



Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych
w Radomiu

styczeń - marzec 2026

Wokół

Biuletyn informacyjny nr 83

Czepka



Wesołych Świąt

| 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 PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH I PREZYDIUM ORPIP NA ROK 2026

| Lp. | Planowany termin | Gremium |
|-----------------|---------------------|--------------|
| Prezydium ORPiP | 20 stycznia 2026 | wtorek |
| ORPiP | 27 lutego 2026 | piątek |
| Prezydium ORPiP | 17 marca 2026 | wtorek |
| Prezydium ORPiP | 14 kwietnia 2026 | wtorek |
| Prezydium ORPiP | 5 maja 2026 | wtorek |
| ORPiP | 12 czerwca 2026 | piątek |
| Prezydium ORPiP | 7 lipca 2026 | wtorek |
| Prezydium ORPiP | 4 sierpnia 2026 | wtorek |
| ORPiP | 4 września 2026 | piątek |
| Prezydium ORPiP | 6 października 2026 | wtorek |
| Prezydium ORPiP | 3 listopada 2026 | wtorek |
| ORPiP | 14 grudnia 2026 | poniedziałek |

| WOKÓŁ CZEPKA |
|---|
| <p style="text-align: center;">Wydawca:</p> <p style="text-align: center;">Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych</p> <p style="text-align: center;">Adres Redakcji:</p> <p style="text-align: center;">26-600 Radom, ul. Paderewskiego 15 tel./fax 48 360 69 60 e-mail: orpip@orpip.radom.pl www.orpip.radom.pl</p> <p style="text-align: center;">Redaktor Naczelna</p> <p style="text-align: center;">Małgorzata Sokulska</p> <p style="text-align: center;">Zespół Redakcyjny</p> <p style="text-align: center;">Diana Wiśniewska-Janas Iwona Raszevska</p> |

DZIAŁY TEMATYCZNE: I. Na marginesie

| | | |
|------------|---------------------------------------|-----------|
| I | NA MARGINESIE..... | 3 |
| II | AKTUALNOŚCI..... | 4 |
| III | WOKÓŁ SAMORZĄDU..... | 4 |
| IV | ZGODNIE Z PRAWEM..... | 16 |
| V | WARTO WIEDZIEĆ..... | 18 |
| VI | KONIECZNIE PRZECZYTAJ..... | 27 |
| VII | OGŁOSZENIA, PODZIĘKOWANIA..... | 28 |



Miejmy nadzieję, że za nami śnieżna, mroźna i wyjątkowo jak na ostatnie lata, długa zima. A z początkiem roku rozbudzone zostały emocje w związku z obowiązkiem aktualizacji wiedzy potwierdzonej punktami edukacyjnymi. Pragnę uspokoić wszystkich i zachęcić do logowania się na Indywidualne Konto Pielęgniarki i Położnej. Szczegóły założenia i logowania się na koncie zamieszczone są na naszej stronie internetowej w zakładce: Konto Pielęgniarki i Położnej. Proszę zapoznać się z procedurą, oraz z ilością zgromadzonych punktów edukacyjnych, gdyż kursy specjalistyczne, doszkalające, specjalizacje, studia pomostowe i magisterskie ukończone do 31 grudnia 2025r zaliczone są odpowiednią punktacją na najbliższy 5 - letni okres rozliczeniowy. Jest tylko jeden warunek, że zaświadczenia i dyplomy potwierdzające wymienione ukończone formy kształcenia zostały dostarczone do rejestru prowadzonego przez OIPiP. Proces zbierania punktów edukacyjnych z całą pewnością będzie podlegał zmianom i modyfikacją, dlatego też podchodzimy do niego racjonalnie. Zresztą tak na marginesie to w zdecydowanej większości koleżanki i koledzy czują potrzebę zapoznawania się z postępem jaki dokonuje się w diagnostyce, pielęgnacji i leczeniu, poszerzając i aktualizując swoją wiedzę. Opór jest tylko w nielicznych należących do zdecydowanej mniejszości. Izba jak zawsze będzie umożliwiać i organizować szkolenia, konferencje i warsztaty. Marzec to okres sprawozdawczy, tak więc w tym wydaniu zamieszczone są sprawozdania z działalności za 2025r. Bardzo proszę zapoznać się z nimi i pomyśleć w jaki sposób rozwijać naszą działalność, aby służyła i była pomocna wszystkim naszym członkom.

A z okazji zbliżających się Świąt Wielkanocnych w imieniu ORPiP w Radomiu

składam najserdeczniejsze życzenia:

Radości, która dostrzega piękno małych rzeczy,

Nadziei, która nie gaśnie, kiedy marzenia wydają się dalekie,

Pokoju, który koi, kiedy wszystko wyprowadza z równowagi,

Wiary, która daje oparcie, kiedy bezradność przeraża.

Życzę ciepłej i radosnej wiosny.

Małgorzata Sokulska - Przewodnicząca ORPiP w Radomiu



II. Aktualności

13.01.2026 r. – Przewodnicząca Małgorzata Sokulska wzięła udział w jubileuszu XXV – lecia Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych Regionu Mazowsze w Warszawie.

14.01.2026 r. – Przewodnicząca Małgorzata Sokulska wzięła udział w posiedzeniu Rady Społecznej Wojskowej Specjalistycznej Przychodni Lekarskiej SPZOOZ.

20.01.2026 r. – odbyło się posiedzenie Prezydium ORPiP pod przewodnictwem Małgorzaty Sokulskiej.

02.02.2026 r. – Przewodnicząca Małgorzata Sokulska wzięła udział w posiedzeniu Konwentu Przewodniczących NIPiP w Warszawie.

03.02.2026 r. – W OIPiP odbyła się kontrola Okręgowej Komisji Rewizyjnej pod przewodnictwem Przewodniczącej OKR Haliny Frynas.

12.02.2026 r. – Przewodnicząca Małgorzata Sokulska wzięła udział w posiedzeniu Zespołu ds. kontroli ośrodków kształcenia podyplomowego przy NIPiP w Warszawie.

III. Wokół samorządu

Z prac Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych:

W dniu 12 grudnia 2025 roku odbyło się posiedzenie Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych, na którym podjęto następujące uchwały:

Uchwały nr 380-384 - w/s stwierdzenia PWZ i wpisu do rejestru pielęgniarek ORPiP w Radomiu.

Uchwały nr 385-389/VIII/2025 - w/s wykreślenia z rejestru pielęgniarek ORPiP w Radomiu.

Uchwała nr 390/VIII/2025 - w/s wykreślenia z rejestru położnych ORPiP w Radomiu.

Uchwała nr 391/VIII/2025 - w/s wydania zaświadczenia o kwalifikacjach zawodowych pielęgniarki.

Uchwała nr 392/VIII/2025 – w/s przyznania pomocy koleżeńskiej.

Uchwała nr 393/VIII/2025 - w/s. przyznania świadczenia w związku z przejściem na emeryturę.

13.02.2026 r. – Odbyło się spotkanie Przewodniczącej ORPiP z Prezydentem miasta Radosławem Witkowskim

20.02.2026 r. – Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej Monika Urbańska oraz Przewodnicząca ORPiP przeprowadziły spotkanie prewencyjne z pielęgniarkami i położnymi SPZOOZ w Lipsku.

20.02.2026 r. – Odbyło się spotkanie Przewodniczącej ORPiP Małgorzaty Sokulskiej z JM Rektorem EUST Maciejem Ferkiem.

