PANEL I.

1) Rola kadry kierowniczej w zabezpieczeniu personelu i pacjenta –

mgr Mariola Łodzińska – Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

2) Wykorzystanie kompetencji pielęgniarek i położnych w zapewnieniu bezpieczeństwa pacjentom –

dr hab. n. o zdr. Mariola Głowacka – Przewodnicząca Krajowej Rady Akredytacyjnej Szkół Pielęgniarek i Położnych

3) Praktyka zawodu pielęgniarki /położnej w kontekście orzecznictwa sądu zawodowego –

mgr Jan Ślęzak – Przewodniczący Naczelnego Sądu Pielęgniarek i Położnych w Warszawie

PANEL II.

1) Zasady stosowania przymusu bezpośredniego przez personel medyczny w kontekście przestrzegania praw osób, wobec których jest stosowany – mgr. Beata Jendra

2) Bezpieczeństwo kobiety w praktyce położnej –

dr n.o zdr. Gabriela Hofman – Przewodnicząca Szczecińskiej Izby Pielęgniarek i Położnych

3) Zespół kruchości i sarkopenia – czynniki ryzyka czy problem XXI wieku – dr n.med i n. o zdr. Henryka Klamut

4) Bezpieczeństwo personelu gwarantem bezpieczeństwa pacjenta – mgr fizjoterapii Piotr Błędowski

PANEL III.

1) Sen w pracy zmianowej – jak poprawić jego jakość i zniwelować skutki nieprzespanych nocy – konsultant żywieniowy Mateusz Matejek

2) Instrumenty wspierania podejmowania decyzji, integralnym elementem bezpieczeństwa pacjenta i personelu medycznego w stacjonarnej opiece długoterminowej – mgr Lilia Kimber-Dziwisz – Konsultant Wojewódzki na teren Mazowsza w dziedzinie Pielęgniarsstwa Opieki Długoterminowej

3) Dwa filary bezpieczeństwa: Pielęgniarka i pacjent w opiece długoterminowej domowej – dr n. o zdr. Dorota Trybusińska

Każdy z wykładów był niezwykle interesujący. Podkreślono, że różnorodność perspektyw stworzyła całościowy obraz wyzwań stojących przed współczesną medycyną. To właśnie ta różnorodność umożliwiła uczestnikom głębsze zrozumienie istoty bezpieczeństwa pacjenta oraz sposobów jego skutecznego wzmacniania.

W końcowych słowach podkreślono, że bezpieczeństwo pacjenta jest procesem ciągłym, wymagającym nieustannego rozwoju, refleksji i adaptacji do dynamicznych zmian w medycynie. Tegoroczna konferencja po raz kolejny dowiodła, że tylko multidyscyplinarne

podejście oraz współpraca między różnymi grupami zawodowymi mogą prowadzić do rzeczywistych postępów w tworzeniu bardziej bezpiecznych systemów opieki zdrowotnej.

Konferencję zamknięto wyrazami nadziei, że zdobyta wiedza i nawiązane kontakty staną się impulsem do dalszych działań na rzecz poprawy bezpieczeństwa pacjentów, a także zachętą do uczestnictwa w kolejnych edycjach wydarzenia.



IV. Zgodnie z prawem

Nie tylko lekarz. Pielęgniarki i położne mają nowe uprawnienia. Wypiszą ci skierowanie na badania i recepty na leki

Źródło: stronazdrowia.pl

Nowe uprawnienia pielęgniarek i położnych w Polsce stopniowo wchodzi w życie od kilku lat, a ostatnie zmiany z 2025 roku znacząco poszerzają ich kompetencje. Nowe uprawnienia pozwalają na odciążenie lekarzy, dzięki czemu pacjenci mają łatwiejszy i szybszy dostęp do badań i leków. Najnowsze uprawnienia pielęgniarki i położne zyskały dzięki nowemu programowi „Moje zdrowie”.

Takie skierowania wystawi ci pielęgniarka lub położna

Pielęgniarki i położne w Polsce od lat sukcesywnie zyskują nowe uprawnienia, co ma na celu odciążenie lekarzy, usprawnienie dostępu do świadczeń medycznych oraz efektywniejsze funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej. Kluczowe zmiany w tym zakresie są regulowane przez Rozporządzenia Ministra Zdrowia oraz Ustawę o zawodach pielęgniarki i położnej.

Pielęgniarki i położne posiadające odpowiednie kwalifikacje (zwykle ukończony kurs specjalistyczny „Ordynowanie leków i wypisywanie recept” – część I i II oraz/lub tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa) mogą wystawiać skierowania na szeroki zakres badań diagnostycznych. Do najczęściej wymienianych należą:

- badania moczu: np. ogólne badanie moczu z oceną mikroskopową osadu,
- badania kału: np. badanie w kierunku obecności pasożytów, badanie w kierunku krwi utajonej,
- badania krwi: np. morfologia krwi obwodowej ze wzorem odsetkowym i płytkami krwi, odczyn opadania krwinek czerwonych (OB),
- badania biochemiczne i immunochemiczne w surowicy krwi: np. sód, potas, kreatynina, glukoza, hemoglobina glikowana (HbA1c), doustny test tolerancji glukozy (DTTG), białko C-reaktywne (CRP), badania w kierunku toksoplazmozy (IgG, IgM), różyczki (IgG, IgM), przeciwciał anty-HCV, anty-HBs, badania w kierunku kiły (VDRL), aminotransferaza asparaginianowa (ASPAT), gammaglutamylotranspeptydaza (GGTP), PSA całkowity (u mężczyzn), lipoproteina A (raz w życiu między 20. a 40. rokiem życia w ramach oceny ryzyka chorób sercowo-naczyniowych).
- badania z zakresu serologii grup krwi: np. oznaczenie grupy krwi ABO i antygeny Rh D, oznaczenie przeciwciał anty-Rh.

Nowe uprawnienia dla pielęgniarek i położnych w programie „Moje Zdrowie”

- Od 1 maja 2025 roku (a pełna realizacja od 7 sierpnia 2025 roku) pielęgniarki i położne mają również możliwość zlecania całego pakietu badań laboratoryjnych przypisanych do nowego programu profilaktycznego „Moje Zdrowie – bilans zdrowia osoby dorosłej”. Program ten jest przeznaczony dla osób dorosłych od 20. roku życia, i ma na celu wczesne wykrywanie i zapobieganie najpowszechniejszym chorobom. Brane są w nim pod uwagę także takie obszary jak zdrowie psychiczne, styl życia i uzależnienia.

Program obejmuje badania takie jak:

- morfologia krwi,
- stężenie glukozy we krwi,
- poziom kreatyniny we krwi z eGFR (parametr dotyczący nerek),
- lipidogram (cholesterol całkowity, LDL, HDL, triglicerydy),
- hormon tyreotropowy (TSH) (hormon tarczycy),
- ALAT, ASPAT, GGTP (próby wątrobowe),
- PSA całkowity (u mężczyzn, wskaźnik przerostu prostaty),
- anty-HCV (wirusowe zapalenie wątroby typu C),
- lipoproteina A (ocena ryzyka chorób sercowo-naczyniowych, raz w życiu między 20. a 40. rokiem życia).

Pielęgniarka i położna może też wypisać receptę i zrobić USG

Oprócz rozszerzonych uprawnień do wystawiania skierowań, pielęgniarki i położne w ostatnich latach zyskały szereg innych kompetencji. Ważne zmiany, które weszły już w życie, obejmują:

- ordynowanie leków i wystawianie recept – pielęgniarki i położne, po ukończeniu odpowiednich kursów specjalistycznych, mają prawo do ordynowania wybranych leków zawierających określone substancje czynne (z wyłączeniem leków bardzo silnie działających, środków odurzających i psychotropowych), środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz niektórych wyrobów medycznych,
- wystawianie zleceń na wyroby medyczne – w ramach posiadanych uprawnień pielęgniarki i położne mogą zlecać określone wyroby medyczne,
- wykonywanie dojścia doszpikowego i podawanie produktów leczniczych drogą doszpikową – od 5 lipca 2024 roku pielęgniarki i położne z odpowiednimi kwalifikacjami mogą wykonywać te czynności,
- pobieranie materiału z górnych dróg oddechowych i wykonywanie testów antygenowych na obecność wirusów,
- wykonywanie badań USG według protokołów ratunkowych – po ukończeniu odpowiedniego kursu doszkalającego z USG, pielęgniarki mogą wykonywać takie badania,
- przeprowadzanie badań kwalifikacyjnych przed szczepieniami u dzieci powyżej 9. roku życia – dotyczy to zarówno szczepień zalecanych, jak i przeciwko COVID-19. Proponowane zmiany w ustawie o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi mają na celu rozszerzenie tych kompetencji.

Ważne jest, aby pamiętać, że pełen zakres uprawnień pielęgniarek i położnych jest ściśle określony w odpowiednich Rozporządzeniach Ministra Zdrowia oraz Ustawie o zawodach pielęgniarki i położnej i często wymaga ukończenia konkretnych kursów specjalistycznych lub posiadania tytułu specjalisty.

Co w prawie piszczy

Krajowy Plan Transformacji 2027-2031: priorytety dla ochrony zdrowia

Źródło: www.Serwis.ZOZ.pl
Zarządzanie w ochronie zdrowia

Nowa edycja Krajowego Planu Transformacji zakłada szeroką modernizację systemu ochrony zdrowia, obejmując m.in. wprowadzenie e-DiLO, rozwój krajowej produkcji API i leków, restrukturyzację szpitali oraz wzmacnianie profilaktyki.

Cele transformacji systemu ochrony zdrowia

Projekt Krajowego Planu Transformacji na lata 2027-2031, przygotowany w części przez Ministerstwo Zdrowia, koncentruje się na kompleksowym unowocześnieniu opieki zdrowotnej.

Dokument trafił do konsultacji publicznych, które potrwają do 29 grudnia.

Celem jest poprawa dostępności świadczeń, zwiększenie efektywności organizacyjnej oraz odporności systemu na wyzwania demograficzne, epidemiologiczne i technologiczne. W dokumencie wskazano, że system ma rozwijać się tak, aby trafniej odpowiadał na potrzeby społeczne, oczekiwania pacjentów i postęp technologii medycznych. Jednocześnie przewidziano wzmocnienie roli profilaktyki, e-zdrowia, jakości świadczeń i opieki koordynowanej.

Profilaktyka i zdrowie publiczne jako fundament KPT

Wśród kluczowych założeń dotyczących zdrowia publicznego znalazło się zwiększenie wyszczepialności wśród dzieci i młodzieży. Projekt obejmuje również działania na rzecz budowy spójnego wizerunku systemu ochrony zdrowia oraz podkreślenie zdrowia publicznego jako priorytetu polityki państwa. Przewidziano także ograniczenie dostępności papierosów elektronicznych dla najmłodszych. Działania te mają przelożyć się na poprawę bezpieczeństwa zdrowotnego populacji oraz ograniczenie ryzyk zdrowotnych związanych z chorobami zakaźnymi i uzależnieniami.

Wzmocnienie podstawowej opieki zdrowotnej i roli personelu medycznego

Plan zakłada likwidację „białych plam” w dostępie do POZ, ze szczególnym uwzględnieniem obszarów wiejskich. Wzmocniona ma zostać także rola pielęgniarek i położnych, co obejmuje zarówno poszerzenie kompetencji, jak i poprawę organizacji pracy

w zespołach medycznych. Równolegle projekt przewiduje skrócenie kolejek do specjalistów, co ma być efektem szerszego wykorzystania opieki koordynowanej, centralnej e-rejestracji oraz reorganizacji świadczeń.

Restrukturyzacja i konsolidacja szpitali

Jednym z ważnych elementów KPT jest dalsza konsolidacja szpitali oraz optymalizacja liczby SOR. Według dokumentu zmiany mają dostosować infrastrukturę do realnych potrzeb zdrowotnych i demograficznych, co wpisuje się w równoległe procedowaną reformę szpitalnictwa. W planie zapisano przygotowanie mapy potrzeb zdrowotnych dla obszaru zabezpieczenia opieki szpitalnej oraz realizację projektu Odwrócona Piramida Świadczeń. Celem jest przesunięcie części opieki w stronę ambulatoriów i leczenia planowego oraz zwiększenie efektywności wykorzystania zasobów.

Nowe centra wsparcia i poprawa opieki nad pacjentami z chorobami rzadkimi

Krajowy Plan Transformacji przewiduje utworzenie powiatowych centrów zdrowia oraz pilotaż dziennych centrów wsparcia pamięci. Wprowadzono również projekt budowy centrów specjalistycznego leczenia chorych na hemofilię. Kolejnym komponentem jest poprawa organizacji opieki nad pacjentami z chorobami rzadkimi, co obejmuje zarówno dostęp do terapii, jak i koordynację ścieżki pacjenta.

Cyfryzacja i dostęp do danych medycznych

KPT zakłada wprowadzenie e-DiLO od 1 stycznia 2027 r., rozwój centralnej e-rejestracji wizyt, a także uregulowanie zasad dostępu do danych medycznych. Przewidziano wdrożenie centralnego systemu teleinformatycznego do gromadzenia danych, który ma poprawić zarządzanie informacją i umożliwić pełniejsze monitorowanie realizacji świadczeń. Zmiany te mają wspierać koordynację opieki oraz usprawniać procesy administracyjne w placówkach.

Bezpieczeństwo lekowe i rozwój sektora biomedycznego

Jednym z filarów planu jest wzmocnienie bezpieczeństwa lekowego poprzez zwiększenie krajowej produkcji substancji czynnych (API) oraz gotowych leków. W dokumencie przewidziano także analizę potrzeb sektora biomedycznego oraz rewizję programu rozwoju sektora biotechnologicznego. Działania te mają zwiększyć odporność łańcucha dostaw oraz uniezależnić rynek od czynników zewnętrznych.

V. Warto wiedzieć

Z prac Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

Stanowisko Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w odpowiedzi na apel Naczelnej Rady Lekarskiej dotyczący zatrudniania ratowników medycznych w oddziałach szpitalnych

25 listopada 2025 r. Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych przyjęło stanowisko w sprawie propozycji legislacyjnych i organizacyjnych umożliwiających zatrudnianie ratowników medycznych w oddziałach szpitalnych. Dokument ten stanowi reakcję na apel Naczelnej Rady Lekarskiej.

Prezydium NRPiP z dużym zdumieniem przyjęło inicjatywę mającą na celu włączenie ratowników medycznych do pracy w szpitalach na stanowiskach związanych z opieką nad pacjentem hospitalizowanym. Podkreślono, że choć intencja poszukiwania rozwiązań w sytuacji narastających braków kadrowych jest zrozumiała, to nie może odbywać się ona kosztem bezpieczeństwa pacjentów oraz z pominięciem jasno określonych kompetencji zawodowych różnych grup medycznych.

Różne role – różne kompetencje

Pielęgniarki i położne odpowiadają za kompleksowe planowanie, realizację i ocenę procesu pielęgnowania, stały nadzór nad pacjentem oraz wykonywanie świadczeń zdrowotnych wymagających wiedzy klinicznej i ciągłej obecności przy chorym. Są podstawowym filarem opieki szpitalnej, nierozdzielnie związanym z procesem terapeutycznym i potrzebami pacjentów wymagających specjalistycznego wsparcia.

Ratownicy medyczni natomiast pełnią kluczową rolę w systemie Państwowego Ratownictwa Medycznego. Ich kompetencje koncentrują się na działaniach w stanach nagłych, interwencjach

przedszpitalnych i medycznych czynnościach ratunkowych. To właśnie w tych obszarach ich wiedza i doświadczenie są najbardziej efektywne i niezbędne. Warto zwrócić uwagę, iż niedobory kadrowe występują także wśród ratowników.

Prezydium NRPiP podkreśla, że standardy kształcenia pielęgniarek, położnych i ratowników medycznych są zasadniczo odmienne, ponieważ przygotowują do wykonywania różnych ról zawodowych. Kompetencje ratowników nie obejmują czynności koniecznych do prowadzenia pełnego procesu pielęgnowania w oddziałach szpitalnych.

Priorytetem bezpieczeństwo pacjenta i właściwe wykorzystanie kompetencji

Według Prezydium NRPiP działania systemowe powinny koncentrować się na:

- poprawie warunków pracy,
- zwiększeniu zatrudnienia pielęgniarek i położnych,
- przestrzeganiu obowiązujących norm zatrudnienia,
- unikaniu rozproszenia odpowiedzialności za pacjenta.

Prezydium wyraża sprzeciw wobec pozornych działań polegających na zastępowaniu pielęgniarek i położnych przedstawicielami innych zawodów medycznych o odmiennych kompetencjach. Takie praktyki mogą prowadzić do obniżenia jakości opieki oraz zwiększenia ryzyka dla pacjentów.

Każdy zawód medyczny posiada własne, odrębne kompetencje i zadania. Ich właściwe wykorzystanie jest kluczowe dla funkcjonowania systemu ochrony zdrowia i nie może być stosowane zamiennie.



Naczelna Rada
Pielęgniarek i Położnych

**Stanowisko nr 9
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
z dnia 4 grudnia 2025 r.**

w sprawie poparcia stanowiska Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych z dnia 17 listopada 2025 roku do propozycji zmian w ustawie z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych („NRPiP”) stanowczo sprzeciwia się propozycjom zmian w ustawie z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych (t.j. Dz. U. 2022, poz. 2139), które skutkowałyby faktycznym zamrożeniem wynagrodzeń w sektorze ochrony zdrowia i w tym zakresie NRPiP w pełni popiera stanowisko Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych z dnia 17 listopada 2025 roku.

NRPiP przypomina, że zasady wynagradzania pracowników sektora medycznego ustalone w ustawie z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych (dalej jako „Ustawa”) stanowią efekt wieloletnich starań i protestów pracowników medycznych i są konsekwencją determinacji środowiska domagającego się godnych warunków pracy. Zamrożenie płac stanowiłoby faktyczne odejście od zasad stanowiących wynik wieloletniego dialogu społecznego i presji wywieranej pracowników ochrony zdrowia.

W ocenie NRPiP ewentualne decyzja o faktycznym zamrożeniu płac w sektorze ochrony zdrowia miałyby poważne konsekwencje zarówno dla stabilności systemu, jak i dla bezpieczeństwa pacjentów. Jest to zatem rozwiązanie nie tylko krótkowzroczne i nieefektywne ale także zagrażające bezpieczeństwu zdrowotnemu pacjentów.

NRPiP podkreśla, że to nie pielęgniarki i położne odpowiadają za ustalanie zasad organizacji i finansowania systemu ochrony zdrowia, w tym decyzje dotyczące nakładów na opiekę zdrowotną i politykę zdrowotną państwa. Pielęgniarki i położne nie odpowiadają również za planowanie budżetów podmiotów leczniczych. Jakikolwiek próby przerzucania odpowiedzialności za niewydolność systemu ochrony zdrowia, czy złą kondycję finansową podmiotów leczniczych w publicznym sektorze opieki zdrowotnej na pracowników medycznych są całkowicie nieuprawnione. Tego typu rozwiązania nie tylko nie poprawiają efektywności systemu, ale też mogą prowadzić do niepotrzebnych konfliktów w środowisku, co w konsekwencji będzie przekładać się również na bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów. Powyższe jest nie do pogodzenia z konstytucyjnym obowiązkiem władz publicznych zapewnienia dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej (art. 68 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej).

Okolicznością powszechnie znaną jest, że sektor ochrony zdrowia od lat boryka się z poważnymi brakami kadrowymi, również w grupie zawodowej pielęgniarek i położnych. Mając na uwadze wysoką średnią wieku pracowników w tych zawodach oraz wciąż

niewystarczającą liczbę osób wchodzących do zawodu, by wypełnić lukę wynikającą z odejść na emeryturę, wskazać należy, że ewentualne zamrożenie płac znacząco zmniejszy atrakcyjność tych zawodów, wpłynie na zwiększenie wskaźnika odejść z zawodu, zwiększy migrację zagraniczną i utrudni rekrutację młodych osób. Oczywistą konsekwencją powyższego będzie ograniczenie dostępności opieki, wzrost obciążeń pracą oraz spadek jakości i bezpieczeństwa świadczeń.

NRPiP w pełni popiera stanowisko Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych z dnia 17 listopada 2025 roku, iż ewentualne zmiany w obecnie obowiązujących zasadach ustalania wynagrodzenia w podmiotach leczniczych skutkujące faktycznym zamrożeniem wynagrodzeń, będą skrajnie niekorzystne nie tylko dla osób obecnie zatrudnionych w podmiotach leczniczych, ale również dla tych, które mogłyby podjąć pracę w placówkach ochrony zdrowia w przyszłości. NRPiP podkreśla, że wdrożenie proponowanych rozwiązań pogłębi kryzys kadrowy w ochronie zdrowia oraz znacząco przyczyni się do obniżenia jakości świadczeń w systemie ochrony zdrowia i w konsekwencji doprowadzi do narażenia pacjentów na zagrożenie zdrowia i życia.