26.02.2026 r. – Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej Monika Urbańska oraz Przewodnicząca ORPiP przeprowadziły spotkanie prewencyjne z pielęgniarkami i położnymi SPZOOZ w Pionkach.

27.02.2026 r. – W siedzibie OIPiP w Radomiu odbyło się posiedzenie ORPiP pod przewodnictwem Przewodniczącej Małgorzaty Sokulskiej.

09-11.03.2026 r. – Skarbnik Ewa Banaszek - położna i Przewodnicząca ORPiP Małgorzata Sokulska wzięły udział w konferencji: „Stanisława Leszczyńska położna – zawód, powołanie, misja...”, która odbyła się w Łodzi.

13.03.2026 r. – W siedzibie OIPiP w Radomiu odbyło się szkolenie prowadzone przez mgr Annę Wiącek nt.: „Edukacja pacjenta w erze nowoczesnych terapii”.

17.03.2026 r. – Odbyło się posiedzenie Prezydium ORPiP pod przewodnictwem Przewodniczącej Małgorzaty Sokulskiej.

19-20.03.2026 r. – Przewodnicząca Małgorzata Sokulska wzięła udział w posiedzeniu Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w Warszawie.

27.03.2026 r. – W hotelu Aviator odbył się XL Okręgowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych.

31.03.2026 r. – W siedzibie OIPiP w Radomiu odbyło się szkolenie pn. „Nowoczesne metody leczenia ran i pielęgnacji stomii w praktyce”.

Uchwała nr 394/VIII/2025 - w/s dofinansowania udziału w turnusie rehabilitacyjno- leczniczym indywidualnym.

Uchwała nr 395/VIII/2025 - w/s dofinansowania kształcenia podyplomowego.

Uchwała nr 396/VIII/2025 - w/s skierowania pielęgniarki na przeszkolenie po przerwie w wykonywaniu zawodu.

Uchwała nr 397/VIII/2025 - w/s wytypowania przedstawiciela ORPiP do komisji egzaminacyjnej.

Uchwała nr 398/VIII/2025 - w/s zatwierdzenia zmian w regulaminie komisji socjalnej.

Uchwała nr 399/VIII/2025 - w/s zatwierdzenia zmian w regulaminie komisji kształcenia.

Uchwała nr 400/VIII/2025 - w/s organizacji i finansowania jubileuszu 35-lecia samorządu zawodowego oraz Międzynarodowego Dnia Pielęgniarki i Położnej.

Uchwała nr 401/VIII/2025 - w/s organizacji

i finansowania XXX Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych.

Uchwała nr 402/VIII/2025 - w/s prenumeraty magazynu „Pielęgniarki i Położnej”.

Uchwała nr 403/VIII/2025 - w/s zakupu programu komputerowego.

Uchwała nr 404/VIII/2025 - w/s podpisania umowy ubezpieczenia na asystę prawną.

Uchwała nr 405/VIII/2025 - w/s przesunięcia środków z funduszu Międzynarodowy Dzień Pielęgniarki i Położnej do funduszu na działalność ORPiP w Radomiu.

Uchwała nr 406/VIII/2025 - w/s założenia lokat środków pieniężnych OIPiP w Radomiu.

Uchwała nr 407/VIII/2025 - w/s umorzenia postępowania w celu ustalenia zdolności do wykonywania zawodu pielęgniarki.

W dniu 27 lutego 2026 roku odbyło się posiedzenie Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych, na którym podjęto następujące uchwały:

Uchwała nr 408/VIII/2026 - w/s stwierdzenia PWZ i wpisu do rejestru pielęgniarek ORPiP w Radomiu.

Uchwała nr 409/VIII/2026 - w/s wygaszenia PWZ wydanego na czas określony.

Uchwała nr 410/VIII/2026 - w/s przyznania PWZ pielęgniarki – osobie nie będącej obywatelem Unii Europejskiej na czas określony.

Uchwały nr 411-413/VIII/2026 - w/s wykreślenia z rejestru pielęgniarek ORPiP w Radomiu.

Uchwała nr 414/VIII/2026 - w/s wykreślenia z rejestru położnych ORPiP w Radomiu.

Uchwała nr 415/VIII/2026 - w/s przyznania pomocy koleżeńskiej

Uchwała nr 416/VIII/2026 – w/s przyznania świadczenia w związku z przejściem na emeryturę.

Uchwała nr 417/VIII/2026 - w/s dofinansowania udziału w turnusie rehabilitacyjno- leczniczym.

Uchwała nr 418/VIII/2026 - w/s odmowy dofinansowania i skierowania na turnus rehabilitacyjno- leczniczym.

Uchwała nr 419/VIII/2026 - w/s dofinansowania kształcenia podyplomowego.

Uchwała nr 420/VIII/2026 - w/s powołania zespołu ds. ustalania ilości punktów edukacyjnych.

Uchwała nr 421/VIII/2026 - w/s umieszczenia środków finansowych na lokatach.

Uchwała nr 422/VIII/2026 - w/s przyjęcia planu pracy ORPiP na 2026 r.

Z prac Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych:

Uchwała nr 747/VIII/2026 - w/s stwierdzenia PWZ i wpisu do rejestru pielęgniarek ORPiP w Radomiu.

Uchwała nr 748/VIII/2026 - w/s wykreślenia z rejestru pielęgniarek ORPiP w Radomiu

Uchwała nr 749/VIII/2026 - w/s przyznania pomocy koleżeńskiej.

Uchwała nr 750/VIII/2026 - w/s przyznania świadczenia w związku z przejściem na emeryturę.

Uchwała nr 751/VIII/2026 – w/s refundacji turnusu rehabilitacyjno- leczniczego indywidualnego.

Uchwała nr 752/VIII/2026 - w/s dofinansowania kształcenia podyplomowego.

Uchwała nr 753/VIII/2026 – w/s wytypowania przedstawicieli ORPiP do pracy w komisji egzaminacyjnej kursu specjalistycznego.

Uchwała nr 754/VIII/2026 – w/s wytypowania przedstawicieli ORPiP w Radomiu do pracy w zespole ds. Lecznictwa szpitalnego przy NIPiP w Warszawie.



Zjazd odbędzie się w dniu 27 marca 2026 r od godz. 10:00 w sali konferencyjnej Hotelu Aviator ul. Malczewskiego 18, w Radomiu

PRZYPOMINAMY, ŻE OBECNOŚĆ DELEGATÓW PODCZAS OBRAD CAŁEGO ZJAZDU JEST OBOWIĄZKOWA

Ewentualną nieobecność /tylko w uzasadnionych przypadkach/ prosimy zgłaszać na piśmie w sekretariacie Izby, e-mailem lub telefonicznie : 0-48 360-69-60, najpóźniej do dnia 19 marca 2026r.

Prosimy o zarezerwowanie czasu na udział w Zjeździe do godziny 15:00

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Radomiu

PORZĄDEK OBRAD XL OKRĘGOWEGO ZJAZDU

Pielęgniarek i Położnych w Radomiu

w dniu 27 marca 2026 r.

PORZĄDEK OBRAD XL OKRĘGOWEGO ZJAZDU

Otwarcie obrad XL Okręgowego Zjazdu

2. Wybór Prezydium Zjazdu
3. Wybór Komisji Mandatowej
4. Wybór asesorów
5. Wybór komisji uchwał i wniosków
6. Przyjęcie porządku obrad.
7. Przyjęcie Regulaminu Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych
8. Sprawozdanie z działalności Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych za okres 01.01- 31.12.2025 roku
9. Sprawozdanie z działalności Okręgowej Komisji Rewizyjnej za

Załącznik nr 1 do uchwały Nr 1 XL Okręgowego Sprawozdawczego Zjazdu Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Radomiu VIII kadencji z dnia 27 marca 2026 r. w sprawie zatwierdzenia regulaminu okręgowego zjazdu pielęgniarek i położnych

REGULAMIN

OKRĘGOWEGO ZJAZDU PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

§ 1

Ilekróć w Regulaminie jest mowa o:

- 1) ustawie - należy przez to rozumieć ustawę z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (tj. Dz. U. z 2018 r., poz. 916);
- 2) regulaminie wyborów do organów izb – należy przez to rozumieć regulamin wyborów do organów izby oraz trybu odwoływania ich członków przyjęty przez Krajowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych;
- 3) okręgowym zjeździe – należy przez to rozumieć okręgowy zjazd pielęgniarek i położnych, organ okręgowy izby pielęgniarek i położnych;
- 4) nadzwyczajnym okręgowym zjeździe – należy przez to rozumieć nadzwyczajny okręgowy zjazd pielęgniarek i położnych;
- 5) okręgowej radzie – należy przez to rozumieć okręgową radę pielęgniarek i położnych, organ okręgowy izby pielęgniarek i położnych;
- 6) okręgowej komisji rewizyjnej – należy przez to rozumieć okręgową komisję rewizyjną, organ okręgowy izby pielęgniarek i położnych;
- 7) okręgowym sądzie – należy przez to rozumieć okręgowy sąd pielęgniarek i położnych, organ okręgowy izby pielęgniarek i położnych;
- 8) okręgowym rzeczniku – należy przez to rozumieć okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej, organ okręgowy izby pielęgniarek i położnych;
- 9) okręgowej izbie - należy przez to rozumieć okręgową izbę pielęgniarek i położnych;
- 10) Krajowy Zjazd – należy przez to rozumieć Krajowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych;
- 11) Naczelnej Radzie – należy przez to rozumieć Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych, organ Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych;
- 12) Naczelnej Komisji Rewizyjnej - należy przez to rozumieć Naczelną Komisję Rewizyjną, organ Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych;
- 13) delegacie – należy przez to rozumieć delegata na okręgowy zjazd pielęgniarek i położnych.

§ 2

1. Okręgowy zjazd odbywa się raz w roku i jest zwoływany przez okręgową radę w terminie do końca marca danego roku.
2. Kadencja okręgowego zjazdu trwa 4 lata.

okres 01.01- 31.12.2025 roku

10. Sprawozdanie z działalności Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych za okres 01.01- 31.12.2025 roku
 11. Sprawozdanie z działalności Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej za okres 01.01- 31.12.2025 roku
 12. Zatwierdzenie sprawozdanie finansowego, bilansu i wyniku finansowego OI PiP za okres 01.01- 31.12.2025 roku
 13. Projekt planu budżetowego na rok 2026.
 14. Zatwierdzenie regulaminu zasad gospodarki finansowej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych
- Przerwa kawowa**
15. Dr Anna Hryniewicz – szkolenie dotyczyć będzie radzenia sobie z hejtem
 16. Podjęcie uchwał, stanowisk i apeli.
 17. Zamknięcie obrad XL Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Radomiu.

W czasie obrad przewidziana jest przerwa na kawę, oraz lunch

3. Wybór członków organów okręgowy izby następnej kadencji oraz delegatów na Krajowy Zjazd dokonywany jest na najbliższym okręgowym zjeździe zwoływanym po upływie okresu, o którym mowa w ust. 2.

§ 3

1. W obradach okręgowego zjazdu biorą udział z głosem stanowiącym delegaci.
2. Zawiadomienie o terminie, miejscu i porządku obrad Okręgowego Zjazdu wraz z pouczeniem o obowiązku uczestnictwa w posiedzeniu Okręgowego Zjazdu, Okręgowa Rada przesyła osobom wymienionym w ust 1 co najmniej na 14 dni przed terminem Okręgowego Zjazdu.
3. Wraz z zawiadomieniem, o którym mowa w ust. 2 okręgowa rada przesyła sprawozdania z działalności organów okręgowy izby wymienionych w § 1 pkt 5-8, a także projekty uchwał w sprawach, które są objęte porządkiem obrad.

4. W obradach okręgowego zjazdu, na którym mają zostać wybrani członkowie organów okręgowy izby następnej kadencji mogą brać udział, z głosem doradczym,

nie będąc delegatami osoby pełniące funkcje w ustępujących organach okręgowy izby wymienionych w § 1 pkt 5-8. W stosunku do tych osób postanowienia ust. 2 i 3 stosuje się odpowiednio.

5. W obradach okręgowego zjazdu mogą brać udział członkowie Naczelnej Komisji Rewizyjnej wyznaczeni przez ten organ do przedstawienia informacji

o wynikach przeprowadzonej kontroli z działalności okręgowy komisji rewizyjnej.

6. W obradach okręgowego zjazdu mogą brać udział z prawem zabrania głosu obserwatorzy powołani przez Naczelną Radę lub jej Prezydium.

7. Oprócz osób wskazanych w ustępie 4-6 w obradach okręgowego zjazdu mogą być obecni goście zaproszeni przez Przewodniczącą lub Prezydium okręgowy rady, a w czasie obrad okręgowego zjazdu, przez jego Prezydium.

§ 4.

1. Delegata obowiązuje obecność i czynny udział w posiedzeniach okręgowego zjazdu.
2. Delegat bierze udział w posiedzeniach okręgowego zjazdu wyłącznie osobiście.
3. Każdego dnia przed rozpoczęciem obrad okręgowego zjazdu delegat potwierdza swoją obecność podpisem na liście obecności.
4. W przypadku uniemożliwiającej uczestnictwo w obradach okręgowego zjazdu, delegat zobowiązany jest bezzwłocznie zgłosić usprawiedliwienie pisemnie w biurze okręgowy izby.
5. Delegat może być członkiem tylko jednej Komisji Zjazdowej.

§ 5

1. W sprawach wynikających z przepisów prawa okręgowy zjazd

podejmuje uchwały. W trybie przewidzianym dla uchwał zjazd może podejmować :

- 1) rezolucje - zawierające wezwanie do określonego adresata,
- 2) stanowiska – zawierające pogląd lub opinie w określonej sprawie,
- 3) deklaracje – zawierające zobowiązania do określonego postępowania ,
- 4) apele – zawierające wezwanie do określonego zachowania się lub podjęcia inicjatywy lub realizacji zadania .

2. Okręgowy zjazd jest władny do podejmowania uchwał, w tym dokonania wyborów

w trybie Regulaminu wyborów do organów izb przy obecności co najmniej połowy delegatów.

3. W przypadku braku kworum okręgowa rada powinna wyznaczyć ponowny termin okręgowego zjazdu. Okręgowa rada wyznacza ponowny termin okręgowego zjazdu na dzień przypadający nie później niż dwa miesiące i nie wcześniej niż trzy tygodnie po dniu poprzedniego terminu okręgowego zjazdu.

4. Uchwały są podejmowane zwykłą większością głosów.

5. Uchwały:

- 1) w sprawie regulaminów organów okręgowej izby;
- 2) w sprawie wyboru przewodniczącego okręgowej rady, przewodniczącego okręgowej komisji rewizyjnej, przewodniczącego okręgowego sądu oraz okręgowego rzecznika,
– przewodniczący okręgowego zjazdu przekazuje ministrowi właściwemu do spraw zdrowia w terminie 21 dni od dnia ich podjęcia.