Wynagrodzenia w ochronie zdrowia stanowią jeden z fundamentów bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów. Pielęgniarki i położne, podobnie, jak inne osoby wykonujące zawody medyczne, podejmują każdego dnia decyzje wpływające na życie pacjentów i pracują w warunkach wysokiego obciążenia fizycznego oraz psychicznego. System ochrony zdrowia, aby działać efektywnie, potrzebuje stabilnych i przewidywalnych warunków zatrudnienia. Tymczasem ewentualne zamrożenie płac nie tylko osłabia zaufanie społeczne, ale również zniechęca do rozwoju zawodowego, blokuje napływ nowych kadr i utrudnia funkcjonowanie skutecznego systemu opieki zdrowotnej.

NRPiP przypomina, że od lat to właśnie pielęgniarki i położne są grupą zawodową, na którą organy władzy publicznej usiłują przenieść ciężar odpowiedzialności za finansową niewydolność systemu i wobec której podejmowane są działania o charakterze „oszczędnościowym”. Nieprzestrzeganie norm zatrudnienia, czy nieuznawanie kwalifikacji zawodowych to codzienne praktyki w wielu podmiotach leczniczych. Organy władzy publicznej pozostają bezczynne wobec zgłaszanych przez środowisko pielęgniarek i położnych nieprawidłowości, zapominając, że ostateczną cenę wszelkich dysfunkcji w systemie ochrony zdrowia zawsze ponosi pacjent.

Mając powyższe na uwadze NRPiP stanowczo sprzeciwia się propozycjom zmian legislacyjnych, które skutkowałyby faktycznym zamrożeniem wynagrodzeń w sektorze ochrony zdrowia i w pełni popiera stanowisko Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych z dnia 17 listopada 2025 roku.

Sekretarz NRPiP



Kamilla Gólc

Prezes NRPiP



Mariola Łodzińska

Przedstawiciele Ogólnopolskiego Porozumienia Samorządów Zawodów Zaufania Publicznego spotkali się Sekretarzem Stanu w Ministerstwie Sprawiedliwości, Arkadiuszem Myrchą.

Spotkanie poświęcone było omówieniu kluczowych kwestii związanych z bezpieczeństwem oraz ochroną osób wykonujących zawody zaufania publicznego.

Podczas rozmów poruszono dwa główne zagadnienia.

Pierwszym z nich była narastająca agresja wobec przedstawicieli zawodów zaufania publicznego, zarówno w przestrzeni rzeczywistej, jak i w internecie. Uczestnicy spotkania wskazali na konieczność zdecydowanych działań wobec przypadków ataków fizycznych, gróźb oraz mowy nienawiści kierowanej do przedstawicieli tych zawodów. Minister Myrcha podkreślił, że resort sprawiedliwości dostrzega powagę problemu i podejmuje kroki zmierzające do wzmocnienia ochrony prawnej funkcjonariuszy wykonujących zawody zaufania publicznego.

Drugim tematem dyskusji była współpraca z prokuraturą w zakresie efektywnego przekazywania informacji dotyczących postępowań prowadzonych wobec członków samorządów zawodowych. Uczestnicy spotkania omówili możliwości usprawnienia obiegu informacji między organami ścigania a samorządami zawodów zaufania publicznego, tak aby w sposób sprawny i zgodny z przepisami zapewnić właściwą reakcję instytucjonalną.

Minister Myrcha podkreślił znaczenie dialogu z przedstawicielami zawodów zaufania publicznego i zapowiedział kontynuację współpracy w celu wypracowania rozwiązań systemowych służących

wzmocnieniu zaufania społecznego oraz bezpieczeństwa osób pełniących te funkcje.



Dnia 27.11.2025 r. w siedzibie Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Radomiu odbyło się warsztatowe szkolenie położnych w ramach „Programu polityki zdrowotnej w zakresie opieki poporodowej dla mieszkańców województwa mazowieckiego 2024-2026”, finansowanego przez Samorząd Województwa Mazowieckiego.

Ekspert z Centrum Medycznego w Łomiankach, będącego realizatorem programu, omówili zagadnienia związane z rolą położnej w okresie okołoporodowym, laktacją, współpracą z fizjoterapeutą uroginekologicznym oraz pierwszą pomocą w stanach zagrożenia życia noworodka. Uczestniczki miały możliwość ćwiczenia praktycznych umiejętności i wymiany doświadczeń zawodowych. W spotkaniu uczestniczyło 30 położnych zrzeszonych w naszej Izbie. Wszystkie uczestniczki otrzymały certyfikaty potwierdzające udział w szkoleniu.

Zdobyta wiedza i umiejętności przyczynią się do dalszego podnoszenia jakości opieki poporodowej nad matką i noworodkiem w województwie mazowieckim.

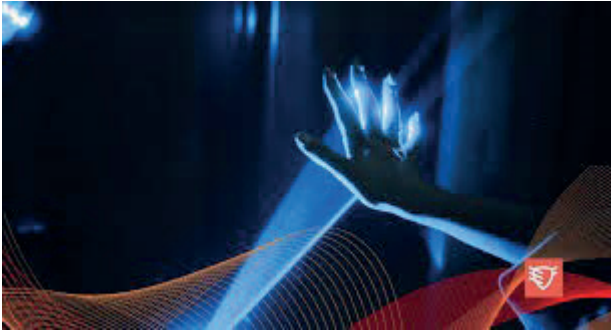
Program szkolenia:

- „Położna przewodnikiem w okresie okołoporodowym” - mgr Magdalena Drewnowska-Wodyczko (doradca laktacyjny, położna, pielęgniarka),
- „Współpraca położnej z fizjoterapeutą uroginekologicznym” - mgr Joanna Zagórska (fizjoterapeuta uroginekologiczny),
- „Pierwsza pomoc w zagrożeniach życia noworodka” - mgr Dorota Osipiak (ratownik medyczny).



Światło nocą szkodzi sercu. Naukowcy ostrzegają przed skutkami zaburzenia rytmu dobowego

Źródło: nursing.com.pl



Ekspozycja na światło w godzinach nocnych może znacząco zwiększać ryzyko chorób serca i układu krążenia – ostrzegają naukowcy. Wskazują oni, że niekorzystne skutki zdrowotne niesie nie tylko zbyt duża ilość światła nocą, ale także jego niedobór w ciągu dnia.

Światło nocą a ryzyko chorób serca

Badacze przeanalizowali dane pochodzące z projektu **UK Biobank**, obejmujące aż 9,5 roku obserwacji. Uczestnicy – prawie 90 tys. osób po 40. roku życia – przez tydzień nosili czujniki monitorujące ekspozycję na światło. W sumie zgromadzono ponad 13 milionów godzin pomiarów.

„W tym kohortowym badaniu ekspozycja na światło nocne była istotnym czynnikiem ryzyka rozwoju chorób sercowo-naczyniowych u osób dorosłych powyżej 40. roku życia. Wyniki te sugerują, że oprócz obecnie stosowanych działań profilaktycznych, unikanie światła w nocy może być skuteczną strategią zmniejszania ryzyka schorzeń układu krążenia” – piszą autorzy publikacji.

Wyniki analizy są jednoznaczne – osoby najbardziej narażone na światło w nocy miały:

- o **32% wyższe ryzyko choroby wieńcowej**,
- o **47% wyższe ryzyko zawału serca**,
- o **56% wyższe ryzyko niewydolności serca**,
- o **32% wyższe ryzyko migotania przedsionków**,
- oraz o **28% wyższe ryzyko udaru mózgu**, w porównaniu z uczestnikami o najniższej ekspozycji.

Zależność była silniejsza u kobiet (dla choroby wieńcowej i niewydolności serca) oraz u młodszych uczestników badania (dla niewydolności serca i migotania przedsionków). Co istotne, powiązania te utrzymywały się niezależnie od innych czynników ryzyka, takich jak aktywność fizyczna, dieta, palenie, spożycie alkoholu, sen, status społeczno-ekonomiczny czy uwarunkowania genetyczne.

Światło a rytm dobowy – mechanizm szkodliwego wpływu

Naukowcy wskazują, że kluczową rolę w obserwowanych zależnościach odgrywa **zaburzenie rytmu dobowego**, który jest ściśle powiązany z działaniem światła na organizm. Rytm ten reguluje wiele procesów fizjologicznych, m.in. ciśnienie tętnicze, krzepliwość krwi, pracę naczyń, wydzielanie kortyzolu, adrenaliny i noradrenaliny, a także tętno, metabolizm glukozy czy reakcje zapalne.

Jak zauważają badacze, **krótkotrwałe zakłócenia rytmu dobowego** mogą powodować wzrost krzepliwości krwi, przyspieszenie tętna, podwyższenie ciśnienia oraz silniejsze stany zapalne. **Długotrwałe zaburzenia** prowadzą natomiast do włóknienia i przerostu mięśnia sercowego, osłabienia jego kurczliwości i zwiększonego ryzyka niewydolności.

„Dane epidemiologiczne wskazują np. na zwiększone ryzyko występowania niebezpiecznych zdarzeń sercowo-naczyniowych, choroby wieńcowej, niewydolności serca, migotania przedsionków oraz zgonów z przyczyn sercowo-naczyniowych u osób pracujących w systemie zmianowym, które przez długi czas są narażone na zaburzenia rytmu dobowego” – podkreślają autorzy.

Za dużo światła nocą, za mało za dnia – ryzyko przedwczesnej śmierci

Ten sam zespół badawczy przeprowadził kolejną analizę, tym razem skupioną na zależności między ekspozycją na światło a ryzykiem

zgonu. Wyniki pokazały, że **światło dzienne chroni**, natomiast **światło nocne szkodzi**.

Osoby, które w ciągu dnia otrzymywały najwięcej naturalnego światła, miały aż o **34% niższe ogólne ryzyko zgonu** w porównaniu z uczestnikami o najniższej ekspozycji. Z kolei osoby najbardziej narażone na światło nocą charakteryzowały się o **21–34% wyższym ryzykiem zgonu**.

Dodatkowo, u osób z nieregularnym rytmem dnia i nocy ryzyko śmierci było wyższe o 4–10%, a zarówno wcześniejsza, jak i późniejsza faza rytmu dobowego zwiększała je odpowiednio o 16–30% i 13–20%.

Badacze zwrócili uwagę, że różnice w natężeniu światła w dzień i w nocy, a także tzw. **amplituda rytmu dobowego**, szczególnie silnie przewidywały zgony z przyczyn kardiometabolicznych.

„Ograniczanie ekspozycji na światło nocą, zwiększanie ilości światła w ciągu dnia oraz utrzymywanie regularnego rytmu światła i ciemności, który wzmacnia rytm dobowy, może sprzyjać zdrowiu sercowo-metabolicznemu i długowieczności” – podsumowują autorzy badań.

Niebezpieczne światło z ulicznych lamp

Na negatywny wpływ światła nocnego zwracają uwagę także eksperci z **Barcelona Institute for Global Health (ISGlobal)**. Ich badania, obejmujące prawie 10 tys. mieszkańców Barcelony, potwierdziły, że **sztuczne oświetlenie zewnętrzne** może zwiększać ryzyko chorób sercowo-metabolicznych.

Naukowcy, korzystając z danych satelitarnych i medycznych z ponad 6,5 roku, porównali osoby mieszkające w rejonach o różnym poziomie oświetlenia. Okazało się, że uczestnicy z jaśniejszych obszarów mieli:

- o **9% wyższe ryzyko nadciśnienia**,
- o **29% wyższe ryzyko otyłości**,
- o **17% większe ryzyko podwyższonego cholesterolu** w porównaniu z osobami mieszkającymi w ciemniejszych rejonach miasta.

„Podsumowując – nasze badanie dostarcza dowodów sugerujących, że ekspozycja na sztuczne światło zewnętrzne w nocy wiąże się ze zwiększonym ryzykiem chorób sercowo-metabolicznych. Potencjalnie pośredniczy w tym zaburzenie rytmu dobowego” – stwierdzają autorzy.

Higiena świetlna – nowy element profilaktyki zdrowego serca

Wnioski z badań są jednoznaczne: utrzymanie zdrowego rytmu światła i ciemności może być równie ważne dla serca, jak odpowiednia dieta, aktywność fizyczna czy sen. Ograniczenie ekspozycji na światło nocą – zwłaszcza z ekranów i oświetlenia zewnętrznego – oraz dbanie o codzienny kontakt z naturalnym światłem dziennym staje się nowym elementem tzw. **higieny świetlnej**.



Te błędy utrudniają komunikację z pacjentem. Sprawdź, czego unikać

Źródło: www.adamed.expert



Pacjent oczekuje od pielęgniarki uważności, uczciwości i autentyczności. Maskowanie swoich prawdziwych intencji, stosowanie gier i udawanie, powodują jego brak zaufania do średniego personelu medycznego. Jeżeli pielęgniarka w momencie zetknięcia się z pacjentem jest w stosunku do niego nastawiona życzliwie, przyjaźnie, uczciwie, wówczas bariera, która mogła wydać się nie do pokonania - przestaje istnieć.

Barieri blokujące komunikację pielęgniarki

Relacja pielęgniarka-pacjent należy do jednych z najtrudniejszych w systemie opieki zdrowotnej. Warto już na starcie poznać najczęściej popełniane błędy przez personel medyczny, aby uniknąć nieporozumień utrudniających późniejszą komunikację.

Za prawidłową komunikację na linii pielęgniarka – pacjent odpowiedzialne są zawsze obie strony. Niemniej jednak sytuacja, w której znajduje się osoba chora wymaga od personelu medycznego dużej dozy empatii i zadbania o prawidłowy przebieg relacji z pacjentem. Kiedy to pacjent przejawiać opór i brak gotowości do współpracy, pielęgniarka powinna pamiętać, że najczęściej zachowania te nie godzą w jej osobą, lecz są przejawem przeżywanych przez chorego silnych emocji.

Te zachowania uderzają w godność pacjenta

Trudności w relacjach komunikacyjnych na linii pielęgniarka-pacjent nie należą do rzadkości. Część z nich wynika z postaw, jakie już na początku relacji przyjmuje personel medyczny w celu utrudnienia lub uniemożliwienia pacjentowi zadawania pytań. Należą do nich:

- posługiwanie się językiem ściśle medycznym, uniemożliwiając w ten sposób pacjentowi udział w rozmowie
- informowanie pacjenta o tym, że ma się dużo pracy
- ciche rozmowy o stanie zdrowia pacjenta pomiędzy personelem medycznym, ignorowanie pytań chorego
- opuszczanie sali chorych bez uprzedzenia.

Zachowania te świadczą o braku zainteresowania pacjentem, lekceważeniu jego uczuć i potrzeb.

Mowa ciała i trudności werbalne

Odrębną kategorią błędów są komunikaty niewerbalne. Ponieważ pacjent zwykle bardzo dokładnie obserwuje personel medyczny, mimika i mowa ciała mogą budzić u niego lęk i negatywne emocje. Komunikację pielęgniarki z pacjentem szczególnie zaburzają:

- błędy jatrogenne wynikające z czynności leczniczych lub pielęgnacyjnych. Pierwsze związane są z udzielania informacji niewystarczających lub nieudzielania ich wcale, drugie z udzielania informacji wywołujących silne negatywne emocje.
- trudności w interpretacji przekazu. Występują wtedy, gdy intencje pielęgniarki przekazującej informacje nie są zrozumiałe dla chorego lub jego bliskich.

Innym rodzajem trudności jest problem ze zrozumieniem wypowiadanych słów. Zwykle pojawia się on wtedy, gdy pielęgniarka

mówi niewyraźnie, posługuje się gwarą lub żargonem. Bywa i tak, że sam komunikat jest wypowiedziany jasno i wyraźnie, ale hałas, czy samo miejsce, w którym jest przekazywany utrudniają jego odbiór.

Inne błędy

Istnieją też inne błędy popełniane przez pielęgniarkę w kontakcie z pacjentem. Zalicza się do nich:

- Bronienie się. Zwykle przejawiają się w słownej wrogości do pacjenta, niesłuchaniu go, nieodpowiadaniu na pytania.
- Doradzanie pacjentowi. Jeśli jest zbyt częste i podawane w kategorię sposób, np. „zrób tak” może wpłynąć niekorzystnie na zaufanie do pielęgniarki.
- Fałszywe zapewnienie, czyli mówienie nieprawdy, wyrażane w słowach „wszystko będzie dobrze”. Zdarza się najczęściej wówczas, gdy pacjent jest ciężko chory.
- Ganieńnię pacjenta. Ma miejsce wtedy, gdy pacjent zachowuje się niewłaściwie np. przy przyjęciu do szpitala. Taka postawa nie wpływa pozytywnie na zmianę zachowania chorego, ale może wpłynąć ujemnie na ich relacje.
- Głuche milczenie. Chodzi tu o używanie tzw. blokad komunikacyjnych, poprzez zadawanie zamkniętych pytań, udzielanie rad i proponowanie rozwiązania.
- Niewłaściwe zadawanie pytań. Zwykle wyraża się w zadawaniu wielu pytań naraz, często w formie zamkniętej.
- Patronowanie. To traktowanie pacjenta nie jako partnera, np. zwracanie się do starszych osób: „dziadku”, „babciu”.
- Sugerowanie odpowiedzi. To podpowiadanie pacjentowi, co ma powiedzieć, np. „to nie boli, prawda?”. Takie działanie ogranicza pacjentowi swobodny wybór.
- Zmienianie tematu, który podjął pacjent. Zwykle zachowanie to pojawia się wtedy, gdy temat jest dla pielęgniarki krępujący.



Przywództwo w pielęgniarstwie

Źródło: www.adamed.pl Expert

Pielęgniarstwo to ciągle zmieniający się i pełen wyzwań zawód, wymagający stałej obecności aktywnych liderów gotowych do wdrażania zmian oraz motywowania środowiska. Z tego powodu identyfikacja kompetencji oraz ich rozwój to ogromne wyzwanie stojące przed środowiskiem pielęgniarskim. Chociaż przywództwo to zjawisko występujące od początków naszej cywilizacji, to nadal jest ono niedostatecznie zbadane i poznane. Złożoność zjawiska przywództwa wpływa na to, że dziś nie znajdziemy jednej, w pełni obrazującej definicji czy kompletnej teorii oddającej charakter określenia słowa „przywództwo” - leadership.

Czym jest przywództwo odnoszące się do zawodu pielęgniarki? Jaką rolę i jakie znaczenie przypisuje się liderom dla rozwoju pielęgniarstwa, ale też codziennej i mozolnej pracy z pacjentem? Jak przywództwo zmieniło nasz zawód, ale także jak nasz zawód wpływa na przywództwo? O tym przeczytacie właśnie w tym artykule.

Najważniejszy cel - opieka skoncentrowana na osobie.

Najważniejszym i nadrzędnym celem w pracy pielęgniarki, niezależnie od miejsca zatrudnienia czy specjalizacji, jest opieka skoncentrowana na osobie. Realizacja tego celu jest możliwa dzięki odpowiedniej identyfikacji, zapewnieniu wsparcia oraz umożliwieniu rozwoju przyszłym liderom pielęgniarstwa. Warto nadmienić, że leadership może przyjmować zarówno negatywną jak i pozytywną formę, dlatego ważne jest aby identyfikować i hamować negatywnych liderów, natomiast wychwytywać i wspierać osoby pełniące rolę pozytywnych przywódców.

Pielęgniarka-lider vs pielęgniarka-zarządzająca

W całej dyskusji na temat przywództwa, która toczy się w naszym zawodzie, bardzo ważnym jest, aby rozróżnić tematy zarządzania i przywództwa, które nie są synonimiczne. Występują istotne różnice pomiędzy pielęgniarką-liderem, a pielęgniarką-koordynatorem. Mówiąc o pielęgniarkach/pielęgniarskich-liderach mamy na myśli osoby, które są pionierami we wprowadzaniu zmian w nowych sytuacjach i wskazują drogę swoim współpracownikom czy środowisku zawodowemu, którą powinni podążać. Pielęgniarka/pielęgniarska-zarządzająca zajmuje się kontrolowaniem obecnej, zastanej sytuacji i ich działania skupiają się na utrzymaniu obecnego stanu. Znaczącą różnicą jest również sposób wyznaczania liderów i zarządzających. Liderami stają się osoby, które stanowią naturalny autorytet, który został wypracowany swoją wiedzą, postawą, doświadczeniem lub umiejętnością do motywowania i zarządzania procesem zmiany. Zarządzający natomiast zostają wybrani w przez ogórne procedury. Różne zadania i role liderów i osób zarządzających, to nie podstawa to stawiania owych ról w charakterze priorytetów czy opozycji, ale chęć scharakteryzowania i ukazania różnic z pełnionych przez nich zadaniach. Liderzy często do wprowadzania zmian potrzebują osób zarządzających, które od strony organizacyjnej pomogą w koordynowaniu wdrażania nowego projektu.

Leadership zaczyna się przy łóżku pacjenta

Przywództwo w pielęgniarstwie zaczyna się w codziennej pracy przy łóżku pacjenta. To właśnie osoby mające predyspozycje do pełnienia funkcji lidera, rozwijając je i doskonaląc swoje umiejętności oraz zdobywając doświadczenie, mogą zauważać obszary które wymagają zmian, a następnie szukać rozwiązań i je wprowadzać, wpływając tym samym pozytywnie na proces pielęgnacji i leczenia pacjenta. Co kluczowe - nikt nie rodzi się liderem, a raczej staje się nim w wyniku własnej ewolucji, która zachodzi pod postacią interakcji z innymi członkami zespołu terapeutycznego czy nabywaniem doświadczenia. Przy obecnie panującym na całym świecie niedoborze personelu pielęgniarskiego, wychwytywanie nowych przywódców jest kluczową kwestią, zapewniającą rozwój zawodu oraz dostosowanie do szybkiego tempa rozwoju medycyny. Istnieje potrzeba kształcenia w zakresie przywództwa środowiska pielęgniarskiego, ale także ułatwienia działania liderów w miejscach pracy. Właśnie w tym miejscu warto podkreślić wysoką istotność współpracy na linii lider-zarządzający, która może pomóc i usprawnić proces wprowadzania zmian oraz świadczenia usług na najwyższym poziomie, zgodnym z aktualnym stanem wiedzy. Problemem, który może występować w tym aspekcie jest prawidłowa i adekwatna identyfikacja liderów, w odniesieniu do tematu przywództwa negatywnego oraz pozytywnego. Często za liderów uznawane są osoby mające negatywny wpływ na zespół.

Pozytywny lider, czyli...

W takim wypadku powstaje pytanie, jakie cechy powinien mieć pozytywny lider pielęgniarstwa? Aby wpływać za zespół i środowisko pielęgniarskie, motywować do wprowadzania zmian i podążać z zespołem w tym procesie, liderzy powinni cechować się wieloma umiejętnościami zarówno z zakresu umiejętności twardych jak i umiejętności miękkich. Pielęgniarka-lider, powinna posiadać aktualną wiedzę kliniczną, a także swobodnie poruszać się w obszarze interpretacji oraz wyszukiwania doniesień naukowych. Jednak w środowisku, znajdziemy wiele osób posiadających właśnie te umiejętności, ale nadal nie będących liderami pielęgniarstwa. Wynika to z tego, że idealny lider-pielęgniarski powinien posiadać także zespół cech i umiejętności miękkich i jedynie w momencie kiedy za doświadczeniem, wiedzą kliniczną oraz swobodą w poruszaniu się w obszarze badań naukowych idzie umiejętność komunikacji, motywowania, empatii - możemy liczyć na stworzenie roli lidera. Poczucie współpracy i przynależności do zespołu, kreatywność i innowacyjność, pewność siebie oraz umiejętność rozmowy i aktywnego słuchania są kluczowe do zapewnienia skutecznej relacji na poziomie lider-zespół.

Kluczowe umiejętności lidera

Istnieje kilka stylów przywództwa w pielęgniarstwie, jednak niezależnie od obranego kierunku, liderzy powinni charakteryzować się także umiejętnościami krytycznego myślenia, które jest niezbędne we wdrażaniu zmian. Połączenie doniesień naukowych z praktyką, zawsze wymaga rozważenia wielu aspektów i odniesienia do sytuacji, przewidując jednocześnie skutki działań. Kolejną kluczową i uniwersalną cechą lidera powinna być także elastyczność i wysoki poziom rezyliencji oraz umiejętność do adaptacji w nowych sytuacjach.

Możesz zostać liderem niezależnie od miejsca pracy

Warto podkreślić także, iż przywództwo w pracy pielęgniarki/pielęgniarskiej może rozwijać oraz realizować każda pielęgniarka, niezależnie od miejsca pracy oraz poziomu zatrudnienia. W każdym miejscu istnieje ogromna potrzeba na wprowadzanie zmian, mentorowanie, edukowanie i promowanie dobrych postaw. Niezależnie od tego, czy pracujemy w dużym szpitalnym zespole czy prowadzimy indywidualną praktykę pielęgniarską. Każda z pielęgniarek może rozwijać zdolności przywódcze, podejmując swoje codzienne wyzwania zawodowe.

Jeśli zastanawiasz się jak rozwijać swoje zdolności przywódcze, zastanów się na tych pytaniach:

- co oznacza dla mnie przywództwo w pielęgniarstwie i co wiem na

jego temat?

- jakie mam możliwości przywództwa w swoim miejscu pracy?
- z jakich źródeł naukowych mogę korzystać i z jakich korzystam, aby zwiększać moją
- wiedzę kliniczną?
- czy mam cechy, które posiadają pozytywni liderzy?

Być może odpowiedź na te pytania pozwoli skierować się na odpowiednią drogę, a może już na tej drodze jesteś. Warto pamiętać, iż niezależnie od tego czy pełniimy rolę formalnego czy nieformalnego lidera w swoim zespole, to każdy z nas może być liderem dla samego siebie, motywując się i prowadząc proces samoedukacji, co bezpośrednio wpływa na poprawę opieki skoncentrowanej na osobie i rodzinie.

Chociaż cały tekst może wydawać się abstrakcją, kiedy przykłada się go do obrazu współczesnego środowiska pielęgniarskiego, należy mieć na uwadze, jedno proste zdanie - „nie ma zmian bez zmian”. To właśnie liderzy dają szansę na realną poprawę w naszym zawodzie i pomimo tego, że z pewnością przywództwo wymaga wiele wysiłku, a przed nami jeszcze wiele lekcji do odrobienia w tym temacie, to warto angażować się, pamiętając, że kropla draży skałę. Nikt nie zrobi tego za nas. Personel pielęgniarski odgrywa istotną rolę w całym systemie opieki zdrowotnej, a ich przywództwo bezpośrednio wpływa na poprawę jakości świadczonej opieki oraz stanowi niekwestionowane źródło satysfakcji z wykonywanej pracy.



Opiekunowie i ratownicy nie zastąpią pielęgniarek

Źródło: www.adamed.expert

Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych wraz z Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Pielęgniarek i Położnych, Polskim Towarzystwem Pielęgniarskim oraz Polskim Towarzystwem Położnych wydały wspólne stanowisko w sprawie propozycji Związku Województw RP dotyczącej zmiany minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych.

Zdecydowany sprzeciw wobec obniżenia norm

Środowisko pielęgniarek i położnych wyraziło stanowczy sprzeciw wobec inicjatywy Zarządu Związku Województw Rzeczypospolitej Polskiej, która zakłada zmianę minimalnych norm zatrudnienia określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia. Organizacje zwracają się wprost do Ministra Zdrowia oraz Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia o odrzucenie tej inicjatywy.

Naruszenie wieloletnich zobowiązań

Realizacja propozycji Związku Województw spowodowałaby rażące naruszenie przez Ministerstwo Zdrowia i NFZ „Polityki Wieloletniej Państwa na rzecz Pielęgniarstwa i Położnictwa w Polsce”, stanowiącej załącznik do Uchwały nr 124/2019 Rady Ministrów. Dokument ten podkreśla, że liczba i kwalifikacje zawodowe pielęgniarek w istotnym wymiarze wpływają na wysoką jakość świadczeń zdrowotnych, bezpieczeństwo pacjentów i wskaźnik śmiertelności.

Normy minimalne nie mogą być obniżane

Normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych określone przepisami mają charakter jedynie norm minimalnych – najniższych, jakich nie można naruszyć z uwagi na konieczność zapewnienia bezpieczeństwa pacjentów i podstawowej opieki pielęgniarskiej oraz położniczej.

Organizacje ostrzegają, że zmniejszanie norm zatrudnienia prowadzi do:

- zagrożenia dla bezpieczeństwa pacjentów, zwłaszcza w oddziałach o dużej rotacji,
- niemożności zapewnienia ciągłości opieki pielęgniarskiej,

- niewystarczającej liczby personelu w sytuacjach zwiększenia liczby hospitalizowanych.

Opiekunowie i ratownicy nie zastąpią pielęgniarek

Zgodnie z ustawą o zawodach pielęgniarki i położnej, wykonywanie zawodu polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych wymagających wiedzy i umiejętności medycznych, w tym rozpoznawaniu potrzeb zdrowotnych, planowaniu i realizacji opieki oraz samodzielnym podejmowaniu decyzji w zakresie kompetencji zawodowych.

Stanowisko wyraźnie podkreśla, że ratownik medyczny udziela świadczeń w ramach ratownictwa medycznego głównie w stanach zagrożenia zdrowia, a opiekun medyczny wykonuje czynności pomocnicze w zakresie higieny i podstawowego wsparcia – żaden z tych zawodów nie może zastępować pielęgniarki lub położnej w zakresie świadczeń medycznych.

„Żaden z tych zawodów nie może zastępować pielęgniarki lub położnej w zakresie świadczeń medycznych, ani też nie może być wliczany do norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych (...). Stanowczo sprzeciwiamy się wszelkim próbom zastępowania pielęgniarek i położnych opiekunami medycznymi lub ratownikami medycznymi. Zgodnie z obowiązującym prawem i zakresem kompetencji zawodowych, pielęgniarka/położna wykonuje samodzielne czynności medyczne wymagające wiedzy, odpowiednich kwalifikacji z uwzględnieniem odpowiedzialności zawodowej” – czytamy we wspólnym stanowisku organizacji.

Propozycja nie do przyjęcia

W podsumowaniu organizacje podkreślają, że propozycja Zarządu Związku Województw RP w zakresie zamiennego przeliczania etatów pielęgniarek i położnych nie ma podstaw merytorycznych i prawnych. Autorzy stanowiska pytają retorycznie: czy propozycje te mają taką samą wartość jak pytanie, ile pielęgniarek zastąpi jednego lekarza?

Środowisko podkreśla, że właściwa obsada pielęgniarek i położnych gwarantuje bezpieczną hospitalizację i ogranicza zdarzenia niepożądane, czego dowodzą liczne polskie i światowe badania naukowe.

Dlaczego pielęgniarki nie chcą pracować w szkołach? Co jest do zmiany, a co nie? Prezes NRPIP odpowiada

Źródło: www.adamed.expert



W obliczu narastających wyzwań zdrowotnych wśród dzieci i młodzieży **rola pielęgniarek szkolnych zyskuje na znaczeniu** - stają się one kluczowym ogniwem w systemie. Pracy dla nich nie brakuje, ale chętnych do jej podjęcia już tak. I wcale nie chodzi tylko o kwestię wynagrodzeń. O obowiązkach pielęgniarek szkolnych, o tym, co sprawia, że pielęgniarki nie chcą pracować w szkołach, o ich postulatach Adamed Expert rozmawia z **Mariolą Łodzińską, prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych. Izabela Rzepecka-Sarota, Adamed Expert: Pielęgniarka szkolna a higienistka szkolna – wiele osób między tymi pojęciami stawia znak równości. Tymczasem wcale nie powinno go tam być. Dlaczego?**

Mariola Łodzińska, prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych: - Higienistka szkolna to osoba, która posiada wykształcenie średnie medyczne (w poprzednim systemie edukacji) w zawodzie higienistki szkolnej. I chociaż też realizuje opiekę zdrowotną nad uczniami w szkołach, nie można zamiennie stosować tytułów pielęgniarki szkolnej oraz higienistki szkolnej, gdyż pielęgniarka w toku kształcenia zawodowego przeddyplomowego i poddyplomowego nabywa niewspółmiernie wyższe kwalifikacje.

Zgodnie z obowiązującymi przepisami pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania to pielęgniarka...

- ... która posiada tytuł zawodowy magistra pielęgniarstwa lub posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa środowiska nauczania i wychowania, lub ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa środowiska nauczania i wychowania, lub posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego lub pediatrycznego zdobyty po ukończeniu szkolenia specjalizacyjnego rozpoczętego po 23 sierpnia 2015 roku, lub odbywa szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego lub pediatrycznego - z którą Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej albo która jest zatrudniona lub wykonuje zawód u świadczeniodawcy, z którym Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, realizując opiekę zdrowotną nad uczniami w szkołach. Musiało to wybrzmieć, by jasno wskazać, że opiekę zdrowotną nad uczniami sprawują osoby posiadające odpowiednie kwalifikacje i uprawnienia.

Pielęgniarką środowiska nauczania i wychowania może być również pielęgniarka, która posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego lub pediatrycznego uzyskany po ukończeniu szkolenia specjalizacyjnego rozpoczętego przed 23 sierpnia 2015 roku, lub położna, która ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa środowiska nauczania i wychowania albo równoważny oraz posiada co najmniej pięcioletni staż pracy w środowisku nauczania i wychowania.

W społecznej świadomości pielęgniarka szkolna funkcjonuje jako osoba udzielająca pomocy jedynie w przypadku drobnych dolegliwości. Mam na myśli m.in. bóle brzucha, bóle głowy, niewielkie urazy. Tymczasem jej rola wykracza daleko poza doraźną opiekę. Co należy do jej obowiązków? Co pomijamy, o czym zapominamy?

- Zadania pielęgniarki szkolnej to znacznie szerszy katalog możliwości. Wynikają one wprost z rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej. Obejmują swoim zakresem m.in. wykonywanie

i interpretowanie testów przesiewowych, kierowanie postępowaniem poprzysiewowym oraz sprawowanie opieki nad uczniami z dodatnimi wynikami testów, czynne poradnictwo dla uczniów z problemami zdrowotnymi, sprawowanie opieki nad uczniami z chorobami przewlekłymi i niepełnosprawnością, udzielanie pomocy przedlekarskiej w przypadku nagłych zachorowań, urazów i zatrąć, po doradztwo dla dyrektora szkoły w sprawie warunków bezpieczeństwa uczniów, organizacji posiłków i warunków sanitarnych w szkole.

O jakim wymiarze czasu pracy i jakiej liczbie uczniów pod opieką tu mówimy?

- Czas pracy pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania wynika z przepisów zawartych we wspomnianym już rozporządzeniu i wymaga dostępności od poniedziałku do piątku, w dniach i godzinach dostępności świadczeń. Zależy to od warunków umowy zawartej z NFZ, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy, z uwzględnieniem norm dotyczących zalecanej liczby uczniów na jedną pielęgniarkę lub higienistkę szkolną. Ta dostępność zależy również od typu szkoły. Liczba uczniów na etat przeliczeniowy wynosi 880-1100. Nieco inaczej jest w przypadku szkół specjalnych, gdzie liczba uczniów na jedną pielęgniarkę zależy od stopnia niepełnosprawności uczniów oraz specyfiki danej szkoły i powinna być ustalana indywidualnie przed zawarciem umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Czy na jedną pielęgniarkę szkolną nie przypada za dużo uczniów?

- Pielęgniarki szkolne wielokrotnie podnosiły tę kwestię. Trudno w chwili obecnej oszacować, jaka liczba byłaby optymalna z uwagi na rosnące problemy zdrowotne uczniów i zwiększone zapotrzebowanie na opiekę pielęgniarską, wynikające m.in. z problemów związanych ze zdrowiem psychicznym czy coraz to nowych uzależnień wśród młodzieży. W ocenie zarówno rodziców, dyrekcji, ale i samych pielęgniarek byłoby idealnie, gdyby była ona dostępna dla dzieci i młodzieży w szkołach codziennie, odpowiednio do ich obecności w szkole zgodnie z planem zajęć lekcyjnych, jednak należy poważnie zastanowić się i dokonać analizy, nad iloma uczniami powinna sprawować wtedy opiekę.

W obliczu narastającej epidemii chorób cywilizacyjnych wśród dzieci i młodzieży, narastającej liczby przypadków zaburzeń psychicznych oraz nowych form uzależnień, o których pani wspomniała, rola pielęgniarki szkolnej nabiera szczególnego znaczenia. Tymczasem, jak państwo podnoszą, w szkołach pielęgniarek jest coraz mniej, rośnie średnia ich wieku, odchodzą na emeryturę, a chętnych do ich zastąpienia nie widać. Dlaczego?

- To prawda, średnia wieku pielęgniarek w szkole jest zdecydowanie wyższa niż średnia wieku pielęgniarek w Polsce, która w chwili obecnej dobiega 55,5 lat. Z pewnością wynagrodzenia wynikające z kontraktowania świadczeń mogłyby być wyższe, ponieważ pielęgniarki szkolne utrzymują się z finansowania przez NFZ na podstawie zawartych kontraktów, a zbyt niska wycena ma wpływ na ostateczny wymiar finansowy. Nie można też zapominać, że pielęgniarka zatrudniona w środowisku nauczania i wychowania jest zdana wyłącznie na swoją wiedzę, doświadczenie i umiejętności, na podstawie których musi podejmować samodzielne decyzje. Jej praca wiąże się z ogromną odpowiedzialnością. Ponadto brak jednolitej i obowiązującej dokumentacji elektronicznej nie jest sprzymierzeńcem w pozyskaniu młodych kadr, dla których dokumentacja papierowa to archaizm.

Do tego ostatniego wątku jeszcze przejdziemy, bo niedługo wejdą w życie pewne zmiany. Muszę zapytać w tym miejscu o coś innego. Jakie działania, pani zdaniem, mogłyby sprawić, że więcej pielęgniarek zechce pracować w szkołach?

- Na pewno zmiana wyceny świadczeń realizowanych w oparciu o świadczenia gwarantowane w środowisku nauczania i wychowania, które mają bezpośrednie przełożenie na wysokość wynagrodzenia. To coś, co należy zmienić i o czym jako środowisko pielęgniarskie mówimy od dłuższego czasu. Czekamy też na nowelizację stawki kapitałowej za świadczenia pielęgniarki szkolnej i profilaktyki fluorkowej. Poza tym na zmniejszenie liczby uczniów przypadających na pielęgniarkę, oczywiście w zależności od typu szkoły.

Pielęgniarki szkolne mówią także o innych, codziennych przeszkodach.

- Problemem są ograniczone kompetencje w realizacji świadczeń, rezygnacja rodziców z opieki pielęgniarskiej nad uczniem, rosnące oczekiwania wobec pielęgniarek wykraczające poza ich możliwości wynikające z ze świadczeń gwarantowanych, brak aktualizacji

programów szkoleń specjalizacyjnych i kursów. Zmiana, która się dokonuje, to zmiana sposobu prowadzenia dokumentacji medycznej ucznia.

To będzie jeden z tych elementów, który usprawni pracę?

- Tak, bo wreszcie wartościowe dane zostaną wykorzystane do tworzenia programów profilaktycznych skrojonych na potrzeby regionu. Ale nie wszyscy będą z niej zadowoleni. Średnia wieku pielęgniarek szkolnych jest wysoka, możliwości cyfrowe w tej grupie są mniejsze. Im może ona sprawiać trudności.

Dokonać mają się też inne zmiany. Ministerstwo Zdrowia chce rozszerzyć uprawnienia do sprawowania opieki zdrowotnej nad uczniami. Które pielęgniarki je uzyskają?

- W projekcie ustawy o opiece zdrowotnej nad uczniami pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania będzie także pielęgniarką, która posiada tytuł zawodowy licencjata pielęgniarstwa i co najmniej rok doświadczenia w wykonywaniu zawodu, pod warunkiem, że w okresie dwóch lat od rozpoczęcia sprawowania profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami ukończy kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa środowiska nauczania i wychowania lub kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego lub pediatrycznego.

A co z położnymi?

- Zgodnie z projektem ustawy o zmianie ustawy o opiece zdrowotnej nad uczniami położne, które ukończą kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa środowiska nauczania i wychowania

będą mogły pracować w środowisku nauczania i wychowania bez konieczności posiadania pięcioletniego stażu pracy w szkole. W aktualnie obowiązującej ustawie o opiece zdrowotnej nad uczniami od lat jest zapis, że pielęgniarką środowiska nauczania i wychowania może być także położna, która ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa środowiska nauczania i wychowania albo równoważny oraz posiada co najmniej pięcioletni staż pracy w środowisku nauczania i wychowania.

Kontrowersje budzą inne zmiany. Wiem, że chętnie by je pani usunęła z projektu.

- Z projektu należy wykreślić zaproponowane zmiany dotyczące wprowadzenia zawodu opiekuna medycznego do realizacji profilaktycznej opieki nad uczniami. Opiekun medyczny w toku kształcenia zawodowego absolutnie nie jest przygotowany do realizacji świadczeń gwarantowanych pielęgniarki szkolnej, zgodnie z rozporządzeniem w sprawie świadczeń gwarantowanych w podstawowej opiece zdrowotnej. Opiekun medyczny w toku kształcenia nabywa umiejętności do realizowania świadczeń higieniczno-opiekuńczych lub pielęgnacji lub wykonywania niektórych czynności pod nadzorem pielęgniarki, położnej lub podstawowej lekarza. Szkoła jest miejscem realizacji świadczeń, gdzie należy podejmować samodzielne decyzje, a opiekun medyczny nie należy do samodzielnych zawodów medycznych. Zadań pielęgniarki szkolnej nie może realizować też ratownik medyczny, który jest kształcony wyłącznie w zakresie ratownictwa medycznego.