6. Przewodniczący okręgowej rady przekazuje ministrowi właściwemu do spraw zdrowia na jego żądanie, w terminie 14 dni od jego otrzymania, uchwałę, o której mowa w ust. 5, jeżeli nie została ona nadesłana w trybie określonym w tym przepisie, a także inną uchwałę okręgowego zjazdu, w celu umożliwienia realizacji przez ministra określonego w ustawie uprawnienia do zaskarżenia uchwał do Sądu Najwyższego.

7. Uchwałę okręgowego zjazdu podpisuje przewodniczący okręgowego zjazdu lub jego zastępca oraz sekretarz okręgowego zjazdu lub członek prezydium okręgowego zjazdu.

8. Procedurę podejmowania przez okręgowy zjazd uchwał w trybie Regulaminu wyborów do organów izb szczegółowo reguluje odnośny Regulamin.

§ 6

Okręgowy zjazd otwiera Przewodniczący okręgowej rady i prowadzi je do czasu wyboru przewodniczącego okręgowego zjazdu, w razie nieobecności Przewodniczącej okręgowej rady zadanie to wykonuje Wiceprzewodniczący okręgowej rady albo inny członek jej Prezydium.

§ 7

Po otwarciu zjazdu w głosowaniu jawnym dokonuje się wyboru Prezydium okręgowego zjazdu, w tym przewodniczącego, co najmniej jednego wiceprzewodniczącego, sekretarza oraz zastępcę sekretarza okręgowego zjazdu.

§ 8

Bezpośrednio po wyborze Prezydium zjazdu w głosowaniu jawnym zatwierdza się porządek obrad.

§ 9

1. Przewodniczący zjazdu przy pomocy członków Prezydium:

- 1) czuwa nad prawidłowym i sprawnym przebiegiem obrad i przestrzeganiem regulaminu zjazdu,
- 2) kieruje przebiegiem zjazdu zgodnie z porządkiem obrad,
- 3) zarządza wybory oraz głosowanie w sprawach, które wymagają rozstrzygnięcia w tym trybie.

2. Głosowania, zarówno jawne, jak też głosowania tajne i imienne mogą być przeprowadzane przy użyciu urządzeń do elektronicznego liczenia głosów (głosowanie elektroniczne). System używany do głosowania elektronicznego musi zapewniać możliwość przeprowadzenia głosowania tajnego lub imiennego przy zachowaniu jego charakteru. Prawidłowość przeprowadzania głosowań elektronicznych nadzoruje komisja skrutacyjna.

§ 10

1. Okręgowy zjazd powołuje następujące komisje zjazdowe:

- 1) komisję mandatową, która stwierdza czy okręgowy zjazd jest władny do podjęcia uchwał;
- 2) komisję uchwał i wniosków;
- 3) komisję skrutacyjną, która przeprowadza głosowania tajne i imienne, a także nadzoruje prawidłowość przeprowadzania głosowań w sytuacji, gdy głosowania są przeprowadzane przy użyciu urządzeń do elektronicznego liczenia głosów;
- 4) w przypadku, gdy okręgowy zjazd działa w trybie Regulaminu wyborów do organów izb, komisję wyborczą, która przyjmuje zgłoszenia kandydatur i w kolejności alfabetycznej sporządza listy kandydatów.

2. Okręgowy zjazd może powołać także inne komisje zjazdowe.

3. Członkowie komisji skrutacyjnej nie mogą kandydować w wyborach przeprowadzanych w czasie obrad okręgowego zjazdu.

§ 11

1. Głosowanie we wszystkich sprawach przeprowadza się jawnie z zastrzeżeniem ust. 2.

2. Okręgowy zjazd może uchwalić tajność głosowania albo głosowanie imienne

w określonej sprawie i wówczas głosowanie przeprowadza komisja skrutacyjna.

§ 12

1. W razie, gdy wynik głosowania budzi uzasadnione wątpliwości, okręgowy zjazd może dokonać reasumpcji głosowania.

2. Wniosek o reasumpcję głosowania w danej sprawie może być zgłoszony wyłącznie na posiedzeniu, na którym odbyło się głosowanie.

3. Reasumpcja głosowania w danej sprawie może być przeprowadzona tylko jeden raz.

4. Reasumpcji głosowania nie podlegają wyniki głosowania imiennego i tajnego.

5. Do złożenia wniosku o reasumpcję głosowania wymagana jest 1/3 podpisów liczby delegatów obecnych na okręgowym zjeździe.

§ 13

1. W trybie przewidzianym dla uchwał okręgowy zjazd rozpatruje wnioski, a także dokonuje wyborów członków prezydium okręgowego zjazdu oraz komisji zjazdowych,

a także przeprowadza inne wybory poza trybem określonym w Regulaminie wyborów do organów izb.

2. W przypadku wyborów, o których mowa w ust. 1, w sytuacji, gdy jest więcej

niż dwóch kandydatów na daną funkcję albo dokonuje się jednoczesnego wyboru więcej niż jednej osoby na jednakowe funkcje, wybrana zostanie osoba albo osoby, które uzyskały największą liczbę głosów, chyba że okręgowy zjazd przyjmie wniosek o przeprowadzeniu głosowania w inny sposób.

3. Wybór członków komisji zjazdowej może być połączony z ustaleniem liczby jej członków w ten sposób, że głosowany jest skład komisji wynikający ze wszystkich zgłoszonych kandydatur.

§ 14

1. Komisje zjazdowe wybierają ze swego składu: przewodniczącego, zastępcę oraz sekretarza.

2. Przewodniczący komisji kieruje jej pracami i składa okręgowemu zjazdowi sprawozdanie z jej działalności.

3. Komisja sporządza ze swych czynności protokół, który podpisują wszyscy jej członkowie.

§ 15

1. Przewodniczący okręgowego zjazdu udziela głosu uczestnikom okręgowego zjazdu w sprawach objętych porządkiem obrad, według kolejności zgłoszeń – czas wypowiedzi nie może przekroczyć 3 minut.

2. W przypadku gdy zabierający głos odbiega od przedmiotu obrad Przewodniczący po dwukrotnym zwróceniu uwagi może odebrać głos.

3. Przewodniczącemu Okręgowej Rady, Przewodniczącemu Okręgowej Komisji Rewizyjnej, Przewodniczącemu Okręgowego

Sądu i Okręgowemu Rzecznikowi oraz zaproszonym gościom Przewodniczący okręgowego zjazdu może udzielić głosu poza kolejnością osób zgłoszonych do zabrania głosu.

4. Pozostałym uczestnikom okręgowego zjazdu Przewodniczący zjazdu udziela głosu poza kolejnością jedynie dla zgłoszenia wniosku formalnego lub sprostowania. Wypowiedź nie może trwać wówczas dłużej niż 1 minutę.

5. Uczestnicy okręgowego zjazdu zgłaszają chęć zabrania głosu sekretarzowi okręgowego zjazdu.

6. Uczestnik okręgowego zjazdu nie może zabierać głosu w dyskusji nad tą samą sprawą więcej niż dwa razy, chyba że Przewodniczący okręgowego zjazdu wezwie go do kolejnego zabrania głosu.