Informacja dla pielęgniarek środowiska nauczania i wychowania oraz higienistek szkolnych pracujących w obszarze profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami.

W imieniu Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych OIPIP w Radomiu przekazuje informację o realizacji projektu Szkolenia w zakresie cyfryzacji dokumentacji medycznej w profilaktycznej opiece zdrowotnej nad uczniami, prowadzonego przez Ministerstwo Zdrowia — Beneficjenta projektu, we współpracy z Centrum e-Zdrowia.

Celem przedsięwzięcia jest podniesienie kompetencji cyfrowych pielęgniarek środowiska nauczania i wychowania oraz higienistek szkolnych sprawujących profilaktyczną opiekę zdrowotną nad uczniami, zgodnie z ustawą z dnia 12 kwietnia 2019 r. o opiece zdrowotnej nad uczniami.

Szkolenia będą ukierunkowane na nabycie i doskonalenie umiejętności korzystania z funkcjonalności Aplikacji Usługodawców i Aptek, niezbędnych do prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej, która od września 2027 r. całkowicie zastąpi dotychczasową dokumentację papierową. Planowany efekt projektu to podniesienie kompetencji 3600 osób.

Szkolenia będą realizowane w formule zdalnej oraz stacjonarnej — według wyboru uczestnika, w małych, ok. 10-osobowych grupach.

Dojazd oraz wyżywienie w ramach szkoleń stacjonarnych będą finansowane z projektu.

Rejestracja odbywa się za pośrednictwem Platformy rejestracyjnej Akademii Cez. Rejestracja na szkolenie online możliwa jest maksymalnie na 5 dni przed terminem szkolenia. Rejestracja na szkolenie stacjonarne — maksymalnie na 7 dni przed terminem. Warunkiem koniecznym jest

posiadanie konta uczestnika na Platformie Akademii Cez. Po zalogowaniu należy uzupełnić dane osobowe oraz przejść do zakładki Rejestracja na szkolenie i wypełnić formularz. Po poprawnej rejestracji uczestnik otrzymuje wiadomość e-mail z potwierdzeniem.

Po zakończeniu szkolenia każdy uczestnik jest zobowiązany do uzupełnienia dokumentacji poszkoleniowej na swoim indywidualnym koncie w Platformie Akademii Cez. Certyfikat potwierdzający udział zostanie wystawiony osobom, które uzupełnią dokumentację poszkoleniową i uzyskają minimum 65% z testu kompetencyjnego po szkoleniu.

Projekt realizowany jest w okresie 09.2024 — 12.2027, **natomiast szkolenia odbywają się od 01.2025 do 12.2027.**

Aktualne terminy szkoleń dostępne są pod linkiem:
<https://akademiacz.gov.pl/szkolenia-medycyna-szkolna/>



Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych o stanie pielęgniarstwa onkologicznego w Polsce. Braki kadrowe to nie wszystko

Źródło: www.adamed.expert

W październiku, który jest Miesiącem Świadomości Raka Piersi, szczególnie uwagę poświęca się nie tylko profilaktyce nowotworowej, ale też doświadczeniom osób żyjących z chorobą oraz tych, które im towarzyszą i wspierają w procesie leczenia. Takimi osobami, które są tuż obok, które zapewniają ciągłość opieki i wsparcie emocjonalne, są pielęgniarki onkologiczne. Mariola Łodzińska, prezes Naczelnej

Rady Pielęgniarek i Położnych, w rozmowie z Adamed Expert podaje szczegółowe dane dotyczące kondycji pielęgniarstwa onkologicznego w Polsce. Wskazuje też na konieczność zmian systemowych.

Izabela Rzepecka-Sarota, Adamed Expert: Pielęgniarstwo onkologiczne staje się coraz bardziej cenioną i strategicznie istotną dziedziną. Czy widoczne jest to również w Polsce? Ile pielęgniarek w kraju to pielęgniarki onkologiczne? Ile z nich ukończyło specjalizację?

Mariola Łodzińska, prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych: - Według danych, jakie posiadamy w Centralnym

Rejestrze Pielęgniarek i Położnych, specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego ukończyło 4230 osób, co stanowi 3,89 proc. wszystkich specjalizacji. Ponadto 1577 osób, które nie posiadają tytułu specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego, ukończyło kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego - to osoby, które również mają większe kompetencje do wykorzystania w pracy w oddziale onkologii.

Z przywołanych przez panią danych jasno wynika, że pielęgniarstwo onkologiczne jest w Polsce rzadko wybieraną ścieżką.

- To dopiero dziewiąta najpopularniejsza specjalizacja wśród pielęgniarek. Ponad 19 tys. osób ma ukończoną specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, co stanowi 17,89 proc. wszystkich specjalizacji, zaraz za nią jest pielęgniarstwo chirurgiczne, które ukończyło ponad 18 tys. osób, oraz pielęgniarstwo internistyczne z wynikiem ponad 13 tys. Na kolejnych miejscach plasują się: pielęgniarstwo operacyjne, pielęgniarstwo zachowawcze, pielęgniarstwo rodzinne, pielęgniarstwo pediatriczne i pielęgniarstwo psychiatryczne.

Droga do statusu pielęgniarki onkologicznej jest inna?

- Podobna. Aby zostać pielęgniarką, należy skończyć studia licencjackie na uczelniach wyższych i po ukończeniu złożyć stosowne dokumenty do okręgowej izby pielęgniarek i położnych właściwej dla regionu, w którym chce się pracować, celem wydania prawa wykonywania zawodu pielęgniarki. Tryb dostępu do specjalizacji określa art. 67 ust. 4. Ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej, który stanowi, że do specjalizacji mogą przystąpić pielęgniarka lub położna, które: posiadają prawo wykonywania zawodu, pracowały w zawodzie co najmniej przez 2 lata w okresie ostatnich 5 lat, zostały dopuszczone do specjalizacji po przeprowadzeniu postępowania kwalifikacyjnego. Warto podkreślić, że przystępując do specjalizacji, preferencje co do dziedziny specjalizacji powinny być już sprecyzowane, aby po jej ukończeniu wykorzystać w pracy na rzecz pacjenta nabytą wiedzę oraz umiejętności praktyczne.

Posiadanie specjalizacji lub kursu kwalifikacyjnego z pielęgniarstwa onkologicznego niekoniecznie jednak musi pokrywać się z zatrudnieniem w tym obszarze.

- To prawda, i tak jest w tym przypadku. Na 4230 osób posiadających specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego, zatrudnionych jest 3904 pielęgniarek z tytułem specjalisty w tej dziedzinie oraz 1413 osób, które ukończyły tylko kurs w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego.

Malo, patrząc na to, jak duże są potrzeby.

- W Polsce ponad 1,17 mln osób żyje z chorobą nowotworową, a rocznie przybywa ok. 170-185 tys. nowych zachorowań. Niestety, możemy mówić o niedoborze kadr medycznych, w tym również pielęgniarek.

A przecież pielęgniarki onkologiczne pełnią istotną rolę zarówno na etapie diagnostyki, jak i po diagnozie, następnie w procesie leczenia, a także po jego zakończeniu. Za co, na każdym z nich, odpowiadają?

- W przypadku diagnostyki pielęgniarka odpowiada m.in. za samodzielne wykonywanie świadczeń diagnostycznych, udział w przygotowaniu pacjenta do badań (endoskopowych, obrazowych, biopsji), a także informowanie pacjenta o przebiegu badań i sposobie przygotowania. Udziela też wsparcia emocjonalnego i psychicznego w okresie niepewności diagnostycznej, pomaga zrozumieć trudny język medyczny.

Postawienie diagnozy i rozpoznanie choroby to z kolei etap, w którym pielęgniarka pomaga pacjentowi i jego bliskim wyjaśnić i zrozumieć istotę choroby, udzielając wsparcia w opanowaniu trudnych emocji związanych z nową, nieznaną sytuacją. Ocena stan fizyczny i psychiczny chorego po uzyskaniu diagnozy, bo od tego zależeć będzie również skuteczność leczenia, ale też jednocześnie rozpoczyna planowanie indywidualnej opieki pielęgniarskiej.

I przychodzi moment, w którym pacjent rozpoczyna leczenie.

- W trakcie leczenia (chirurgicznego, chemioterapii, radioterapii, terapii celowanych) działanie pielęgniarki onkologicznej jest niezwykle ważne. Przygotowanie pacjenta do zabiegów operacyjnych i procedur terapeutycznych, jak również podawanie leków (chemioterapii, leków wspomagających, przeciwbólowych, przeciwłukowych) zgodnie z procedurami, informowanie i monitorowanie objawów ubocznych terapii (nudności, neutropenia, uszkodzenia skóry, zmęczenie) są kluczowymi elementami pracy. Równie ważne jest zwracanie uwagi na powikłania i prowadzenie profilaktyki powikłań (np. zakrzepicy, odleżyn, zakażeń), a także edukacja pacjenta w zakresie radzenia sobie ze skutkami ubocznymi.

Koniecznością staje się ścisła współpraca z lekarzem onkologiem, radioterapeutą, chirurgiem, psychologiem, dietetykiem, rehabilitantem oraz koordynowanie opieki w ramach zespołu interdyscyplinarnego. Oczywiście nie można też pominąć wspomnianego przez panią etapu zakończenia leczenia.

Na czym wtedy koncentruje się praca pielęgniarki onkologicznej?

- Na etapie zakończenia leczenia, kiedy pacjent wchodzi w okres rekonwalescencji i kontroli, niezwykle ważne jest prowadzenie edukacji zdrowotnej, monitorowanie stanu zdrowia pacjenta w ramach opieki ambulatoryjnej i hospicyjnej, możliwość pokierowania pacjenta do grup wsparcia, organizacji pacjencich, programów rehabilitacyjnych, ale też udział w kontrolach onkologicznych, monitorowanie efektów leczenia i wczesne wykrywanie powikłań, z zapewnieniem ciągłości opieki (koordynacja między szpitalem, przychodnią, opieką domową). Konieczna jest także edukacja rodziny w zakresie opieki domowej nad pacjentem onkologicznym.

Pani zdaniem - wiedza i kompetencje pielęgniarek onkologicznych są na co dzień dobrze wykorzystywane?

- Pielęgniarki onkologiczne są przygotowane do kompleksowej opieki – od edukacji pacjenta i jego rodziny, przez monitorowanie działań niepożądanych leczenia, po wsparcie emocjonalne i koordynację opieki. Mają uprawnienia do wykonywania wielu procedur (np. obsługa portów naczyniowych, prowadzenie edukacji zdrowotnej, ocena bólu i działań niepożądanych, wdrażanie standardów opieki). Ich kompetencje zależą od wykształcenia przed- i podyplomowego, które są zawarte w programach specjalizacji i kursów kwalifikacyjnych oraz specjalistycznych. W praktyce na co dzień często pielęgniarki są obciążone dużą liczbą zadań technicznych i administracyjnych, co ogranicza czas na edukację pacjenta czy wsparcie psychiczne. W wielu miejscach system ochrony zdrowia nie wykorzystuje w pełni ich roli jako edukatorów i koordynatorów opieki, co należy uznać za szkodę dla pacjenta i jego rodziny oraz całego systemu opieki zdrowotnej, ale również nieefektywne wydatkowanie środków z budżetu państwa na dofinansowanie specjalizacji.

Na każdym z etapów – etapie diagnozy, po diagnozie, etapie leczenia i po jego zakończeniu - pielęgniarka onkologiczna jest tuż obok pacjenta. Co jest szczególnie istotne w kontakcie na linii pielęgniarka-pacjent?

- Aspekty medyczne to jedno. Nieodzowne jest zapewnienie pacjentowi zrozumienia i poczucia, że ktoś go rozumie i towarzyszy mu na każdym etapie choroby. Empatia i wsparcie emocjonalne, a niejednokrotnie bycie razem w trudnych chwilach – często sama obecność i uważność są ważniejsze niż słowa. W sytuacji wzmożonego lęku istotną rolę odgrywa komunikacja dostosowana do pacjenta, nastawiona na udzielanie jasnych, prostych i rzetelnych informacji – unikanie nadmiaru medycznego żargonu, sprawdzanie, czy pacjent rozumie przekazywane informacje i, przede wszystkim - zachowanie cierpliwości. Wzmocniony lęk i niepewność należy starać się eliminować poprzez budowanie poczucia bezpieczeństwa, wskazywanie kroków postępowania – co będzie się działo dzisiaj, jutro, w najbliższych tygodniach, np. wyjaśnianie działań niepożądanych terapii i sposobów radzenia sobie z nimi, przypominanie o badaniach kontrolnych i znaczeniu profilaktyki. Z uwagi na różnorodny przebieg choroby istotna jest współpraca z zespołem interdyscyplinarnym (lekarz, psycholog, rehabilitant, dietetyk, kapelan).

Możemy wskazać pewien zestaw cech poświadczających u pielęgniarki onkologicznej?

- Empatia jest podstawą pracy każdej pielęgniarki, nie tylko onkologicznej. Poza tym ważne są: odporność psychiczna, komunikatywność, cierpliwość, profesjonalizm i zdolność pracy w sytuacjach granicznych (cierpienie, śmierć), utrzymanie równowagi emocjonalnej mimo trudnych doświadczeń czy umiejętności „nieprzenoszenia” pracy do życia prywatnego. To zawód wymagający serca i umysłu – połączenia wrażliwości z siłą wewnętrzną.

Zdarza się jednak, że wsparcie pielęgniarki onkologicznej nie wystarcza. Jakie sygnały mogą świadczyć o tym, że pacjent potrzebuje pomocy psychologa lub psychiatry? Na jakim etapie pielęgniarka onkologiczna nie będzie mogła już pomóc?

- Pielęgniarka onkologiczna, która z pacjentem spędza najwięcej czasu, należy do grona medyków, którzy jako pierwsi mogą zauważyć sygnały cierpienia psychicznego u pacjenta. Jej zadaniem jest szybkie rozpoznanie, wsparcie emocjonalne i skierowanie chorego do specjalisty. Gdy pojawiają się objawy w postaci długotrwałego smutku, przygnębienia, płaczliwości czy nasilonego lęku, po drażliwość, agresję czy zaburzenia snu, a także myśli samobójcze,

należy poinformować lekarza prowadzącego i skierować pacjenta do psychologa, psychiatry lub psychoonkologa. Takie objawy mogą wystąpić np. po postawionym rozpoznaniu lub gdy leczenie nie przynosi oczekiwanych rezultatów. Obserwacja oraz monitorowanie zachowania pacjenta pozwala na uchwycenie momentu, w którym należałoby wesprzeć psychicznie pacjenta i często także jego rodzinę.

To, co obserwują pielęgniarki na oddziałach onkologicznych, dla nich samych też musi być bardzo trudne.

- Praca w oddziale onkologicznym jest bardzo trudna, tym bardziej, jak poznaje się pacjenta i jego rodzinę na etapie diagnozy, rozpoznania, leczenia, gdzie dołączają cierpienie, lęk i umieranie. To wszystko jest dużym obciążeniem emocjonalnym. Wiele pielęgniarek doświadcza syndromu wypalenia zawodowego i potrzebuje wsparcia psychologicznego.

Duże znaczenie ma silne przeżywanie cierpienia pacjenta, niejednokrotnie towarzysząca bezsilność wobec postępu choroby mimo leczenia, stres związany z opieką nad pacjentem umierającym i jego rodziną, konflikt między obowiązkami a możliwościami (brak czasu, zasobów, personelu), poczucie winy – że nie można pomóc wystarczająco, wypalenie emocjonalne: zobojetnienie, drażliwość, spadek satysfakcji z pracy. W przypadku chorób onkologicznych dzieci, które kończą się śmiercią pacjentów, psychika jest jeszcze bardziej obciążona. Dlatego opieka nad pacjentem onkologicznym powinna obejmować nie tylko chorego i jego rodzinę, ale także personel medyczny.

Mamy październik, Miesiąc Świadomości Raka Piersi, więc muszę zapytać też o pielęgniarki senologiczne. Jakie są główne różnice między pielęgniarką senologiczną a onkologiczną w zakresie obowiązków i kompetencji?

- Pojęcie pielęgniarki senologicznej w Polsce nie jest jeszcze

powszechnie znane, ale w wielu krajach Europy i na świecie stanowi już uznaną specjalizację. Pielęgniarki senologiczne to specjalistki od opieki nad pacjentkami z chorobami piersi. Ich praca łączy elementy pielęgniarstwa onkologicznego, chirurgicznego, rehabilitacyjnego i psychoonkologii, ale koncentruje się wyłącznie na problemach związanych z piersiami. Pielęgniarki senologiczne działają w większym obszarze niż pielęgniarki onkologiczne, ale obszarze bardzo pogłębionym.

Dlaczego w Polsce mało kto o nich słyszał?

- Póki co nie ma takiej dziedziny specjalizacji i nie powstał program specjalizacyjny, który by poszerzał i wyposażał pielęgniarki w wiedzę i umiejętności w tym obszarze.

A należałoby to zmienić?

- Należałoby rozważyć zasadność wprowadzenia takiej dziedziny specjalizacji i jakie korzyści dla pacjenta będzie miała, natomiast z uwagi na zapisy zawarte w „Polityce Wieloletniej Państwa na rzecz Pielęgniarstwa i Położnictwa w Polsce” w dziale: „Kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych”, którego celem są zmiany w systemie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych w działaniu, wpisano zmniejszenie liczby dziedzin specjalizacji (do 10), a także kursów kwalifikacyjnych, kursów specjalistycznych

Jakie inne potrzeby i oczekiwania wobec systemu ochrony zdrowia zgłasza dziś środowisko pielęgniarskie?

- Zwiększenie liczebności kadr, lepsze wykorzystanie kompetencji, zwiększenie uprawnień i wprowadzenie modelu zaawansowanej praktyki pielęgniarskiej (APN) to tylko kilka z nich. Ze zmian organizacyjnych mówimy o koordynacji opieki, odciążeniu od biurokracji, wsparciu psychologicznym. Dzięki temu pielęgniarki mogłyby w pełni wykorzystywać swoją wiedzę, a pacjenci otrzymaliby bardziej kompleksową i zindywidualizowaną opiekę.

Źródła narażenia zawodowego na stres w pracy pielęgniarki

Źródło: www.adamed.expert



Zdaniem naukowców praca personelu pielęgniarskiego nacechowana jest wyjątkowo wysokim poziomem stresu zawodowego. Wśród czynników stresogennych w środowisku pracy pielęgniarek wymienić należy te związane z organizacją pracy i te wynikające z kontaktów społecznych.

Źródła narażenia zawodowego na stres w pracy pielęgniarki

Pielęgniarki to jedna z najbardziej narażonych na stres grup zawodowych. Nadmiar obowiązków, wielogodzinne dyżury, zmianowy system pracy, praca w zespole oraz nieustanny kontakt z ludźmi, nie pozostają bez wpływu na stan psychiczny pielęgniarek.

„Dobry” i „zły” stres

Stres jest naturalną reakcją organizmu na różnego rodzaju sytuacje i doświadczenia budzące obawy lub strach czy niepewność. Nie zawsze jego odczuwanie należy traktować jako zjawisko negatywne – zdarza się, że jest on bodźcem do szukania nowych rozwiązań, podejmowania nowych decyzji. Tak pojmowany stres można rozumieć jako zjawisko pozytywne.

O wiele częściej mamy jednak do czynienia z negatywnym wpływem stresu na organizm. Jednym z najbardziej stresogennych czynników wpływających na człowieka są warunki związane z wykonywaną przez niego pracą zawodową. Jeżeli są one dobre, praca staje się źródłem satysfakcji zawodowej i pozytywnie wpływa na kondycję pracowników. Zdaniem naukowców praca personelu pielęgniarskiego nacechowana jest wyjątkowo wysokim poziomem stresu zawodowego.

Wyzwania organizacyjne

Źródłem stresu dla pielęgniarek jest już sama praca, wynikająca zarówno z obowiązków nakładanych przez pracodawcę, jak i czynności, które wpisane są w zawód pielęgniarki. Ten rodzaj pracy należy bowiem do złożonych i trudnych. Pielęgniarka musi wykazywać się osobowością empatyczną, być cierpliwa, nastawiona na drugą osobę, gotowa nieść pomoc. Wymaga się od niej również dużej sprawności manualnej, która to pomaga z łatwością i precyzją wykonywać zabiegi należące do jej obowiązków.

Dodatkowo od personelu pielęgniarskiego wymaga się czynności związanych z prowadzeniem dokumentacji medycznej, obsługą sprzętu i urządzeń medycznych, zbieraniem wywiadu o stanie zdrowia pacjenta, prowadzeniem edukacji i promocji zdrowia.

Nie bez znaczenia jest również fakt, że praca pielęgniarki ma zwykle charakter zmianowy. Na stres w pracy wpływają również częste braki kadrowe oraz braku wsparcia w tym zakresie, ze strony pracodawców.