§ 16

1. Do wniosków formalnych zalicza się wnioski o:

- 1) przerwanie albo zamknięcie obrad;
- 2) zamknięcie listy osób, które mają zabrać głos w określonej sprawie;
- 3) zamknięcie dyskusji w określonej sprawie;
- 4) skierowanie wniosku, projektu uchwały lub innego dokumentu przyjmowanego przez okręgowy zjazd do komisji zjazdowej celem rozpatrzenia lub opracowania;
- 5) głosowanie w danej sprawie bez dyskusji;
- 6) zmianę porządku obrad;
- 7) przeprowadzenie głosowania;
- 8) głosowanie imienne;
- 9) głosowanie tajne;
- 10) głosowanie alternatywne;
- 11) ograniczenie czasu przemówienia;
- 12) sprawdzenie kworum;
- 13) reasumpcję głosowania;
- 14) zamknięcie listy kandydatów.

2. Okręgowy zjazd rozstrzyga o wniosku formalnym po wysłuchaniu wnioskodawcy i ewentualnie jednego głosu przeciwnego.

§ 17

W razie nieobecności Przewodniczącego Okręgowej Rady, Przewodniczącego Okręgowej Komisji Rewizyjnej, Przewodniczącego Okręgowego Sądu lub Okręgowego Rzecznika, sprawozdanie z działalności danego organu przedstawia wyznaczony przez ten organ odpowiednio Wiceprzewodniczący Okręgowej Rady, zastępca Przewodniczącego Okręgowej Komisji Rewizyjnej, zastępca Przewodniczącego Okręgowego Sądu albo zastępca Okręgowego Rzecznika.

§ 18

1. Po zamknięciu dyskusji nad projektem uchwały, wnioskiem albo innym dokumentem zgłoszonym w toku obrad, Przewodniczący okręgowego zjazdu oznajmia, że okręgowy zjazd przystępuje do głosowania. Od tej chwili można zabierać głos tylko dla zgłoszenia wniosku formalnego o sposobie lub porządku głosowania, i to jedynie przed zarządzeniem przez Przewodniczącego okręgowego zjazdu przystąpienia do głosowania.

2. Porządek głosowania nad uchwałą jest następujący:

- 1) głosowanie wniosku o odrzucenie projektu w całości, jeżeli wniosek taki został postawiony;
- 2) głosowanie poprawek do poszczególnych postanowień projektu, przy czym w pierwszej kolejności głosuje się poprawki, których przyjęcie lub odrzucenie rozstrzyga o innych poprawkach;
- 3) głosowanie projektu w całości, ze zmianami wynikającymi z przegłosowanych poprawek;
3. Przewodniczący okręgowego zjazdu ustala kolejność głosowania projektów uchwał i poprawek.
4. Głosowanie jawne odbywa się poprzez podniesienie dokumentu stwierdzającego posiadany mandat. Obliczenia oddanych głosów dokonują osoby uprawnione do liczenia głosów w głosowaniu jawnym i podają sekretarzowi okręgowego zjazdu wyniki głosowania.

5. Wynik głosowania ogłasza Przewodniczący okręgowego zjazdu.

§ 19

Przeprowadzając głosowanie tajne komisja skrutacyjna w szczególności: przygotowuje karty do głosowania, rozdaje delegatom karty do głosowania, zbiera głosy do sprawdzonych i zamkniętych przez nią urn, przelicza głosy i ustala wyniki głosowania w protokole, w którym określa:

- 1) liczbę uprawnionych do głosowania;
- 2) liczbę głosów oddanych;
- 3) liczbę głosów ważnych;
- 4) liczbę głosów nieważnych.

§ 20

Po wyczerpaniu porządku obrad Przewodniczący okręgowego zjazdu ogłasza jego zamknięcie.

§ 21

1. Z przebiegu obrad okręgowego zjazdu sporządza się protokół, który stanowi stwierdzenie przebiegu obrad i w załącznikach zawiera:

- 1) protokoły komisji zjazdowych,
 - 2) pełne teksty podjętych uchwał, przedłożonych sprawozdań, wniosków oraz innych dokumentów okręgowego zjazdu.
 2. Przewodniczący okręgowego zjazdu jest obowiązany w ciągu 14 dni od zakończenia okręgowego zjazdu przekazać okręgowej radzie dokumenty okręgowego zjazdu.
 3. Protokół znajdować się będzie do wglądu członków danej okręgowej izby
- w biurze okręgowej izby. Zainteresowany członek okręgowej izby powinien uzyskać wgląd do protokołu najpóźniej następnego dnia roboczego po zgłoszeniu chęci zapoznania się z protokołem.
4. Delegat może zgłosić zastrzeżenia lub poprawki do sporządzonego protokołu w terminie 14 dni od daty przekazania okręgowej radzie dokumentów okręgowego zjazdu.
 5. O przyjęciu lub odrzuceniu poprawki decyduje prezydium okręgowego zjazdu większością głosów.

6. Protokół, do którego nie wniesiono w terminie poprawek lub zastrzeżeń uważa się za przyjęty. Przyjęcie protokołu potwierdzają podpisami członkowie prezydium okręgowego zjazdu.

§ 22

Postanowienia dotyczące okręgowego zjazdu stosuje się odpowiednio do nadzwyczajnego okręgowego zjazdu, z uwzględnieniem postanowień poniższych paragrafów.

§ 23

1. Nadzwyczajny okręgowy zjazd zwołuje okręgowa rada z własnej inicjatywy, a także na wniosek Naczelnej Rady, okręgowej komisji rewizyjnej lub co najmniej 1/5 członków okręgowej izby.
2. Nadzwyczajny okręgowy zjazd powinien zostać zwołany w terminie miesiąca od dnia wpłynięcia wniosku.
3. Termin obrad nadzwyczajnego okręgowego zjazdu zwoływanego na wniosek powinien zostać wyznaczony na dzień przypadający nie później niż na miesiąc od dnia podjęcia uchwały o jego zwołaniu.

§ 24

1. We wniosku o zwołanie nadzwyczajnego okręgowego zjazdu należy wskazać sprawy, które mają być na nim rozpatrywane. Do wniosku mogą być dołączone projekty uchwał lub innych dokumentów, które w związku z treścią wniosku mają być przyjęte na nadzwyczajnym okręgowym zjeździe.
2. W uchwale o zwołaniu nadzwyczajnego okręgowego zjazdu okręgowa rada wskazuje sprawy, które mają być na nim rozpatrywane. W przypadku, gdy nadzwyczajny okręgowy zjazd jest zwoływany na wniosek, okręgowa rada może wskazać dodatkowe sprawy poza sprawami wskazanymi we wniosku.

§ 25

1. Nadzwyczajny okręgowy zjazd może obradować wyłącznie nad sprawami wskazanymi w uchwale okręgowej rady o jego zwołaniu, chyba że konieczność powzięcia uchwały w innej sprawie wyniknęła po dniu podjęcia uchwały o zwołaniu okręgowego zjazdu. W takiej sytuacji wymagana jest zmiana porządku obrad podejmowana w formie uchwały nadzwyczajnego okręgowego zjazdu.
2. W pierwszej kolejności nadzwyczajny okręgowy zjazd rozpatruje sprawy, które zostały wskazane we wniosku o jego zwołanie.

SPRAWOZDANIE

Z DZIAŁALNOŚCI OKRĘGOWEJ RADY

PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W RADOMIU

w okresie od 01.01.2025 do 31.12.2025 r.