Relacje społeczne

Społeczne środowisko pracy, w którym realizuje się zawodowo pielęgniarka związane jest ze stałymi kontaktami z ludźmi, jakie mają miejsce pomiędzy pielęgniarką a pacjentami i jej rodziną, zespołem terapeutycznym, pozostałym personelem pielęgniarskim i personelem zarządzającym.

Z jednej strony pielęgniarka zobligowana jest do samodzielnej pracy, odpowiedzialności za pacjenta i szybkiego podejmowania decyzji. Z drugiej wymaga się od niej stałej współpracy z personelem medycznym. W zależności od miejsca zajmowanego przez nią w systemie ochrony zdrowia – zobligowana jest do budowania relacji z pielęgniarką – przełożoną, lekarzami, pozostałymi pielęgniarkami a także, pracując w zespole terapeutycznym – z przedstawicielami innych zawodów medycznych. Każda z tych korelacji jest niezbędna, ale może również wpływać na konflikty.

Praca pielęgniarki skoncentrowana na pacjencie sprowadza się również, do stałego kontaktu z osobą chorą, cierpiącą, nierzadko przewlekłą, a także do relacji z jej rodziną. Opieka nad pacjentem to szczególnie rodzaj stresu – pielęgniarka często zmuszona jest patrzeć na cierpienie pacjentów, towarzyszyć im w chorobie a nierzadko także w odchodzeniu. Emocje, które w takich chwilach towarzyszą osobom chorym i ich rodzinom, nie tylko zmuszają pielęgniarki do udzielania im wsparcia emocjonalnego, stając się niejako buforem dla bliskich, ale również narażają je na negatywne, nierzadko agresywne zachowania ze strony podopiecznych.

Wszystkie te czynniki mogą być przyczyną wystąpienia poważnych zaburzeń emocjonalnych, dlatego niezwykle istotne jest przyswojenie sobie, przez pielęgniarki, sposobów efektywnego radzenia sobie ze stresem.

Zmiany w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego – najważniejsze założenia projektu

Źródło: *www.adamed.expert*

Od kilku dni trwają konsultacje publiczne ustawy o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. Projekt nowelizacji ustawy o ochronie zdrowia psychicznego wprowadza szereg zmian mających na celu unowocześnienie przepisów, dostosowanie ich do współczesnych standardów ochrony praw człowieka oraz usprawnienie praktyki klinicznej i sądowej w psychiatrii. Nowe przepisy mają wejść w życie 1 stycznia 2026 roku.

Jednym z kluczowych celów nowelizacji jest zmiana języka, tak aby był zgodny z aktualną wiedzą medyczną i szacunkiem wobec osób z zaburzeniami psychicznymi. Ustawodawca uznał, że dotychczasowe pojęcia, takie jak **osoba chora psychicznie** czy **osoba upośledzona umysłowo**, utrwały stereotypy i nie oddawały rzeczywistego spektrum zaburzeń psychicznych. Nowa terminologia ma charakter bardziej **neutralny i diagnostyczny**, nawiązując do **Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób (ICD-11)** oraz języka używanego w psychiatrii klinicznej. Zmieniono m.in.:

- **osoba chora psychicznie na: osoba z zaburzeniami psychotycznymi** (uwzględnienie współczesnej nomenklatury medycznej)
- **osoba upośledzona umysłowo na: osoba z niepełnosprawnością intelektualną** (zgodnie z Konwencją ONZ o prawach osób z niepełnosprawnościami)
- **osoba wykazująca inne zakłócenia czynności psychicznych na: osoba wykazująca inne zaburzenia czynności psychicznych wymagające świadczeń zdrowotnych lub wsparcia społecznego**

Wprowadzenie tych zmian ma znaczenie nie tylko symboliczne, ale i praktyczne, ułatwi jednolite stosowanie przepisów przez sądy, personel medyczny oraz instytucje pomocy społecznej. Jednocześnie wspiera proces destygmatyzacji i budowania społecznego zrozumienia dla zdrowia psychicznego.

Zmiany zakładają dostosowanie przepisów do systemu **e-skierowań**, co jest elementem szerszego procesu cyfryzacji dokumentacji medycznej. Skierowanie będzie mogło być wystawiane w formie elektronicznej, co ułatwi obieg informacji między placówkami i ograniczy liczbę błędów formalnych. Jednocześnie ustawodawca przewidział **12 miesięczny okres przejściowy** – dotychczasowy papierowy wzór skierowania będzie mógł być stosowany do czasu pełnego wdrożenia nowych rozwiązań.

Projekt szczegółowo porządkuje przepisy dotyczące stosowania **przymusu bezpośredniego**, w tym:

- doprecyzowuje obowiązki informacyjne wobec lekarzy upoważnionych przez marszałka województwa,
- określa trzydniowe terminy oceny zasadności i prawidłowości zastosowania przymusu,
- wprowadza monitoring pomieszczeń, w których stosuje się unieruchomienie lub izolację,
- rozszerza możliwość podejmowania decyzji o przedłużeniu przymusu na lekarzy innych specjalności (nie tylko psychiatrów) - rozwiązanie to jest szczególnie ważne dla szpitali wielospecjalistycznych.

Zmiany mają duże **znaczenie praktyczne dla zespołów pielęgniarских**, które w codziennej pracy pełnią kluczową rolę w obserwacji pacjentów, ocenie ich bezpieczeństwa oraz dokumentowaniu przebiegu interwencji. Ustawa precyzuje, że pielęgniarka może – w sytuacjach nagłych – zainicjować zastosowanie przymusu bezpośredniego (np. w formie

unieruchomienia lub izolacji), jeśli nie jest możliwe natychmiastowe uzyskanie decyzji lekarza. W takim przypadku pielęgniarka musi niezwłocznie poinformować lekarza i prowadzić nadzór nad prawidłowym wykonaniem czynności do momentu przejęcia decyzji przez lekarza.

Wprowadzono też **obowiązek stałej kontroli stanu pacjenta przez pielęgniarkę co 15 minut**, w tym podczas snu oraz prowadzenia szczegółowej dokumentacji dotyczącej każdej interwencji. Dokumentacja ma obejmować czas rozpoczęcia i zakończenia przymusu, zastosowane środki, reakcję pacjenta, monitorowanie parametrów życiowych oraz obserwacje dotyczące bezpieczeństwa. Projekt ustawy dopuszcza prowadzenie tej dokumentacji w formie elektronicznej, co ma ułatwić raportowanie i umożliwić natychmiastowy nadzór nad przebiegiem interwencji przez personel kierowniczy. Dla pielęgniarek zmiana ta oznacza większą odpowiedzialność zawodową, ale też wyraźne umocowanie prawne ich roli w procesie zapewniania bezpieczeństwa pacjentowi i personelowi.

Nowelizacja odpowiada na wnioski NIK, która wskazywała na brak podstaw prawnych do przeszukiwania pacjentów w szpitalach psychiatrycznych. Wprowadzono więc:

- kontrolę osobistą – w sytuacjach uzasadnionych względami bezpieczeństwa,
- kontrolę pobieżną – w przypadkach koniecznych dla zapewnienia leczenia lub odebrania przedmiotów niedozwolonych.

Wprowadzono obowiązek dokumentowania każdej kontroli w specjalnym protokole, z opisem czynności, uzasadnieniem i podpisami osób uczestniczących.

W projektowanych przepisach ustawodawca szerzej uregulował kwestie przyjęć bez zgody i procedur sądowych, koncentrując się na ochronie praw pacjenta oraz usprawnieniu procesu decyzyjnego. Zgodę na przyjęcie małoletniego lub osoby ubezwłasnowolnionej całkowicie ma wydawać sąd opiekuńczy, zwłaszcza w przypadkach, gdy rodzice lub opiekunowie prawni pozostają w konflikcie co do decyzji o hospitalizacji. Wprowadzono także rozwiązanie, które pozwala lekarzowi przyjąć pacjenta w trybie nagłym – bez wcześniejszej decyzji sądu – pod warunkiem, że decyzja ta zostanie niezwłocznie zweryfikowana przez sąd opiekuńczy po konsultacji lekarskiej lub psychologicznej.

Projekt doprecyzowuje też zasady informowania sądu o przyjęciu pacjenta bez zgody, wskazując jednoznacznie, że obowiązek ten spoczywa na lekarzu kierującym oddziałem. Nowe przepisy porządkują również kwestię miejsca przeprowadzania rozpraw sądowych – co do zasady mają się one odbywać w szpitalach psychiatrycznych, aby umożliwić bezpośredni kontakt sędziego z pacjentem i lepsze zrozumienie jego stanu. Odstępstwa od tej zasady będą możliwe jedynie w szczególnie uzasadnionych sytuacjach, np. z powodów organizacyjnych lub bezpieczeństwa. Takie rozwiązanie ma na celu zwiększenie transparentności postępowań i zapewnienie, że decyzje o pozbawieniu wolności w trybie psychiatrycznym będą podejmowane z poszanowaniem praw człowieka i w warunkach sprzyjających obiektywnej ocenie stanu zdrowia osoby przyjętej bez zgody.

Rozszerzono katalog osób, wobec których możliwe jest zwolnienie z tajemnicy zawodowej. Poza lekarzami obejmuje on także pielęgniarki, psychoterapeutów czy psychologów szkolnych. Nowelizacja dopuszcza też przekazywanie informacji między jednostkami pomocy społecznej a szpitalami psychiatrycznymi – w zakresie niezbędnym dla procesu leczenia.

Wejście w życie proponowanych w projekcie ustawy zmian jest planowane na **1 stycznia 2026 roku**.

Alarmujące wyniki europejskiego badania zdrowia psychicznego pielęgniarek i lekarzy

Źródło: *www.adamed.expert*

Według najnowszego raportu WHO „Zdrowie psychiczne pielęgniarek i lekarzy” co trzeci przedstawiciel personelu medycznego doświadczył w ostatnim roku przemocy psychicznej lub groźb w miejscu pracy. Co dziesiąty padł ofiarą przemocy fizycznej lub molestowania seksualnego.

Badanie MeND

Badanie MeND (The Mental Health of Nurses and Doctors) objęło ponad 90 000 respondentów z 27 państw Unii Europejskiej, Islandii i Norwegii. Przeprowadzono je między październikiem 2024 a kwietniem 2025 roku we współpracy z sześcioma europejskimi stowarzyszeniami medycznymi i pielęgniarскими oraz ich krajowymi

oddziałami.

W ciągu ostatniego roku co trzeci lekarz i pielęgniarka doświadczyli mobbingu lub groźb przemocy w miejscu pracy, a 10% doświadczyło przemocy fizycznej i/lub molestowania seksualnego.

Co czwarty lekarz pracuje ponad 50 godzin tygodniowo. Jednocześnie prawie jedna trzecia (32%) lekarzy i jedna czwarta (25%) pielęgniarek zatrudniona jest na umowach czasowych, co silnie wiąże się ze zwiększonym lękiem o bezpieczeństwo zatrudnienia.

Dyżury nocne

Takie niebezpieczne warunki pracy są bezpośrednio powiązane z osłabieniem zdrowia psychicznego. Lekarze i pielęgniarki, którzy doświadczają przemocy, stale pracują w długich godzinach i pracują na zmiany (zwłaszcza nocne), są znacznie bardziej narażeni na depresję, lęk i myśli samobójcze. W rzeczywistości wśród lekarzy i pielęgniarek występowanie myśli samobójczych jest dwukrotnie

wyższe niż w populacji ogólnej.

„Wyniki badania MeND przypominają, że europejskie systemy opieki zdrowotnej są tylko tak silne, jak ludzie, którzy je napędzają” – powiedział dr Hans Henri P. Kluge, Dyrektor Regionalny WHO na Europę. „Co trzecia pielęgniarka i lekarz zgłaszają depresję lub lęk, a ponad 1 na 10 myślała o zakończeniu swojego życia lub zrobieniu sobie krzywdy. To niedopuszczalne obciążenie dla tych, którzy się nami opiekują” – podkreśla dr Kluge.

Siedem kluczowych rekomendacji WHO

W raporcie zidentyfikowano siedem kluczowych kierunków działań, których pilne wdrożenie przez poszczególne kraje jest niezbędne do poprawy warunków pracy personelu medycznego i przeprowadzenia głębokiej zmiany kultury organizacyjnej:

1. Wprowadzenie polityki zerowej tolerancji dla przemocy w placówkach medycznych,
2. Wdrożenie elastycznych i przewidywalnych grafików pracy,
3. Ograniczenie i odpowiedzialne zarządzanie nadgodzinami,

4. Redukcja nadmiernego obciążenia zawodowego,
5. Zwiększenie odpowiedzialności kadry zarządzającej,
6. Zapewnienie dostępu do profesjonalnego wsparcia psychologicznego,
7. Systematyczne monitorowanie stanu zdrowia psychicznego i warunków pracy.

Niepokojące dane z Polski

Badanie MeND ujawnia sytuację polskiego personelu medycznego: objawy depresji występują u 34% lekarzy i aż 50% pielęgniarek, podczas gdy zaburzenia lękowe dotyczą 17% lekarzy i 33% pielęgniarek. Szczególnie niepokojący jest fakt, że myśli samobójcze pojawiają się u 26% pielęgniarek i 18% lekarzy.

Poziom dobrostanu emocjonalnego obu grup zawodowych kształtuje się poniżej standardów WHO dla zdrowia psychicznego. Ponad 10% pielęgniarek rozważa rezygnację z wykonywania zawodu. Wyniki te obrazują głęboki kryzys systemowy wynikający z chronicznego stresu, ekspozycji na przemoc oraz braku skutecznych mechanizmów wsparcia w środowisku pracy.



Gdzie kończy się zabezpieczenie, a zaczyna przymus? Kontrowersje wokół unieruchamiania pacjentów w opiece psychiatrycznej

Źródło: nursing.com.pl



Kwestia stosowania przymusu bezpośredniego w opiece psychiatrycznej budzi poważne dylematy natury prawnej i etycznej, zwłaszcza w sytuacjach, gdy mamy do czynienia z pacjentami wymagającymi szczególnego nadzoru. Szczególnie istotne jest tu rozróżnienie pomiędzy działaniami mającymi na celu zapewnienie pacjentowi bezpieczeństwa – na przykład przed upadkiem – a formalnym użyciem przymusu bezpośredniego, które jest precyzyjnie uregulowane w obowiązujących przepisach prawa.

Niewłaściwe utożsamianie tych dwóch sytuacji może prowadzić do nadużyć oraz naruszenia podstawowych praw chorego.

Zasady stosowania przymusu bezpośredniego określa ustawa

o ochronie zdrowia psychicznego (art. 18) oraz rozporządzenie wykonawcze. Przymus może być zastosowany wyłącznie w ściśle określonych przypadkach, wymienionych w ustawie – m.in. w sytuacji bezpośredniego zagrożenia życia lub zdrowia pacjenta bądź otoczenia. Tymczasem praktyka zabezpieczania pacjenta przed upadkiem – np. poprzez przypięcie pasami na wózku lub zabezpieczenie w łóżku – nie spełnia kryteriów przymusu bezpośredniego. Traktowanie takich środków jako przymusu stanowi nadużycie i jest niezgodne z prawem.

Zabezpieczenie pozycji pacjenta w celu zapobieżenia urazom to odrębne działanie, mające charakter opiekuńczy, a nie przymusowy. W praktyce klinicznej wykorzystuje się różnego rodzaju pomoce: barierki łóżkowe, poduszki stabilizujące, specjalne stoliki czy podpory, a także pasy bezpieczeństwa o ograniczonej sile unieruchomienia – przeznaczone głównie dla osób z zaburzoną koordynacją ruchową lub osłabionych. Co ważne, środki te – o ile nie ograniczają całkowicie swobody ruchów – nie powinny być klasyfikowane jako przymus bezpośredni w rozumieniu ustawy.

Z racji wciąż niejednoznacznych interpretacji, wskazane jest opracowanie i wdrożenie wewnętrznych procedur dotyczących stosowania zabezpieczeń fizycznych w codziennej opiece nad pacjentem. Dokument taki powinien jasno określać: kto podejmuje decyzję o użyciu zabezpieczenia, w jakich okolicznościach, przy użyciu jakiego rodzaju sprzętu oraz jak należy tę decyzję udokumentować – np. w kartach obserwacji pielęgniarstwa lub planie opieki. W przypadku pacjentów w stanie szczególnym, decyzja może wymagać również konsultacji z lekarzem.

Należy też podkreślić, że stosowanie pasów unieruchamiających w sposób całkowicie ograniczający możliwość poruszania się pacjenta – np. pasów magnetycznych – bez wyraźnych wskazań i poza procedurą przymusu bezpośredniego, jest niedopuszczalne.



Opieka długoterminowa pilnie potrzebna. Eksperti apelują o zmiany systemowe

Źródło: nursing.com.pl



Starzejące się społeczeństwo, braki kadrowe i niskie finansowanie – to największe wyzwania stojące przed polskim systemem opieki długoterminowej. Eksperti alarmują, że konieczne są pilne reformy, a bez nich obciążenie rodzin będzie coraz większe.

Zdaniem prof. Agnieszki Chłoń-Domińczak, prorektorki ds. nauki SGH w Warszawie, stworzenie sprawnego systemu opieki długoterminowej jest w Polsce nieuniknione.

– W końcu powinniśmy stanąć w prawdzie i powiedzieć, że w obecnym systemie i (przy) obecnych rozwiązaniach dalej już nie pójdziemy

– podkreśliła podczas konferencji prasowej w PAP poświęconej ogłoszeniu konkursu „Kroniki opieki długoterminowej”, który odbywa się pod hasłem: „Podziel się swoją historią i pomóż kształtować przyszłość opieki w Polsce!”.

Na skalę problemu zwróciła uwagę również sekretarz stanu w Kancelarii Prezesa Rady Ministrów, Marzena Okła-Drewnowicz.

– Dane demograficzne są alarmujące, szczególnie te dotyczące podwójnego starzenia się, bo do 2040 r. osób po 85. roku życia będzie więcej o 94 proc. aniżeli było w 2022 r. A im więcej osób najstarszych, tym opieka długoterminowa będzie coraz większa.

Z kolei prof. Piotr Błędowski, dyrektor Instytutu Gospodarstwa Społecznego SGH, wskazał, że niezbędne jest wprowadzenie obowiązkowego ubezpieczenia pielęgnacyjnego.

– W tym roku mija 30 lat od wprowadzenia obowiązkowego ubezpieczenia społecznego i pielęgnacyjnego w Niemczech. Budżet w tym wypadku nie jest najlepszym rozwiązaniem – podkreślił. Dodał także: – Jestem przekonany, że jest to konieczne. To jest rozwiązanie gwarantujące kompleksowe podejście.

Na tle międzynarodowym Polska pozostaje w tyle. Dr Jacek Barszczewski z OECD zauważył, że nasz kraj należy do państw o najniższych nakładach na opiekę długoterminową, przy jednoczesnym wysokim udziale kosztów ponoszonych przez rodziny.

– Silne jest uzależnienie od wsparcia rodziny. Finansowanie publiczne to u nas 27 proc. całego kosztu opieki przy wysokich potrzebach, co jest jednym z najniższych poziomów w krajach OECD – wyliczał ekspert.

Raport OECD pokazuje także dramatyczne braki kadrowe – w Polsce w 2023 r. przypadało zaledwie nieco ponad dwóch pracowników opieki na 1000 osób powyżej 65. roku życia, podczas gdy średnia

OECD wynosiła aż 50. Formalną opieką objętych jest w Polsce jedynie 18 proc. seniorów, wobec 28 proc. w krajach OECD.

Mimo tych problemów, jak zauważył dr Barszczewski, w Polsce prowadzone są istotne reformy: powstają nowe programy, system monitorowania jakości i projekty ustaw dotyczące polityki senioralnej.

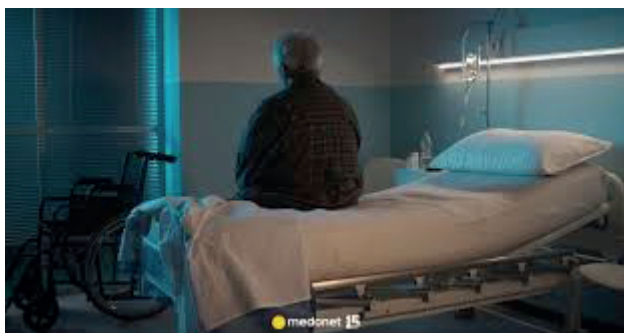
– Dzięki temu Polska ma szansę zbliżyć się do systemów lepiej finansowanych, bardziej zintegrowanych, oferujących większe bezpieczeństwo zarówno osobom starszym, jak i ich rodzinom – ocenił.

Według badań PolSenior2 z 2022 r., systematycznej pomocy potrzebowało 920–930 tys. osób starszych. Do 2030 r. liczba ta wzrosnie nawet o 160 tys., a do 2040 r. może być większa o kolejne 260–500 tys. Obecnie aż 91 proc. seniorów korzysta ze wsparcia najbliższych, co pokazuje, jak wielką rolę odgrywają rodziny w braku rozwiniętej opieki instytucjonalnej.



Tak bliscy pozbywają się seniorów na święta. Mają okrutne sposoby, by poczuli się gorzej

Źródło: www.medonet.pl



Święta Bożego Narodzenia nie dla wszystkich są miłym czasem z rodziną. Niektórzy spędzają je w szpitalu wśród innych chorych. Jednak część z nich nie musiałaby się tam znaleźć. Personel medyczny zna dobrze ten problem. Przed świętami, wakacjami czy długimi weekendami wzrasta liczba przywożonych do szpitali starszych osób. Nie chodzi o nagłe masowe pogorszenie stanu ich zdrowia, a o to, że oddają ich bliscy, by na święta mieć „święty spokój”.

Coś, co jednym wydaje się nie do pomyślenia, dla innych jest normą. Lekarze i pielęgniarki rozpoznają co roku te same osoby, które próbują podzucić do szpitala krewnego na czas świąt. Celowe niepodawanie wody do picia czy leków po kilku dniach skutkuje stanem, który wymaga hospitalizacji. Personel medyczny na **SOR-ach** czy oddziałach internistycznych, zajmujący się takimi pacjentami, ma na nich swoje określenie — to „święteczni” lub „choinkowi” dziadkowie i babcie.

Rodziny robią to, by pozbyć się seniorów na święta

Lekarze i pielęgniarki co roku spotykają się z sytuacjami, w których rodzina naciska na przyjęcie seniora do szpitala. Proszą, żądają, wymyślają preteksty, ale są też tacy, którzy idą o krok dalej. **Wśród najczęstszych celowych zabiegów, które wpływają negatywnie na stan zdrowia starszej osoby, jest niepodawanie jej płynów do picia.**

To jeden z manewrów stosowanych przez takie rodziny. I bardzo skuteczny: zmniejszanie podaży płynów. Pacjenci w podeszłym wieku z reguły i tak mają bardzo niskie łaknienie na płyn. Więc de facto powinni być regularnie przez kogoś pojeni. I po prostu nie dostawali picia. Wiadomo, że taka osoba po dwóch dniach będzie już w ciężkim stanie. Wtedy wzywa się karetkę albo leci do lekarza pierwszego kontaktu, bo babcia przestała mówić. Karetka przyjeżdża i odwozi starszą osobę do szpitala — mówił internista jednego z warszawskich szpitali w rozmowie z serwisem kobieta.gazeta.pl.

Potwierdził to dr Paweł Doczekalski w rozmowie z radiem TOK FM. — Wystarczy jeden, dwa razy nie podać leku. U takiej osoby, jeśli miała chorobę przewlekłą i do tej pory była stabilna, momentalnie następuje zaostrzenie choroby. Przywozi się ją więc do szpitala. Drugim takim najczęstszym i najprostszym sposobem jest **odwodnienie** pacjenta. Nie dać raz, dwa razy pić, to momentalnie starszy pacjent się odwadnia i ląduje na SOR — podsumował lekarz.

Zdarza się, że rodziny awanturują się, gdy ratownicy medyczni nie chcą zabrać ich bliskich do szpitala. Gdy jednak już to się uda,

a stan pacjenta zostaje ustabilizowany i senior może być wypisany, członkowie rodziny przez kilka dni nie odbierają telefonów i nie reagują na prośby o zabranie go do domu.

O trudnych sytuacjach opowiada też pielęgniarka opiekująca się osobami z **chorobami onkologicznymi**. „To są najczęściej pacjenci, którzy wymagają większej opieki, pielęgnacji, więc niestety zostają na święta z nami. Często już na początku grudnia typujemy, kto z nami na pewno zostanie. Są tacy, którzy nie wyjdą do domu, bo np. rodzina nie chce ich wziąć” — opowiada pielęgniarka pracująca w jednym z warszawskich szpitali onkologicznych w rozmowie z serwisem kobieta.gazeta.pl.

Kobieta przytacza historię pacjenta, który bardzo chciał wyjść do domu na święta, bo wiedział, że to już jego ostatnie chwile, jednak nie udało się tego zorganizować z jego z rodziną. „Koniec końców został u nas i w tym okresie między świętami a sylwestrem zmarł. Nie pamiętam nawet, czy ktoś z rodziny przyszedł go w tym czasie odwiedzić” — wspomina.

To źle wpływa na zdrowie seniora

Pacjenci często zdają sobie sprawę z tego, że zostali przywiezieni do szpitala tylko dlatego, że ich bliscy chcą spędzić święta bez nich. Ta świadomość wpływa bardzo negatywnie na stan ich zdrowia fizycznego i psychicznego. Lekarze zdradzają, że czasem próbują usprawiedliwiać swoich bliskich, zazwyczaj jednak są rozżaleni. — Wiadomo, że taki pacjent ma żal, często są łzy. Dlatego apelujemy, że jeśli ktoś już zaplanował wyjazd, żeby uwzględnić w nim tego dziadka czy babcię. To naprawdę nie jest nic strasznego zabrać taką starszą osobę na wyjazd, nawet jeśli jeździ ona na wózku, żeby była razem, bo to mogą być ostatnie wspólne święta. Za rok może już tej osoby nie być — mówił dr Paweł Doczekalski w radiu TOK FM.

Lekarze przyznają, że osoby opiekujące się na stałe starszym i niepełnosprawnym członkiem rodziny, mogą być przeciążone, jednak apelują, aby szukać innych rozwiązań. To nieetyczne, ale też obciążające dla szpitali, gdzie miejsca potrzebne są dla chorych, którym naprawdę nie można było pomóc w domu.

Druga strona medalu

Temat podejmuje też na swoim profilu Siostra Bożenna, pielęgniarka, której konto obserwuje ponad 150 tys. użytkowników. „Rozpoczyna się sezon świąteczny, więc mała przypomnijka” — napisała rok temu pod rysunkiem, na którym widnieje hasło: „Nie podrzucaj seniorów do szpitala na święta”.

Post komentowało wiele osób, z których większość wyraziła swoje oburzenie. „A czy szpital to jest jakiś hotel, że za opłatą można tam sobie podrzucić kogokolwiek? Tam się przywozi ludzi potrzebujących leczenia ze skierowaniem na to właśnie leczenie” — napisała pani Magda. „To naprawdę się dzieje? Trudno uwierzyć w taką bezdusność” — dodaje pani Monika.

„W tej sprawie są dwie strony” — zauważa jednak internautka Joana. „[...] Tu przede wszystkim trzeba systemu opieki wythchnieniowej na kieszeń zwykłych śmiertelników i pomocy państwa. Nie jest rolą szpitala przyjmowanie dziadków na opiekę wythchnieniową, ale alternatyw brak lub są poza zasięgiem zwykłego Kowalskiego. System jest niedostosowany do potrzeb starzejącego się społeczeństwa. Myślę, że szczególnie my, pracownicy ochrony zdrowia, musimy umieć zauważyć dno problemu, aby coś mogło się zmienić. A nie tylko oceniać i stygmatyzować”.

Tajemnica Bożego Narodzenia



W Święta Bożego Narodzenia koncentrujemy się na tajemnicy przyjścia na świat Chrystusa, który ponad dwa tysiące lat temu narodził się w nędznej stajni w Betlejem. Ta stajnia i ten dzień nigdy nie zostaną zapomniane. Od tego czasu świat jest inny. Narodzenie Chrystusa, który zmienił oblicze ziemi.

Nigdy w historii nie oczekiwano tak kogoś, kto zmieniłby losy świata. Chrystus zmienił, zmienia i będzie zmieniał. Kolejny raz w naszym życiu wspominamy to jedyne wydarzenie na przestrzeni dziejów. Święta Bożego Narodzenia przypominają nam tę ogromną, niezwykłą tajemnicę Wcielenia, tajemnicę Bożej miłości, która objawiła się w Synu Bożym. Trudno wyrazić radość w piśmie, trudno wyrazić wielkość tego wydarzenia w języku ludzkim, dlatego pochyłamy się nad żłóbkiem by powiedzieć Jezusowi o naszej miłości do Boga i do ludzi. Jest ona niezgłębiona dla naszego rozumu, jest wielką pociechą dla naszego serca. Zrozumieć tajemnicę Bożego Narodzenia znaczy żyć trwałą współczesnością Chrystusa. Dzisiejszemu człowiekowi wprowadzonemu w zamęt przez liczne trudności i troski potrzebna jest pewność, że mimo wszystko istnieje

nadzieja i radość z tego, że Jezus narodził się, stał się człowiekiem i pozostał z nami. On nie przyszedł na ziemię tylko po to, by nas zbawić

od grzechu, ale po to byśmy mogli doświadczać Jego miłości i pomocy na co dzień. Zamiast martwić się i trwać w lęku możemy prosić Jezusa o pomoc, wierząc, że On nas nie zawiedzie. Zawierzenie swojego życia to najlepsza decyzja jaką możemy podjąć. Dlatego warto zawierzyć swoje życie Jezusowi, bo w Nim znajdziemy prawdziwe rozwiązania i pokój serca. Tajemnica Świąt Bożego Narodzenia ma kształtować nasze życie i pomagać w otwarciu

na lepszą przyszłość. By ten czas trwał nieprzerwanie zapamiętajmy słowa Matki Teresy

z Kalkuty: „Zawsze ilekroć pozwolisz aby Bóg pokochał innych przez Ciebie, zawsze jest Boże Narodzenie”! Kontemplacja Tajemnicy Wcielenia- Bóg rodzi się człowiekiem, zamieszkał między nami, staje przy każdym z nas, jednoczy nas pomiędzy sobą i przenika serca nasze pokorą, cichością i miłością.

Drogie Koleżanki i Koledzy, pielęgniarki, położne, ratownicy pełnicie swoją służbę w dzień i w nocy w szpitalach, hospicjach, domach pomocy. W te święta z ludźmi chorymi, opuszczonymi, samotnymi bądźcie im bliskie, otwórzcie swe serca, chętnie ich słuchajcie a zobaczycie jak zmieni się sposób w jaki ich postrzegacie okazując akceptację i zrozumienie, wzbudzając u nich zaufanie, życzliwość i szacunek. W tym momencie zostaje dana im niebywała wola życia, taka która przewycięża ból, smutek i kalectwo. Niech w oddziałach, dyżurkach obok choinek zabłyśnie w ich oczach światło radości, niech dla Was szczególnie radośnie zabrzmiały słowa najpiękniejszej kolędy świata „Cicha noc, święta noc...” Życzę Wam niech Tajemnica Narodzenia zawsze wprowadza pokój i umacnia w prawdziwej miłości i pokornej służbie drugiemu człowiekowi. Oby ta prawda zapisała się w głębi Waszych serc, aby życie Wasze było pełne Bożych czynów i decyzji, abyście widzieli Boga

w każdym człowieku. Niech głębokie przeżycia Tajemnicy Wcielenia uwolni nas od niepotrzebnych napięć, nieporozumień, zazdrości i wyzwoli ku najpiękniejszej miłości Boga i ludzi. Niech Świąteczny nastrój pozostanie w Waszych sercach jak najdłużej a Nowy Rok przyniesie spokój i spełnienie w życiu osobistym i zawodowym oraz obdarzy zdrowiem i optymizmem.

Jadwiga Kowalczyk

Cicha noc...święta noc....



Cicha noc, święta noc to jedyna kolęda, która znalazła się na światowej liście dziedzictwa Unesco. Przekroczyła wszelkie znane ludziom granice i spory, stając się dorobkiem naszej cywilizacji z nowo narodzonym Dzieciątkiem w roli głównej.

Kolęda, którą zna blisko dwa miliardy ludzi na całym świecie zaczyna się jak kołysanka dla dziecka. Powstała zimą w grudniu 1818 roku w małej wsi Oberndorf w pobliżu Salzburga w Austrii. Ludzie wówczas przygotowywali się do Świąt Bożego Narodzenia. Ksiądz wikary Joseph Mohr w ciągu paru godzin napisał kilka strof zaczynających się od słów „Stille Nacht”- Cicha noc. Organista Franz Xaver Gruber skomponował nastrojową melodię na dwa głosy z towarzyszeniem chóru i gitary bo wówczas w kościele zepsuły się organy. 25 grudnia 1818 roku w kościele parafialnym pod wezwaniem Świętego Mikołaja w Oberndorf odbywało się prawykonanie nowej pieśni bożonarodzeniowej. Zebrany w kościele nowa pieśń

bardzo się podobała. Kilka lat później do Oberndorf przybył mistrz K. Manrachner by w kościele zamontować nowe organy. Wówczas usłyszał ową pieśń, którą był zachwycony. Spisał słowa i nuty i to był początek popularności „cichej nocy”. Popularność kolędy z roku na rok rosła. Stała się ona ulubioną pieśnią króla. Od 1840 roku w każde święta była wykonywana przed nim przez berliński chór katedralny. Śpiewano ją też na drugiej półkuli w Nowym Jorku. W 1866 roku trafiła już do śpiewnika kościelnego. W XIX wieku znana była w Anglii i Skandynawii, na początku XX wieku misjonarze rozpowszechnili ją w Ameryce Południowej, Azji, Afryce, Australii i Oceanii. Obecnie słowa tej najpiękniejszej, najpopularniejszej kolędy przetłumaczone są na 300 języków. Znajduje się w repertuarze wielu znanych piosenkarzy. W niezapomniany sposób śpiewał ją Elvis Presley. Autorzy kolędy nie dożyli jej światowej popularności. W 1863 roku w nędzy i zapomnieniu zmarł autor słów, podobnie też organista, który napisał nuty. Na miejscu podmytego przez wodę kościoła Św. Mikołaja dopiero w 1937 roku postawiono małą kapliczkę w kształcie rotundy nazwaną „Cicha noc”. Kapliczka upamiętnia powstanie najpiękniejszej kolędy świata poprzez witraże. Jeden z nich przedstawia Mohra trzymającego arkusz papieru i gęsie pióro, drugi organistę z gitarą w rękach i nutami. Ta niewielka kapliczka otoczona choinkami rokrocznie w Wigilię przyciąga mieszkańców, turystów pragnących w tym miejscu powstania kolędy wysłuchać jej urzekających słów i melodii. W Polsce nie wyobrażamy sobie Świąt Bożego Narodzenia bez wspólnego śpiewania kolęd w kościele czy przy wigilijnym stole. Śpiewajmy i cieszymy się, że na ziemię przyszedł Syn Boży by nas zbawić!

Jadwiga Kowalczyk

Rozgrzewające herbaty zimowe – przepisyŹródło: www.primabiotic.pl

Zima to czas, kiedy szczególnie doceniamy ciepłe napoje, które nie tylko rozgrzewają, ale także wprowadzają w przyjemny, spokojny nastrój. W chłodne dni herbaty zimowe stają się naszymi sprzymierzeńcami w walce z zimowym chłodem. Przygotowaliśmy przepisy na herbaty, które nie tylko świetnie smakują, ale także pomagają zadbać o dobre samopoczucie.

Herbata zimowa

Herbata zimowa to doskonały sposób na rozgrzanie się w chłodne dni oraz stworzenie przyjemnej atmosfery domowego ciepła. Jej smak i aromat są niezastąpione dzięki dodatkom takim jak pomarańcze, goździki czy cynamon. Te składniki nie tylko nadają herbatce wyjątkowego charakteru, lecz także wspierają zdrowie.

Pomarańcze to źródło witaminy C, która wzmacnia odporność, a goździki oraz cynamon mają naturalne właściwości rozgrzewające i antybakteryjne. Dlatego jest to idealny napój na zimowe wieczory, który łączy przyjemność z troską o dobre samopoczucie. Przygotowanie jest proste, a efekt – niezrównany. Ciesz się chwilą relaksu i zanurz się w aromatycznej magii zimowych smaków.

Zimowa herbata z pomarańczą i goździkami

Składniki:

- pół łyżeczki czarnej herbaty liściastej
- 2 goździki
- plasterki pomarańczy

Przygotowanie:

1. Herbatę zaparz tak jak zwykle.
2. Do gorącej herbaty dodaj goździki oraz plasterki cytryny.

Herbata rozgrzewająca

Kiedy zimowa aura przynosi chłód, warto sięgnąć po rozgrzewającą herbatę, która natychmiast przywraca ciepło. Takie napoje są przygotowywane z dodatków o właściwościach prozdrowotnych, takich jak imbir, miód, cytryna czy przyprawy korzenne. Dlatego imbir wspomaga krążenie i działa przeciwzapalnie, miód dodaje naturalnej słodyczy, a cytryna wzbogaca herbatę o witaminę C.

Rozgrzewająca herbata to także świetny wybór na wzmocnienie organizmu oraz odprężenie zmysłów. W chłodne wieczory warto wybrać taki napój, by poczuć się lepiej i jednocześnie delektować się jego aromatem. Każdy łyk to krok w stronę lepszego samopoczucia.

Rozgrzewająca herbata z imbirem, cytryną, miodem i goździkami

Składniki:

- pół łyżeczki czarnej herbaty liściastej
- 2 plasterki cytryny
- 2 goździki
- gałązka rozmarynu
- łyżeczka miodu
- kilka plasterków świeżego imbiru

Przygotowanie:

1. Herbatę zaparz z goździkami.
2. Do herbaty dodaj plasterki cytryny i gałązkę rozmarynu.
3. Do lekko ostudzonej herbaty (żeby nie było wrzątku) dodaj miód i imbir.

Rozgrzewająca herbata z gruszką, goździkami i cynamonem

Składniki:

- pół łyżeczki czarnej herbaty liściastej
- 3 półplasterki gruszki
- łyżeczka miodu
- laska cynamonu
- 2 goździki

Przygotowanie:

1. Herbatę zaparz tak, jak zwykle to robisz, dbając o odpowiedni czas i temperaturę, aby uzyskać jej najlepszy smak.
2. Dodaj pozostałe składniki. Wymieszaj.
3. Odczekaj chwilę, aby składniki mogły napęcznieć i w pełni oddać swój aromat oraz smak do herbaty.

Herbata świąteczna

Świąteczna herbata to wyjątkowy napój, który wprowadza w magiczny nastrój świąt Bożego Narodzenia. Aromat cynamonu, suszonej żurawiny czy plasterków jabłka od razu przywołuje wspomnienia rodzinnych chwil spędzonych przy wspólnym stole.

Taka herbata to nie tylko przyjemność dla zmysłów, lecz także świetny sposób na dodanie sobie energii w trakcie zimowych dni. Jej przygotowanie jest szybkie i proste, a efekt zachwyci nawet najbardziej wymagających miłośników herbat. Dodatkowo korzenne przyprawy i owoce w składzie wspierają odporność i rozgrzewają od środka. To doskonały wybór na świąteczne popołudnia z bliskimi.

Rozgrzewająca herbata z jabłkiem, cynamonem i żurawiną

Składniki:

- pół łyżeczki czarnej herbaty liściastej lub saszetka zwykłej
- 3 półplasterki jabłka ze skórką
- laska cynamonu lub szczypta mielonego
- 2 łyżki suszonej żurawiny

Przygotowanie:

1. Herbatę zaparz jak zwykle.
2. Do gorącej herbaty dodaj pozostałe składniki.
3. Odczekaj chwilę, aby składniki miały czas napęcznieć i uwolnić pełnię swojego smaku oraz aromatu.

Świąteczna herbata malinowo-pomarańczowa

Składniki:

- pół łyżeczki czarnej herbaty liściastej
- 3 półplasterki sparzonej pomarańczy
- łyżeczka miodu
- 1 sztuka anyżu gwiazdkowego
- gałązka rozmarynu
- garść malin

Przygotowanie:

1. Herbatę zaparz razem z anyżem, aby wydobyć jego intensywny i korzenny aromat.
2. Do herbaty najpierw dodaj półplasterki sparzonej pomarańczy, a następnie gałązkę rozmarynu, aby napój nabrał wyjątkowego smaku i aromatu.
3. Do lekko ostudzonej herbaty (żeby nie było wrzątku) dodaj miód i kilka malin.

BEZPŁATNE SZKOLENIA

15 328

**pielęgniarek,
pielęgniarzy
i położnych**





- Kursy**
 - ✓ kwalifikacyjne
 - ✓ uzupełniający z zakresu pielęgniarstwa dla położnych
 - ✓ specjalistyczne
 - ✓ kształcące
- Platforma e-learningowa**

Dowiedz się więcej



www.nipip.pl

Obserwuj nas



naczelnaipip

Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych

Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych

ul. Pory 78/10, 02-757 Warszawa ☎ 22 327 61 61 ✉ nipip@nipip.pl

Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych realizuje projekt „Wsparcie kształcenia pielęgniarek, pielęgniarzy i położnych w Polsce” FERS.01.12-IP.07-0001/25)

Projekt jest realizowany w ramach programu **Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego 2021–2027**, współfinansowanego ze środków **Europejskiego Funduszu Społecznego Plus**.