I. Działalność ORPiP

Sprawozdanie z działalności merytorycznej **Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych** za okres od 01.01.- 31.12.2025 roku przedstawia się następująco:

W okresie sprawozdawczym odbyło się **7 posiedzeń ORPiP**, w którym uczestniczyły jako goście zaproszeni:

- Przewodniczącą Okręgowej Komisji Rewizyjnej **Halina Frynas**,
- Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej **Monika Urbańska**,
- Przewodniczącą Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych **Małgorzata Kowalczyk**.

FEKWENCJA UCZESTNICTWA CZŁONKÓW ORPiP W 2025 roku

| Lp. | Imię nazwisko | Funkcja w ORPiP | Miejsce pracy | Frekwencja za rok 2025 |
|-----|------------------------|--------------------|----------------------|------------------------|
| 1. | Małgorzata Sokulska | Przewodnicząca | OIPiP w Radomiu | 100% |
| 2. | Beata Jendra | Wiceprzewodnicząca | SWPZZPOZ | 57% |
| 3. | Ewelina Jopek | Wiceprzewodnicząca | SPZZOZ w Kozienicach | 100% |
| 4. | Barbara Tusińska | Sekretarz | OIPiP | 100% |
| 5. | Ewa Banaszek | Skarbnik | M.Sz.S. Sp. z o.o. | 100% |
| 6. | Iwona Czyż | Członek ORPiP | SPZZOZ w Iłży | 57% |
| 7. | Henryka Klamut | Członek ORPiP | M.Sz.S. Sp. z o.o. | 74% |
| 8. | Renata Kowalska | Członek ORPiP | SPZZOZ Pionki | 74% |
| 9. | Ewa Kustra | Członek ORPiP | SPZZOZ Pionki | 57% |
| 10. | Mariola Łodzińska | Członek ORPiP | NIPiP | 43% |
| 11. | Urszula Nowak | Członek ORPiP | SPZZOZ Lipsko | 74% |
| 12. | Urszula Parszewska | Członek ORPiP | RSzS | 71% |
| 13. | Bożena Rychter | Członek ORPiP | BoMed NZOZ | 74% |
| 14. | Urszula Sochaj | Członek ORPiP | SPZZOZ Zwolen | 74% |
| 15. | Mariola Surma | Członek ORPiP | SWPZZPOZ | 100% |
| 16. | Dorota Szczepanowska | Członek ORPiP | RSzS | 74% |
| 17. | Diana Wiśniewska-Janas | Członek ORPiP | OIPiP Radom | 100% |

W prezentowanym okresie sprawozdawczym podjęto łącznie 163 uchwały, które zostały przedstawione poniżej:

| Lp. | Rodzaje uchwał | Ilość podjętych uchwał | Odmowa | Uwagi |
|-----|--|----------------------------------|--------|-------|
| 1. | Organizacyjno-finansowe | 40 | | |
| 2. | Stwierdzenie PWZ i wpis na listę członków | pielęgniarki – 43 położne – 3 | | |
| 3. | Wpis na listę członków | pielęgniarki – 10 położne – 1 | | |
| 4. | Wymiana PWZ | pielęgniarki – 0 położne – 0 | | |
| 5. | Skreślenie z listy członków OIPiP | pielęgniarki – 30 położne – 5 | | |
| 6. | Wydanie zaświadczenia o posiadanych kwalifikacjach | pielęgniarki – 2 położne – 0 | | |
| 7. | Wygaśnięcie PWZ z powodu zgonu Inny powód | 1 1 wyrok sądowy | | |

| | | | | |
|-----|---|------------|----------|------------|
| 8. | Skreślenie z Rejestru Indywidualnej Praktyki | 0 | | |
| 9. | Wydanie ponownie PWZ w związku z jego zagubieniem | 0 | | |
| 10. | Skierowanie na przeszkolenie po przerwie w wykonywaniu zawodu | 2 | | |
| 11. | Wytypowanie członków ORPiP do komisji konkursowych | 2 | | |
| 12. | Wytypowanie członków ORPiP do komisji egzaminacyjnej | 1 | | |
| 13. | Pomoc koleżeńska finansowa | 6 | | |
| 14. | Pomoc koleżeńska finansowa członkom innych OIPIP | 2 | | |
| 15. | Świadczenie w związku z przejściem na emeryturę | 6 | 1 | |
| 16. | Dofinansowanie kształcenia podyplomowego | 5 | 2 | |
| | RAZEM | 160 | 3 | 163 |

II. Działalność Prezydium ORPiP

W okresie sprawozdawczym odbyło się 7 posiedzeń Prezydium **Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych** natomiast frekwencja członków Prezydium ORPiP przedstawiała się następująco:

FEKWENCJA UCZESTNICTWA W POSIEDZENIACH CZŁONKÓW PREZYDIUM ORPiP w roku 2025

| Lp. | Imię nazwisko | Funkcja w Prezydium ORPiP | Frekwencja za 2025 rok |
|-----|------------------------|---------------------------|------------------------|
| 1. | Małgorzata Sokulska | Przewodnicząca | 100% |
| 2. | Beata Jendra | Wiceprzewodnicząca | 74% |
| 3. | Ewelina Jopek | Wiceprzewodnicząca | 100% |
| 4. | Barbara Tusińska | Sekretarz | 100% |
| 5. | Ewa Banaszek | Skarbnik | 43% |
| 6. | Henryka Klamut | Członek Prezydium ORPiP | 100% |
| 7. | Bożena Rychter | Członek Prezydium ORPiP | 71% |
| 8. | Mariola Surma | Członek Prezydium ORPiP | 100% |
| 9. | Diana Wiśniewska-Janas | Członek Prezydium ORPiP | 100% |

W prezentowanym okresie sprawozdawczym podjęto łącznie 242 uchwały, które zostały przedstawione poniżej:

| Lp. | Rodzaje uchwał | Ilość podjętych uchwał | Odmowa | Uwagi |
|-----|---|-----------------------------------|--------|-------|
| 1. | Organizacyjno-finansowe | 8 | | |
| 2. | Stwierdzenie PWZ i wpis na listę członków | pielęgniarki – 163 położne – 3 | | |
| 3. | Wpis na listę członków | pielęgniarki - 7 położne – 1 | | |
| 4. | Wymiana PWZ | pielęgniarki – 0 położne – 0 | | |
| 5. | Skreślenie z listy członków OIPiP | pielęgniarki – 18 położne – 5 | | |
| 6. | Wydanie zaświadczenia o posiadanych kwalifikacjach | pielęgniarki – 2 położne – 0 | | |
| 7. | Wygaśnięcie PWZ z powodu zgonu Inny powód – zrzeczenie się | 1 (22 pielęgniarki) 1 | | |
| 8. | Skreślenie z Rejestru Indywidualnej lub Grupowej Praktyki Pielęgniarskiej | 2 | | |

| | | | | |
|-----|---|------------|----------|------------|
| 9. | Wydanie ponowne PWZ | 0 | | |
| 10. | Skierowanie na przeszkolenie po przerwie w wykonywaniu zawodu | 0 | | |
| 11. | Wytypowanie członków ORPiP do komisji konkursowych | 3 | | |
| 12. | Wytypowanie członków ORPiP do komisji egzaminacyjnych | 3 | | |
| 13. | Pomoc koleżeńska finansowa | 7 | | |
| 14. | Pomoc koleżeńska finansowa członkom innych OIPiP | 4 | | |
| 15. | Świadczenie w związku z przejściem na emeryturę | 6 | | |
| 16. | Dofinansowanie kształcenia podyplomowego | 6 | 2 | |
| | RAZEM | 240 | 2 | 242 |

W trakcie okresu sprawozdawczego - roku 2025, powołane uchwałą ORPiP Komisje i Zespoły spotykały się w miarę potrzeb.

| L.p | Nazwa Komisji | Imię i nazwisko przewodniczącej | Ilość spotkań |
|-----|--|---------------------------------|---------------|
| 1. | Komisja kształcenia | Henryka Klamut | 2 |
| 2. | Komisja socjalna | Bożena Rychter | 4 |
| 3. | Zespół ds. pielęgniarstwa | Małgorzata Sokulska | 5 |
| 4. | Zespół Pielęgniarek Epidemiologicznych | | 1 |
| 5. | Zespół Pielęgniarek Opieki Długoterminowej | Lilia Kimber-Dziwisz | 2 |
| 6. | Zespół „Jesienne Klimaty”. | Hanna Gielżecka | 4 |

III. Działalność Rejestru Pielęgniarek i Położnych

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Radomiu wypełniając ustawowy obowiązek prowadzenia Centralnego Rejestru Pielęgniarek i Położnych w zakresie czynności i zadań przejętych od administracji państwowej otrzymała od Ministerstwa Zdrowia dotację.

Na dzień 31.12.2025 r. w Centralnym Rejestrze OIPiP w Radomiu zarejestrowanych było ogółem:

| | |
|--------------|-------|
| Pielęgniarki | 5 513 |
| Pielęgniarze | 173 |
| Położne | 586 |
| Razem | 6 272 |

W roku sprawozdawczym w rejestrze podmiotów leczniczych zarejestrowanych było:

Indywidualnych Praktyk Pielęgniarskich - 187
Indywidualnych Praktyk Położnych - 12

W 2025 roku **4 członkom** samorządu migrującym do pracy w krajach UE - wydano zaświadczenia potwierdzające posiadane kwalifikacje – zgodne z Dyrektywami Europejskimi do wykonywania zawodu na terenie krajów Unii Europejskiej.



IV. Działalność Komisji Kształcenia

Rozliczenie kosztów Komisji Kształcenia pracującej w oparciu o regulamin w/s refundacji kosztów kształcenia podyplomowego dla członków samorządu za okres 01.01-31.12.2025 r. przedstawiamy wg załączonej poniżej tabeli:

Kd – kurs dokształcający; Ks – kurs specjalistyczny; Kk – kurs kwalifikacyjny

| Ilość osób | Nazwa kursu | Koszt |
|-----------------|--|----------------------|
| 3 | Konferencja: Prawo i profilaktyka w pracy medycyny szkolnej 1-2.07.2025 r | 1 800,00 zł |
| 3 | Konferencja: Opieka WORKSHOPS 21.11.2025 | 1 197,00 zł |
| 3 | Konferencja: Zaawansowana praktyka pielęgniarstwa i położnych | 1 800,00 zł |
| 2 | Konferencja: Pielęgniarki i położne w opiece zdrowotnej – praktyka i rozwój zawodu | 1 200,00 zł |
| 1 | Zjazd PTP 4-6.09.2025 r. | 492,00 zł |
| 2 | Ks: Wykonywanie badań spirometrycznych | 950,00 zł |
| 24 | Ks: Ordynowanie leków i wypisywanie recept | 16 600,00 zł |
| 12 | Ks: Endoskopia | 6 000,00 zł |
| 5 | Ks: EKG | 2 500,00 zł |
| 2 | Ks: RKO noworodka | 1 000,00 zł |
| 9 | Ks: Szczepienia ochronne dla pielęgniarek | 4 500,00 zł |
| 1 | Ks: Wywiad i badania fizykalne | 500,00 zł |
| 2 | Kk: Pielęgniarstwo anestezjologiczne i intensywnej opieki | 3 000,00 zł |
| 7 | Specjalizacja: Pielęgniarstwo anestezjologiczne i intensywnej opieki | 10 500,00 zł |
| 16 | Specjalizacja: Pielęgniarstwo internistyczne | 24 000,00 zł |
| 27 | Specjalizacja: Pielęgniarstwo chirurgiczne | 40 500,00 zł |
| 3 | Specjalizacja: Pielęgniarstwo ginekologiczno-położnicze | 4 500,00 zł |
| 4 | Specjalizacja: Pielęgniarstwo rodzinne | 6 000,00 zł |
| 1 | Specjalizacja: Pielęgniarstwo pediatryczne | 1 500,00 zł |
| 1 | Specjalizacja: Pielęgniarstwo operacyjne II Rata | 750,00 zł |
| 1 | Specjalizacja: Pielęgniarstwo epidemiologiczne | 1 500,00 zł |
| 129 osób | RAZEM | 130 789,00 zł |

Szkolenia zorganizowane przez OIPiP dla członków samorządu

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych realizując ustawowe zadania w zakresie stałej aktualizacji wiedzy w roku 2025 zrealizowała 10 bezpłatnych szkoleń dla wszystkich członków samorządu, których zakres tematyczny przedstawiono poniżej:

| L.p. | Data szkolenia | Temat szkolenia: | Wykładowca: | Organizator: | Ilość uczestników/koszt |
|------|----------------|---|---|----------------------------------|-------------------------|
| 1. | 14.02.2025r | Spotkanie szkoleniowe „Sytuacja i potrzeby pielęgniarek w środowisku nauczania i wychowania dzieci i młodzieży, oraz projekty nowelizacji ustawy o opiece zdrowotnej nad uczniami”. | Jolanta Zając – OIPiP w Gdańsku Halina Nowik - OIPiP w Elblągu | OIPiP w Radomiu | 31 osób 1020,00 zł |
| 2. | 28.03.2025r. | Opieka długoterminowa w praktyce | Między innymi: dr n. med. A. Rupniewska | Vicommi Media OIPiP w Radomiu | 189 osób 6 685,20 zł |

| | | | | | |
|-----|---------------|---|--|---|--|
| 3. | 29.03.2025r. | Szkolenie dla pielęgniarek i położnych „Bezpieczeństwo w kryzysie” medyczno-taktyczne warsztaty pola walki. | T. Krajewski S. Rutkowski W. Świsłowski A. Dembiński | Europejska Uczelnia Społeczno-Techniczna w Radomiu OIPiP | 60 osób 11 881,00 zł |
| 4. | 08.04.2025r. | Szkolenie dla położnych „Przepisy, praktyka, rozwiązania, które Cię ochronią” | Radczytni Prawna Monika Drab ekspertka BCC. | OIPiP | 45 osób 6 660,00 zł |
| 5. | 21.05.2025r. | Szkolenie dla położnych w RSzS „Immersja wodna w przebiegu porodu” | Mgr poł. M. Krauze Specj. Piel. gin poł. | OIPiP | 24 osoby 1 190,00zł |
| 6. | 29.05.2025r. | Konferencja szkoleniowa na temat: „Prawo, Odpowiedzialność, Bezpieczeństwo” | Mec. Paweł Strzelec | TU Inter – Polska OIPiP w Radomiu | 60 osób Sponsorowane przez TU INTER |
| 7. | 30.06.2025r. | Szkolenie prowadzone przez Inspektora Ochrony Danych na temat kluczowych aspektów opieki pielęgniarskiej w placówkach edukacyjnych. | Izabela Remjasz | OIPiP w Radomiu | 41 osób 1 100,00 zł |
| 8. | 21.10.2025r. | Konferencja pn. „Bezpieczeństwo pacjenta w opiece zespołu multi-dyscyplinarnego” | Dr hab. n. o zdr. M. Głowacka Mgr J. Ślęzak Mgr L. Kimber-Dziwiz Konsultant Wojewódzki na Mazowszu w dziedzinie Piel. Op. Długoterminowej Dr n. o zdr. D. Trybusińska Dr.n.med. i n. o zdr. Henryka Klamut, Mgr Beata Jendra | OIPiP w Radomiu | 145 osób 18 413,35 zł |
| 9. | 30.10.2025r. | Szkolenie „Leczenie ran dla pielęgniarek i położnych” | | Conva-Tec OIPiP w Radomiu | 52 osób 1040,00 zł |
| 10. | 17.11.2025 r. | Szkolenie dla kadry zarządzającej pielęgniarskiej | Dr Anna Hryniewicz Prezes Fundacji „Instytut Edukacja Pro Futuro” nt. „Neurocepcja bezpieczeństwa czyli jak wspierać wspierających (zawodowy personel pielęgniarski)” | OIPiP | 37 osób 7 173,68 zł |