Fundusze Europejskie
dla Rozwoju Społecznego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



NACZELNA IZBA
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Projekt: Wsparcie ksztalcenia pielęgniarek, pielęgniarzy i położnych w Polsce

Cel projektu:

Celem głównym projektu jest podniesienie kwalifikacji zawodowych 12 262 pielęgniarek, pielęgniarzy i położnych w obszarach pielęgniarstwa i położnictwa uznanych za deficytowe z punktu widzenia potrzeb zdrowotnych polskiego społeczeństwa.

Co realizujemy? W ramach projektu planujemy:

1. Organizację kursów podyplomowych:

- Kwalifikacyjny:
 - Pielęgniarstwo anestezyjologiczne i intensywnej opieki dla pielęgniarek.
- specjalistycznych (4 dziedzin):
 - Leczenie ran dla pielęgniarek;
 - Żywnienie dojelitowe i pozajelitowe dla pielęgniarek;
 - Edukator w cukrzycy dla pielęgniarek i położnych;
 - Terapia bólu przewlekłego u dorosłych dla pielęgniarek i położnych.

2. Utworzenie platformy szkoleniowej z 15 nowoczesnymi szkoleniami e-learningowymi – dostępnej bezpłatnie dla uczestników projektu.

3. Wsparcie organizacyjne dla uczestników, w tym:

- bezpłatne podręczniki,
- bezpłatny catering podczas zajęć,
- bezpłatny dostęp do platformy e-learningowej.

Źródło finansowania

Projekt realizowany jest w ramach programu **Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego 2021–2027**, współfinansowanego ze środków **Europejskiego Funduszu Społecznego Plus**.

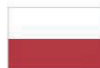
Wsparcie dla osób z niepełnosprawnościami

Na każdym etapie realizacji projektu zapewniamy pełne wsparcie dla osób z niepełnosprawnościami. Chcemy, aby udział w naszych działaniach był dostępny i komfortowy dla wszystkich uczestników i uczestniczek.

Aby dostosować wsparcie do indywidualnych potrzeb, prosimy o ich zgłoszenie:

e-mail: orpip@orpip.radom.pl

telefonicznie +48 360 69 60



Regulamin rekrutacji i udziału w projekcie pn. „Wsparcie kształcenia pielęgniarek, pielęgniarzy i położnych”

I. Postanowienia ogólne

§ 1 Użyte w regulaminie sformułowania oznaczają:

- 1) **Beneficjent** – Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych (NIPiP), ul. Pory 78 lok. 10, 02-757 Warszawa.
- 2) **Projekt** – projekt nr FERS.01.12-IP.07-0001/25 pn. „Wsparcie kształcenia pielęgniarek, pielęgniarzy i położnych” finansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Plus i realizowany przez Beneficjenta w ramach Działania 01.12 Programu Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego 2021-2027 (FERS).
- 3) **Biuro Projektu** – siedziba Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych, ul. Pory 78 lok. 10, 02-757 Warszawa.
- 4) **Kandydat/Kandydatka** – osoba ubiegająca się o zakwalifikowanie do udziału w Projekcie.
- 5) **Uczestnik/Uczestniczka** – Kandydat/Kandydatka, który/a po spełnieniu wszystkich wymogów określonych w Regulaminie został/a dopuszczony/a do udziału w Projekcie.
- 6) **Wsparcie projektowe** – działania skierowane dla Uczestników/czek i realizowane w ramach Projektu w formie kursów specjalistycznych, kwalifikacyjnych i doszkalających, kursu uzupełniającego z zakresu pielęgniarstwa dla położnych oraz szkoleń doskonalących na platformie szkoleniowej.
- 7) **Kurs stacjonarny/metoda stacjonarna** - zorganizowana forma kształcenia realizowana w czasie rzeczywistym, w fizycznej obecności prowadzącego i uczestników, w wyznaczonej lokalizacji (np. sala wykładowa, centrum szkoleniowe, siedziba instytucji). Kurs stacjonarny nie jest formą kształcenia online
- 8) **Organizator** – wykonawcy realizujący na zlecenie Beneficjenta Wsparcie projektowe.
- 9) **Rozporządzenie** - Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 września 2016 r. Dz.U z 2016r. poz. 1761 ze zm. w sprawie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych.

§ 2 Ogólne założenia projektu

- 1) Celem Projektu jest podniesienie kwalifikacji zawodowych 12 626 pielęgniarek, pielęgniarzy i położnych z całego kraju w okresie do 31 maja 2027 r. Dodatkowym wsparciem w projekcie będzie utworzenie platformy szkoleniowej, na której zamieszczone zostaną krótkie szkolenia doskonalące, uzupełniające i aktualizujące wiedzę i umiejętności zawodowe.
- 2) Projekt będzie realizowany w okresie od 01.01.2025 r. do 31.05.2027 r.
- 3) Liczba Uczestników/czek projektu wynosić będzie 15 328 osób.
- 4) Wsparcie projektowe realizowane będzie w formie kursów doszkalających, specjalistycznych, kwalifikacyjnych oraz uzupełniającego z zakresu pielęgniarstwa dla położnych, zgodnych z aktualnymi programami zatwierdzonymi przez Ministra Zdrowia i/lub Naczelna Izbę Pielęgniarek i Położnych.
- 5) Projekt zakłada organizację kursów w ramach kształcenia podyplomowego pielęgniarek, pielęgniarzy i położnych oraz szkoleń on-line na dedykowanej platformie szkoleniowej.
- 6) Projekt zakłada następujące rodzaje kursów stacjonarnych (łącznie 551 edycji):

KURSY DOKSZTAŁCAJĄCE w zakresie:

- Aktywne prowadzenie porodu, pozycje wertykalne w porodzie dla położnych;
- Ordynowanie leków w praktyce dla pielęgniarek, pielęgniarzy i położnych;
- Opieka koordynowana w podstawowej opiece zdrowotnej dla pielęgniarek, pielęgniarzy;
- Aspekty opieki pielęgniarskiej nad pacjentami ze stomią, w tym zapobieganie powikłaniom dla pielęgniarek, pielęgniarzy.

KURSY SPECJALISTYCZNE w zakresie:

- Leczenia ran dla pielęgniarek;
- Żywienia dojelitowego i pozajelitowego dla pielęgniarek;
- Leczenia ran dla położnych;
- Diagnostyki ultrasonograficznej w położnictwie i ginekologii dla położnych;
- Wykonywania i interpretacji zapisu elektrokardiologicznego u dorosłych dla pielęgniarek i położnych (kurs dostępny tylko dla osób, które nie brały udziału w takim samym kursie w ramach projektu POWR.07.01.00-00-0004/22);
- Komunikowania interpersonalnego w pielęgniarstwie dla pielęgniarek i położnych (kurs dostępny tylko dla osób, które nie brały udziału w takim samym kursie w ramach projektu POWR.07.01.00-00-0004/22);
- Edukator w cukrzycy dla pielęgniarek i położnych;

- Terapii bólu przewlekłego u dorosłych dla pielęgniarek i położnych;
- Opieki pielęgniarskiej nad chorymi w leczeniu systemowym nowotworów dla pielęgniarek i położnych.

KURSY KWALIFIKACYJNE, w dziedzinie:

- pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki w położnictwie i ginekologii dla położnych;
- pielęgniarstwa operacyjnego dla położnych;
- pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki dla pielęgniarek;
- pielęgniarstwa operacyjnego dla pielęgniarek;
- pielęgniarstwa opieki długoterminowej dla pielęgniarek.

KURS UZUPEŁNIAJĄCY z zakresu pielęgniarstwa dla położnych.

- 7) **Jedna osoba może wziąć udział tylko w jednym kursie stacjonarnym (tj. jednej edycji kursu kształcącego, specjalistycznego, kwalifikacyjnego lub uzupełniającego z zakresu pielęgniarstwa dla położnych). Dodatkowo każda osoba może uczestniczyć w dowolnej liczbie szkoleń doskonalących on-line na platformie szkoleniowej (minimum w jednym)..**
- 8) Każdy/a Uczestnik/czka ma obowiązek ukończyć jeden, wybrany kurs w ramach kształcenia podyplomowego oraz co najmniej jedno wybrane szkolenie on-line na platformie szkoleniowej.
- 9) Udział w Projekcie jest bezpłatny.
- 10) Beneficjent zapewnia wsparcie towarzyszące związane z udziałem w Projekcie:
 - Materiały (podręczniki) opracowane dla każdego kursu stacjonarnego (każdy/a Uczestnik/czka otrzyma wszystkie podręczniki opracowane w ramach projektu do każdego kursu),
 - Wyżywienie podczas szkoleń teoretycznych (obiad i przerwy kawowe),
 - Platforma szkoleniowa oraz 15 szkoleń doskonalących on-line, dostępnych przez cały okres realizacji projektu.
- 11) Wsparcie projektowe w postaci dofinansowania bezpłatnego udziału w projekcie dla uczestników/czek będącymi przedsiębiorcą w rozumieniu Ustawy z dnia 6 marca 2018 r. - Prawo przedsiębiorców (tekst jedn. Dz.U.2024. poz. 236))objęte jest pomocą de minimis. Wartość udzielonej pomocy de minimis ustalana będzie indywidualnie dla takiego Uczestnika Projektu po złożeniu stosownych dokumentów, w zależności od wybranego szkolenia/szkoleń. Szczegółowe uregulowania zawarte są w Rozporządzeniu Komisji (UE) 2023/2831 z dnia 13 grudnia 2023 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz. Urz. UE L 2023/2831 z 15.12.2023)Zgodnie z obowiązującymi przepisami, pomocą de minimis jest pomoc publiczna udzielona w wysokości nieprzekraczającej 300 tys. euro w ciągu 3 lat.
- 12) Wszystkie informacje dotyczące realizacji Projektu dostępne są na stronie internetowej Beneficjenta www.nipip.pl/projekt/ a także w Biurze Projektu oraz dodatkowo w miejscach prowadzenia kursów w 45 okręgach, których lokalizacja będzie na bieżąco zamieszczana na stronie internetowej Beneficjenta.

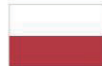
II. Rekrutacja Uczestników/Uczestniczek

§ 3 Warunki uczestnictwa

- 1) Uczestnikami/Uczestniczkami Projektu mogą być wyłącznie **osoby posiadające prawo wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarskiego lub położnej/położnego, wpisane do rejestru prowadzonego przez właściwą ze względu na miejsce wykonywania zawodu Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych**, które z własnej inicjatywy wyrażają chęć udziału w projekcie.
- 2) Do udziału w kursach kwalifikacyjnych dodatkowym wymogiem jest posiadanie stażu pracy w zawodzie wynoszącego co najmniej 6 m-cy.

§ 4 Terminy i miejsca rekrutacji

- 1) Rekrutacja do Projektu odbywać się będzie drogą elektroniczną (I etap) z wykorzystaniem Systemu Monitorowania Kształcenia (SMK) jak i elektroniczną i/lub tradycyjną (II etap) polegającą na złożeniu kompletu dokumentów rekrutacyjnych (Formularz zgłoszeniowy wraz z załącznikami) i będzie prowadzona w sposób ciągły przez cały okres realizacji projektu z założeniem, że na 4 tygodnie przed każdym kursem (gdy liczba Kandydatów/tek będzie równa lub większa niż liczba miejsc) lista zakwalifikowanych osób może zostać zamknięta.
- 2) Dokumenty rekrutacyjne należy składać osobiście w biurze projektu znajdującym się w Warszawie (02-757) przy ul. Pory 78, lokal nr 10 lub za pośrednictwem poczty/kuriera.
- 3) Możliwe jest także złożenie Formularza zgłoszeniowego oraz załączników do Formularza w postaci elektronicznej opatrzonej podpisem elektronicznym Kandydata/tki. W przypadku dokumentów złożonych w postaci elektronicznej bez ważnego podpisu elektronicznego (np. w postaci skanów) wymagane jest dostarczenie oryginałów dokumentów



- przed dokonaniem ostatecznej kwalifikacji do kursu.
- 4) Dodatkowe miejsca składania dokumentów rekrutacyjnych zostaną umieszczone na stronie internetowej Beneficjenta www.nipip.pl.
 - 5) W przypadku zgłoszeń korespondencyjnych decyduje data wpływu.
 - 6) W przypadku zgłoszeń elektronicznych decyduje data wpływu na adres e-mail Beneficjenta lub Organizatora.
 - 7) Rekrutacja prowadzona będzie w Biurze Projektu w godzinach pracy Beneficjenta.
 - 8) Wzory dokumentów rekrutacyjnych dostępne są na stronie internetowej Beneficjenta oraz w Biurze Projektu.

§ 5 Procedura rekrutacyjna

- 1) Kandydaci/teki, którzy/re chcą wziąć udział w Projekcie zobowiązani/e są zarejestrować się na wybraną edycję kursu w SMK, a także dostarczyć w terminach rekrutacji wypełnione i podpisane dokumenty rekrutacyjne:
 - a) Dotyczy osób fizycznych nie prowadzących działalności gospodarczej/nie będących przedsiębiorcami:
 - Formularz zgłoszeniowy,
 - Oświadczenie w sprawie przetwarzania danych osobowych (Klauzula RODO),
 - Oświadczenie o stażu pracy (dotyczy tylko kursów kwalifikacyjnych),
 - Orzeczenie o niepełnosprawności (kserokopia, jeśli dotyczy).
 - b) Dotyczy osób prowadzących działalność gospodarczą/będących przedsiębiorcami
 - Formularz zgłoszeniowy,
 - Oświadczenie w sprawie przetwarzania danych osobowych (Klauzula RODO),
 - Oświadczenie Przedsiębiorcy o uzyskanej pomocy de minimis,
 - Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis (w przypadku uczestników będącymi przedsiębiorcą w rozumieniu Ustawy z dnia 6 marca 2018 r. - Prawo przedsiębiorców (Dz.U.2021.0.162),
 - Oświadczenie o stażu pracy (dotyczy tylko kursów kwalifikacyjnych),
 - Orzeczenie o niepełnosprawności (kserokopia, jeśli dotyczy).
- 2) Złożone przez Kandydata/tekę dokumenty rekrutacyjne nie podlegają zwrotowi.
- 3) Dopuszczamy możliwość przesłania w formie elektronicznej skanów podpisanych dokumentów na adres mailowy Beneficjenta lub Organizatora kształcenia (adresy mailowe dla poszczególnych okręgów będą umieszczone na stronie internetowej Beneficjenta) z zastrzeżeniem, że w przypadku zakwalifikowania Kandydata/teki do udziału w projekcie zobowiązany on/ona będzie do złożenia oryginałów dokumentów przed podpisaniem umowy uczestnictwa w projekcie.
- 4) Analiza złożonych dokumentów rekrutacyjnych pod kątem spełnienia wymogów formalnych grupy docelowej odbywać się będzie dwuetapowo tj. przez Organizatora kształcenia oraz docelowo przez Beneficjenta.
- 5) Niekompletne dokumenty, złożone po terminie lub bez zachowania postanowień Regulaminu nie będą przyjmowane ze względu na swoje wady formalne, zaś złożone pozostaną nie rozpatrzone.
- 6) O zakwalifikowaniu do Projektu decydować będzie spełnienie wymogów formalnych oraz miejsce na liście rankingowej Kandydatów/tek (osobne dla każdej edycji każdego kursu).
- 7) **Kryterium strategicznym przy układaniu list rankingowych jest:**
 - orzeczenie o niepełnosprawności (+10 pkt. strategicznych),
 - wykształcenie nie wyższe niż średnie (+10 pkt. strategicznych).
- 8) W przypadku kursów „Wykonywania i interpretacji zapisu elektrokardiologicznego u dorosłych dla pielęgniarek i położnych” oraz „Komunikowania interpersonalnego w pielęgniarstwie dla pielęgniarek i położnych” zakwalifikowane mogą zostać wyłącznie osoby, które nie brały udziału w takim samym kursie w ramach projektu POWR.07.01.00-00-0004/22 – kryterium weryfikowane na podstawie oświadczenia i/lub danych w systemie monitorowania uczestników Centralnego Systemu Teleinformatycznego SL2014).
- 9) W przypadku kursów kwalifikacyjnych wymagany jest minimum 6-miesięczny staż pracy (weryfikacja na podstawie danych z Formularza zgłoszeniowego i oświadczenia Kandydata/teki).
- 10) W przypadku równej ilości punktów na liście rankingowej przeprowadzony zostanie egzamin kwalifikacyjny.
- 11) Po zamknięciu rekrutacji na daną edycję kursu ogłoszona zostanie lista osób zakwalifikowanych w każdej edycji oraz lista osób rezerwowych (jeśli dotyczy) z możliwością kwalifikacji na kolejną edycję danego kursu, jeśli będzie taka organizowana u danego Organizatora.
- 12) Po ogłoszeniu listy osób zakwalifikowanych do Projektu Kandydat/ka ma obowiązek dostarczyć przed rozpoczęciem kursu **podpisaną Umowę uczestnictwa** (w 2 egzemplarzach).
- 13) W przypadku pojawienia się dodatkowych wolnych miejsc (np. w związku z niepodpisaniem umów z Kandydatami/tkami) Beneficjent będzie kontaktował się z osobami z listy rezerwowej.
- 14) W przypadku braku zrekrutowania wymaganej liczby uczestników/czek na daną edycję Beneficjent i/lub Organizator ma prawo odwołać edycję lub zaproponować nowy termin jej przeprowadzenia.

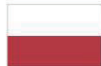
II. Organizacja wsparcia projektowego

§ 6 Ogólne założenia i terminy udzielania wsparcia projektowego

- 1) Zajęcia teoretyczne będą prowadzone metodą stacjonarną.
- 2) Staże zawodowe mogą być realizowane w miejscu pracy pielęgniarki/położnej lub w innej placówce pod warunkiem spełnienia wymogów formalnych zgodnie z programem kształcenia danego kursu. Za wybór miejsca odbywania stażu odpowiedzialny jest Organizator.
- 3) Przewiduje się grupy ok 28-osobowe dla kursów, które mogą być dzielone na mniejsze (w zależności od programu danego kursu) podczas zajęć seminaryjnych, ćwiczeniowych lub podczas zajęć stażowych w placówkach medycznych.
- 4) Wszystkie kursy w ramach projektu stanowią rodzaj kształcenia, który zgodnie z ustawą z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (tekst jedn. Dz. U. z 2024 r., poz. 814) ma na celu uzyskanie wiedzy i umiejętności do wykonywania określonych czynności zawodowych przy udzielaniu świadczeń pielęgnacyjnych, zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych lub rehabilitacyjnych. Cel kursu, efekty kształcenia, czas jego trwania, plan nauczania, sposób organizacji oraz sposób sprawdzania efektów kształcenia jest określony w programie każdego kursu; programy kursów specjalistycznych i kwalifikacyjnych oraz kursu uzupełniającego z pielęgniarstwa dla położnych są zatwierdzone przez Ministra Zdrowia.
- 5) Wszystkie kursy kończą się egzaminem, którego pozytywny wynik stanowi formalne potwierdzenie osiągnięcia wymaganych efektów uczenia się. W zależności od rodzaju kursu, uczestnik/czka po jego ukończeniu uzyskuje kwalifikacje zawodowe uprawniające do wykonywania określonych czynności zawodowych lub potwierdzenie nabycia kompetencji zgodnych z zakresem kursu. Niezależnie od formy kształcenia, miejsca realizacji oraz organizatora, każdy uczestnik/czka po zakończeniu kursu otrzymuje jednolite, zgodne z zatwierdzonym programem kształcenia, potwierdzenie posiadanych kwalifikacji lub kompetencji.
- 6) Harmonogramy udzielania Wsparcia projektowego zostaną umieszczone na stronie internetowej Beneficjenta www.nipip.pl a także będą dostępne w Biurze Projektu oraz u poszczególnych Organizatorów kształcenia.
- 7) Beneficjent i/lub Organizator zastrzega sobie możliwość zmian terminów udzielania Wsparcia projektowego i godzin, w których będą się one odbywać.
- 8) Po podpisaniu umowy uczestnictwa każda osoba otrzyma indywidualny dostęp do e-learningowej platformy szkoleniowej, dedykowanej dla pielęgniarek, pielęgniarzy i położnych oraz do 15 bezpłatnych szkoleń doskonalących. Każde szkolenie doskonalące on-line na platformie kończy się egzaminem (on-line) oraz uzyskaniem certyfikatu. Dostęp do wszystkich szkoleń na platformie jest bezpłatny i dotyczy całego okresu realizacji projektu. Uczestnik/Uczestniczka ma obowiązek:
 - a) zarejestrować się na platformie szkoleniowej w terminie do 7 dni od otrzymania indywidualnych danych do rejestracji,
 - b) ukończyć co najmniej jedno szkolenie on-line, w wybranym przez siebie czasie, nie później jednak niż do 30.05.2027 r., tj. do końca realizacji Projektu

§ 7 Obowiązki Beneficjenta i Organizatora

- 1) Beneficjent zobowiązuje się do realizacji Wsparcia projektowego zgodnie z aktualnymi programami kształcenia zatwierdzonymi przez Ministra Zdrowia i zamieszczonymi na stronie internetowej Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego lub programami opracowanymi przez specjalistów w dziedzinie medycyny, której dotyczy, i zatwierdzonymi przez Beneficjenta (dotyczy kursów dokształcających oraz szkoleń doskonalących).
- 2) Organizator zapewnia dla każdego kursu:
 - sale szkoleniowe (dostępne dla osób z niepełnosprawnościami), wyposażone w sprzęt prezentacyjny oraz medyczny (jeśli dotyczy),
 - usługi cateringowe,
 - materiały dydaktyczne i szkoleniowe (podręczniki szkoleniowe),
 - placówki medyczne na potrzeby realizacji części praktycznej kursu (jeśli dotyczy),
 - trenerów,
 - opiekunów staży (jeśli dotyczy),
 - organizację egzaminów.
- 3) Uczestnik otrzyma od Organizatora zaświadczenie udziału w projekcie oraz zaświadczenie i/lub certyfikat ukończenia kursu.
- 4) Warunkiem otrzymania zaświadczenia udziału w projekcie będzie udział we wszystkich przewidzianych formach wsparcia projektowego zgodnie z programem kształcenia, a zaświadczenia i/lub certyfikat ukończenia kursu - zaliczenie wszystkich modułów oraz egzaminu końcowego.



§ 8 Obowiązki Uczestnika, Uczestniczki

- 1) Uczestnik/czka zobowiązany jest do udziału we wszystkich przewidzianych formach wsparcia projektowego do których został/a zakwalifikowany/a zgodnie z programem kształcenia.
- 2) Beneficjent może skreślić Uczestnika/czkę z listy Uczestników/czek:
 - a. w przypadku rezygnacji lub nieobecności na zajęciach w ramach kursu;
 - b. rażącego naruszenia przez Uczestnika/czkę postanowień niniejszego Regulaminu;
 - c. działania Uczestnika/czki na szkodę Beneficjenta.
- 3) Całkowita rezygnacja Uczestnika/czki z kursu spowoduje naliczenie kary umownej w wysokości 1500 zł (słownie: tysiąc pięćset złotych) płatnej na pierwsze wezwanie Beneficjenta w terminie do 14 dni kalendarzowych pod rygorem dochodzenia w postępowaniu sądowym.
Za rezygnację Uczestnika/czki z kursu uznaje się zarówno przekazanie oświadczenia (ustnego lub pisemnego) o rezygnacji z kursu, a także potwierdzona przez Organizatora nieusprawiedliwiona absencja na kursie.
- 4) Kara umowna nie będzie naliczana w przypadku zobowiązania się Uczestnika/czki do ukończenia innej edycji kursu realizowanej w ramach Projektu.
- 5) Uczestnik/czka zobowiązany/a jest do wypełnienia ankiet, oświadczeń, list itp. dostarczonych przez Beneficjenta przez okres trwania Projektu oraz do 4 tygodni po jego zakończeniu.

§ 9 Postanowienia końcowe

- 1) Beneficjent zastrzega sobie prawo zmiany Regulaminu bądź wprowadzenia dodatkowych postanowień.
- 2) W przypadku zmian dokonanych bądź wprowadzenia dodatkowych postanowień w Regulaminie, Beneficjent za pośrednictwem Organizatora niezwłocznie poinformuje o tym fakcie Uczestników/czki drogą e-mailową.
- 3) W przypadkach nieujętych w Regulaminie decyzję ostateczną podejmuje Kierownik projektu.
- 4) Niniejszy Regulamin wchodzi w życie z dniem jego podpisania i obowiązuje przez okres realizacji Projektu.

Załączniki:

1. Formularz zgłoszeniowy;
2. Informacja RODO;
3. Oświadczenie przedsiębiorcy;
4. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis (dotyczy przedsiębiorców w rozumieniu Ustawy z dnia 6 marca 2018 r. - Prawo przedsiębiorców (tekst jedn. Dz.U.2024, poz. 236)).
5. Wzór umowy uczestnictwa w projekcie dla osoby fizycznej
6. Wzór umowy uczestnictwa w projekcie z pomocą de minimis (dotyczy osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą).



KURS UZUPEŁNIAJĄCY W ZAKRESIE PIELĘGNIARSTWA dla POŁOŻNYCH

Zapraszamy do kontaktu koleżanki położne chcące wziąć udział w kursie uzupełniającym dla położnych.

Tylko osoby, które są w stanie spełnić poniższe wymagania proszone są o przesłanie swoich danych: Imię i nazwisko oraz numer PWZ oraz telefon do kontaktu na adres e-mail: zgloszenia@orpip.radom.pl

Termin przyjmowania zgłoszeń do 20 grudnia 2025 r.

Do kursu uzupełniającego w zakresie pielęgniarstwa dla położnych mogą zostać zakwalifikowane osoby, które:

1. posiadają **pełne prawo wykonywania zawodu położnej lub położnego**,
2. pozostają poza zatrudnieniem w zawodzie położnej/położnego przez okres **nie dłuższy niż 5 lat**,
3. potwierdzą **brak możliwości podjęcia zatrudnienia w charakterze położnej lub położnego** poprzez złożenie oświadczenia o braku możliwości podjęcia pracy w zawodzie **ORAZ** jednego z poniższych *dokumentów*:
 - zaświadczenia z urzędu pracy o zarejestrowaniu jako **osoba bezrobotna**, lub
 - zaświadczenia z urzędu pracy o zarejestrowaniu jako **osoba poszukująca zatrudnienia w zawodzie położnej/położnego**, lub
 - zaświadczenia z właściwej miejscowo **Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych** potwierdzającego okres pozostawania osobą niezatrudnioną w zawodzie położnej/położnego (na podstawie Rejestru Pielęgniarek i Położnych), lub
 - zaświadczenia od aktualnego pracodawcy o **likwidacji oddziału lub stanowiska pracy**, potwierdzającego rozwiązanie stosunku pracy lub **planowane zwolnienie z pracy** w charakterze położnej/położnego.

Dodatkowo punktowane:

4. posiadają zaświadczenia od aktualnego pracodawcy o **likwidacji oddziału lub stanowiska pracy**, potwierdzającego rozwiązanie stosunku pracy lub **planowane zwolnienie z pracy** w charakterze położnej/położnego – 20 pkt
5. **nie pobierają świadczenia emerytalnego ani nie posiadają uprawnień do jego pobierania** – 10 pkt
6. posiadają **orzeczenie o niepełnosprawności** – 10 pkt

W przypadku zgłoszenie się grupy 20 położnych spełniających powyższe kryteria istnieje możliwość rozpoczęcia kursu doskonalącego już od 1 lutego 2026 r.

Załącznik do Uchwały Nr 106/VIII/2024 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 13 czerwca 2024 r. w sprawie ustalenia zasad uzyskiwania przez pielęgniarki i położne punktów edukacyjnych w ramach kształcenia ustawicznego

KSZTAŁCENIE USTAWICZNE / PUNKTY EDUKACYJNE

Tabela 1 z 2

Kryterium	Propozycja zapisu
Okres rozliczeniowy	60 miesięcy
Minimalna liczba punktów do uzyskania w okresie rozliczeniowym	100
Zgłaszanie aktualizacji	do OIPiP elektronicznie w module rejestru okręgowego
Dopełnienie obowiązku stałego aktualizowania wiedzy i umiejętności zawodowych pielęgniarki, położnej	potwierdza okręgowa izba pielęgniarek i położnych wpisując dane do rejestru w trybie administracyjnym
Zgłaszanie/wprowadzanie danych	na bieżąco, jednak, nie później niż w okresie trzech miesięcy po zakończeniu okresu rozliczeniowego
Pierwszy okres rozliczeniowy dla pielęgniarek i położnych czynnych zawodowo:	Rozpoczyna się 1 stycznia 2026r kończy się 31 grudnia 2030 r.
Okres rozliczeniowy dla pielęgniarek i położnych, którym stwierdzono prawo wykonywania zawodu po 1 stycznia 2026 r.	rozpoczyna się z dniem wpisu do rejestru
Ukończone rodzaje doskonalenia zawodowego przed dniem wejścia w życie niniejszej uchwały	zalicza się do pierwszego okresu rozliczeniowego
Niedopełnienie obowiązku stałego aktualizowania wiedzy i umiejętności zawodowych	jest odnotowywane w okręgowym rejestrze pielęgniarek, położnych. Pielęgniarka, położna otrzymuje monit z oipip o niespełnieniu obowiązku i może uzyskać dodatkowy termin jego spełnienia. W przypadku niespełnienia obowiązku aktualizacji wiedzy ORPiP może czasowo zawiesić PWZ

LICZBA PUNKTÓW EDUKACYJNYCH ODPOWIADAJĄCYCH POSZCZEGÓLNYM FORMOM DOSKONALENIA ZAWODOWEGO W 5-LETNIM OKRESIE ROZLICZENIOWYM

Tabela 2 z 2

Lp.	Forma doskonalenia zawodowego	Liczba punktów	Sposób potwierdzenia uczestnictwa
1.	Ukończenie szkoleń podyplomowych zgodnie z obowiązującymi przepisami w zakresie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych a) szkolenia specjalizacyjnego b) kursu kwalifikacyjnego c) kursu specjalistycznego d) kursu dokształcającego	80* 40 20 10	dypłom lub zaświadczenie
2.	Uczestnictwa w webinarach	10* max 50 punktów	certyfikat
3.	Ukończenie studiów podyplomowych w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia	20 za każdy semestr	dypłom
4.	Udział w kongresie, zjeździe, konferencji, sympozjum naukowo-szkoleniowym: a) udział bierny b) udział czynny	liczba 5 pkt liczba 10 pkt	zaświadczenie lub certyfikat na podstawie programu
5.	Przynależność do towarzystw naukowych i stowarzyszeń pielęgniarskich i innych medycznych	5 pkt/rok/towarzystwo, stowarzyszenie	zaświadczenie
6.	Udział w szkoleniu wewnątrzzakładowym/wewnątrzodziałowym: a) udział bierny b) udział czynny	2 5 (max. 50 pkt**)	potwierdzenie przez organizatora w dokumencie ewidencji lub osobne zaświadczenie
7.	Udział w komisjach/zespołach działających na rzecz rozwoju zawodów pielęgniarki i położnej	3 pkt za jedno posiedzenie, (max. 30**)	zaświadczenie
8.	Publikacja w dziedzinie nauk medycznych lub nauk o zdrowiu: a) artykułu w czasopiśmie naukowych b) książki naukowej/monografii c) książki popularnonaukowej d) rozdziału/tematu w książce naukowej/monografii e) rozdziału/tematu w książce popularnonaukowej f) artykułu w czasopiśmie popularnym lub biuletynie informacyjnym	20* 80 50 30 20 10	nota biograficzna lub wydruk z czasopisma
9.	Udział w radzie naukowej, programowej lub kolegium redakcyjnym w dziedzinie nauk medycznych lub nauk o zdrowiu: a) czasopisma naukowego lub popularnonaukowego b) publikacji zwartej lub biuletynu samorządu zawodowego	10 pkt/rok 10 pkt/rok	stopka redakcyjna

Załącznik do Uchwały Nr 106/VIII/2024 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 13 czerwca 2024 r. w sprawie ustalenia zasad uzyskiwania przez pielęgniarki i położne punktów edukacyjnych w ramach kształcenia ustawicznego

10.	Indywidualna prenumerata roczna czasopism naukowych i zawodowych z pielęgniarstwa, położnictwa lub innych medycznych	5 pkt za jeden tytuł, max. 10 pkt/ rok	potwierdzenie przez wydawcę lub dowód opłacenia prenumeraty
11.	Uzyskanie stopnia lub tytułu naukowego	100	dypłom lub zaświadczenie
12.	Uzyskanie tytułu zawodowego magistra pielęgniarstwa/położnictwa	80	dypłom
13.	Ukończenie studiów licencjackich tzw. pomostowych w dziedzinie pielęgniarstwa/położnictwa	40	dypłom
14.	Ukończenie kursu/szkolenia podyplomowego nieobjętego przepisami w zakresie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych, mającego zastosowanie na stanowisku pracy.	1 pkt za 1 h (max. 30 pkt**)	dypłom lub zaświadczenie
15.	Osoby aktywnie działające w samorządzie zawodowym (nie będące pracownikami etatowymi w strukturach samorządu)	10 pkt/ rok** (max. 40 pkt.)	zaświadczenie

* - w tym również specjalizacje w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia

** - w jednym okresie rozliczeniowym

UWAGI	Jeżeli pielęgniarka, położna zmienia oipip to uzyskane pkt edukacyjne zostają jej również przeniesione i orpip uwzględnia dotychczas uzyskane przez nią punkty edukacyjne.
	Czas trwania okresu rozliczeniowego może być przedłużony – na wniosek pielęgniarki, położnej na okres nie dłuższy niż 24 miesiące np. urlopy bezpłatne, wychowawcze, przerwa w wykonywaniu zawodu wynikająca z przyczyn naturalnych czy dobrowolna rezygnacja.
	Pielęgniarka, położna, która zaprzestała wykonywania zawodu na czas określony powinna mieć możliwość liczenia okresu rozliczeniowego od chwili rozpoczęcia, tj. zawiadomienia izby o rozpoczęciu wykonywania zawodu.

VII. Ogłoszenia i podziękowania

TURNUSY REHABILITACYJNE W 2026 r

W 2026R BĘDĄ ORGANIZOWANE 7-DNIOWE WYJAZDY NA TURNUSY REHABILITACYJNE DO KOŁOBRZEGU SAN MEDICAL SPA W TERMINACH:

1. 30.05 - 06.06.2026 - 26 miejsc w pokojach 2/os
2. 06.06 - 13.06.2026 - 26 miejsc w pokojach 2/os
3. 12.09. - 19.09. 2026 - 26 miejsc w pokojach 2/os

Wnioski przyjmowane będą od 1 lutego 2026r. i kwalifikowane zgodnie z kolejnością ich złożenia.

Prosimy zapoznać się ze zmianami w regulaminie, które obowiązywać będą od 1 stycznia 2026r
Planowane są również pobyty w Mielnie w okresie wakacyjnym w sierpniu oraz we wrześniu 2026r.
Szczegóły i terminy wyjazdu do Mielna podane zostaną w późniejszym okresie.



Drogie Koleżanki
Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Radomiu
z okazji przejścia na emeryturę przekazuje
serdeczne życzenia
realizacji dalszych planów i zamierzeń
wspieranych dobrym zdrowiem i zasłużoną satysfakcją
z zawodowych dokonań, oraz
wszelkiej pomyślności w życiu osobistym.

Życzenia przekazujemy Paniom :

- 1) Witczak Ewie Małgorzacie zatrudnionej w RSzS
- 2) Pyzarze Bożenie zatrudnionej w M.Sz.S. Sp. z o.o.
- 3) Skarżyńskiej Elżbiecie zatrudnionej w PCM w Grójcu
- 4) Stanisławek Ewie Marii zatrudnionej w M.Sz.S. Sp. z o.o.
- 5) Osieckiej Monice Justynie zatrudnionej w SPZZOZ w Kozienicach
- 6) Niedzieli Krystynie Teresie zatrudnionej w SPZZOZ w Lipsku
- 7) Srebrzyńskiej Ewie zatrudnionej w SWPZZPOZ
- 8) Nowak Dorocie Iwonie zatrudnionej w SPZOZ w Stromcu
- 9) Baliczek – Wierzińskiej Małgorzacie Janinie zatrudnionej w M.Sz.S. Sp. z o.o.
- 10) Leszczyńskiej Annie Ewie zatrudnionej w SWPZZPOZ



„Emerytura nie jest końcem drogi,
lecz początkiem nowej podróży”

PODZIĘKOWANIE

Dziś, z pełnym szacunkiem i wdzięcznością w związku z przejściem
na zasłużoną emeryturę składamy podziękowania za wieloletnią pracę

Pani Annie Pietrzak

Położnej, Wspólnikowi i Członkowi Zarządu
Grupowa Praktyka Pielęgniarek i Położnych „ESCU LAP” Sp. z O.O. W Radomiu



W imieniu całego zespołu wyrażamy ogromną wdzięczność za wieloletnią pracę i poświęcenie. Dziękujemy za zaangażowanie, profesjonalizm i niezwykłą lojalność, które stanowiły nieodzowną część naszej codziennej pracy. Doświadczenie, mądrość i umiejętność rozwiązywania problemów były dla nas bezcenne.

Życzymy zdrowia, szczęścia i wszelkiej pomyślności w nadchodzącej podróży zwanej emeryturą

Radości i dobrego zdrowia na dalsze lata składa :
Zarząd, Wspólnicy ,Pracownicy GPPIP, „ESCU LAP ” w Radomiu



Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych
w Radomiu

OŚRODEK SZKOLENIA OKRĘGOWEJ IZBY PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

OFERTA SZKOLEŃ W ZAKRESIE KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO
PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH
W I- II KWARTALE 2026 ROKU

Lp.	Dziedzina/zakres kształcenia	Planowany termin rozpoczęcia - *
KURSY KWALIFIKACYJNE		
1.	Pielęgniarstwo opieki długoterminowej – dla pielęgniarek	14.02.2026
2.	Pielęgniarstwo anestezjologiczne i intensywnej opieki w położnictwie i ginekologii – dla położnych	07.03.2026
KURSY SPECJALISTYCZNE		
1.	Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego u dorosłych Kurs dla pielęgniarek i położnych	10.04.2026
2.	Ordynowanie leków i wypisywanie recept – Część I Kurs dla pielęgniarek i położnych	29.05.2026
3.	Szczepienia ochronne Kurs dla pielęgniarek	17.04.2026
4.	Resuscytacja krążeniowo – oddechowa Kurs dla pielęgniarek i położnych	13.02.2026
5.	Wywiad i badanie fizykalne Kurs dla pielęgniarek i położnych	19.06.2026
6.	Leczenie ran Kurs dla pielęgniarek	12.06.2026
POZOSTAŁE KURSY SPECJALISTYCZNE ZGODNIE Z ZAPOTRZEBOWANIEM ŚRODOWISKA		
KURSY DOKSZTAŁCAJĄCE **		
1.	Aktywne prowadzenie porodu, pozycje wertykalne w porodzie – dla położnych	25.04.2026
2.	Ordynowanie leków w praktyce – dla pielęgniarek i położnych	16.05.2026
3.	Opieka koordynowana w podstawowej opiece zdrowotnej – dla pielęgniarek	30.05.2026
4.	Obsługa portów naczyniowych – dla pielęgniarek i położnych	**
5.	Warsztaty z resuscytacji krążeniowo-oddechowej – dla pielęgniarek i położnych	**
6.	Warsztaty z interpretacji zapisu elektrokardiograficznego – dla pielęgniarek i położnych	**

* Możliwe przesunięcie zaplanowanego terminu w przypadku braku wymaganej liczby uczestników.

**Kursy te mogą być realizowane w każdym podmiocie leczniczym po uprzednim ustaleniu terminów z organizatorem.

Informacja

Osoby zainteresowane zapraszamy do zgłaszania swojego udziału w powyższych szkoleniach poprzez składanie wniosków w systemie SMK.

Informacji dotyczących szkoleń można uzyskać w biurze Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych
w Radomiu, ul. Paderewskiego 15,
pod numerem telefonu (48) 360-05-12, 732-980-006
e-mail: szkolenia@orpip.radom.pl
lub na stronie internetowej: www.orpip.radom.pl

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych

ul. Paderewskiego 15

26-600 Radom

Tel./fax 48 360 69 60 sekretariat

48 366 94 79 rejestr

e-mail: orpip@orpip.radom.pl

www.orpip.radom.pl

Ośrodek Szkoleniowy OIPiP

ul. Paderewskiego 15

26-600 Radom

tel./fax 48 360 05 12, 732 980 006

e-mail: szkolenia@orpip.radom.pl

DYŻURY RZECZNIKA ODPOWIEDZIALNOŚCI
ZAWODOWEJ *

tel. 732614006

każdy poniedziałek w godz. 15:00 - 16:00

DYŻURY RADCY PRAWNEGO

PONIEDZIAŁEK 15:00 - 16:00

DYŻURY CZŁONKÓW OKRĘGOWEGO SĄDU

I i III wtorek m-ca w godz. 15:00 - 16:00

GODZINY PRACY BIURA OIPiP *

PONIEDZIAŁEK	8:00 - 16:00
WTOREK	8:00 - 16:00
ŚRODA	7:30 - 15:30
CZWARTEK	7:30 - 15:30
PIĄTEK	7:00 - 15:00

NUMERY KONT BANKOWYCH

Bardzo prosimy o przekazywanie do banku PEKAO S.A:

Składek członkowskich na nr konta: 12 1240 3259 1111 0011 0504 4522

Ubezpieczenia nr konta : 45 1240 3259 1111 0011 0504 4607

Konto bieżące nr: 41 1240 3259 1111 0011 0504 4388



Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych
w Radomiu

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych

ul. Paderewskiego 15

26-600 Radom

Tel./fax 48 360 69 60 sekretariat

48 366 94 79 rejestr

e-mail: orpip@orpip.radom.pl

www.orpip.radom.pl

ISSN 1429-2599