| | | | | | |
|------------------------|--------------|-------------------------|--|---|----------------------|
| 11. | 27.11.2025r. | Warsztaty dla położnych | Mgr M. Drownowska-Wodyczko (doradca laktacyjny) mgr J. Zagórska (fizjoterapeuta uroginologiczny) mgr E. Lisowska (ratownik medyczny) | Samorząd Województwa Mazowieckiego OIPiP w Radomiu | 22 osób 310,00 zł |
| Razem osób: 706 | | Razem koszt | | 55 473,23 zł | |

W 2025 roku OIPiP w Radomiu przeprowadziła 10 szkoleń dla członków samorządu, w których uczestniczyło łącznie **706 osób**.

Kształcenie podyplomowe zorganizowane przez Ośrodek Kształcenia Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Radomiu

SPRAWOZDANIE Z REALIZACJI KSZTAŁCENIA ZA 2025 ROK – OŚRODEK KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO OKRĘGOWEJ IZBY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W RADOMIU

| Lp. | Termin | Dziedzina kształcenia | Ilość osób przeszkolonych |
|------------------------------|---|--|---------------------------------------|
| 1. | Maj-Lipiec 2025r. Radom | Kurs specjalistyczny: „Ordynowanie leków i wypisywanie recept – część I” dla pielęgniarek | 25 osób 17 500,00 zł |
| 2. | Wrzesień-lipiec 2025r. Radom | Kurs specjalistyczny: „Szczepienia ochronne” dla pielęgniarek | 23 osoby 11 500,00 zł |
| 3. | Wrzesień- Grudzień 2025r. Radom | Kurs specjalistyczny: „Leczenie ran” dla pielęgniarek (PROJEKT) | 36 osób |
| 4. | Październik 2025 – Styczeń 2026r. Radom | Kurs specjalistyczny: „Żywność dojelitowa i pozajelitowa” dla pielęgniarek (PROJEKT) | 32 osoby |
| 5. | Październik 2025r. Lipsko | Kurs dokształcający: „Opieka nad pacjentem z założonym portem żylnym” dla pielęgniarek i położnych Finansowano z Krajowego Funduszu Szkoleniowego | 25 osób |
| 6. | Listopad 2025 r. – Luty 2026r. Radom | Kurs specjalistyczny: „Edukator w cukrzycy” dla pielęgniarek i położnych (PROJEKT) | 30 osób |
| 7. | Grudzień 2025 r. – Luty 2026r. Radom | Kurs specjalistyczny: „Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego u dorosłych” dla pielęgniarek i położnych | 24 osoby 16 800,00 zł |
| 8. | Grudzień 2025r. – Marzec 2026r. Radom | Kurs specjalistyczny: „Terapia bólu przewlekłego u dorosłych” dla pielęgniarek i położnych (PROJEKT) | 29 osób |
| 9. | Listopad 2025r. – Maj 2026r. Radom | Kurs kwalifikacyjny: Pielęgniarstwo anesteziologiczne i intensywnej opieki – dla pielęgniarek (PROJEKT) | 29 osób (szkolenie w trakcie) |
| łącznie koszt – 45 800,00 zł | | | łącznie przeszkolono 252 osoby |
| w tym PROJEKT | | | 155 osób |

Koszty Komisji Kształcenia:

1. Koszty dofinansowania szkoleń zgodnie z uchwałami, wypłacane na wniosek członka samorządu, realizowane w innych ośrodkach – **130 789,00 zł**
2. Koszty związane z organizacją bezpłatnych szkoleń dla członków OIPiP – **55 473,23zł**
3. Organizacją kursów specjalistycznych – **45 800,00 zł**
4. Koszty prenumeraty – **14 310,00 zł**
 - a) Koszty związane z funkcjonowaniem ośrodka szkoleniowego OIPiP:
 - a) wynagrodzenia pracowników, wykładowców, opiekunów stażowych, koszty placówek stażowych (w tym w ramach realizacji projektu) – **223 540,00 zł**
 - b) koszt dwóch platform przyschodowych – **140 000,00 zł**
 - c) koszty poniesione w związku z realizacją projektu unijnego w zakresie spełnienia wymogów zawartej umowy – **118 614,18 zł**

RAZEM: 728 526,41 zł

V. Działalność Komisji Socjalnej

Komisja Socjalna w okresie sprawozdawczym 01.01.2025 do 31.12.2025 r. pracowała w oparciu o obowiązujący regulamin.

Rozliczenie kosztów Komisji Socjalnej przedstawia się następująco:

| Lp. | Nazwa świadczenia | Ilość osób | Ilość odmów | Kwota przyznanej pomocy ogółem |
|-----|--|------------|-------------|--------------------------------|
| 1. | Pomoc koleżeńska | 44 | - | 96 600,00 zł |
| 2. | Świadczenie w związku z przejściem na emeryturę | 86 | 1 | 86 000,00 zł |
| 3. | Pomoc koleżeńska finansowa członkom innych OIPiP | 6 | - | 3 000,00 zł |
| 4 | Dofinansowanie turnusów rehabilitacyjno- leczniczych lub rehabilitacja | 116 | - | 138 342,30 zł |

| | | | | |
|--------------|---|-------|---|----------------------|
| 5. | Ubezpieczenie OC członków samorządu | 4 350 | - | 58 500,00 zł |
| 6. | Dopłata do ubezpieczenia OC z opcją ochrony prawnej | 222 | - | 3 330,00 zł |
| 7. | Asysta prawna | 4300 | - | 114 840,00 zł |
| 8. | Ubezpieczenie lokali, ubezpieczenie członków organów, zasiłki pogrzebowe, wiązanki pogrzebowe, akcje protestacyjne, wynajem autokarów, zakup kalendarzy, zaliczki na poczet turnusów rehabilitacyjnych w 2026 r. oraz koszty zobowiązań w związku z działalnością socjalną wynikającą z innych przepisów. | | | 80 861,76 zł |
| RAZEM | | | | 581 474,06 zł |

Sprawozdanie z działalności Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych w Radomiu VIII kadencji za okres od 22.03.2025 do 27.03.2026

Okręgowy Sąd Pielęgniarek i Położnych w Radomiu wybrany na XXXVII Okręgowym Zjeździe Sprawozdawczo- Wyborczym Pielęgniarek i Położnych w Radomiu w 2023 r obraduje w składzie:

- Małgorzata Kowalczyk- przewodnicząca
- Renata Kowalska- wiceprzewodnicząca
- Agnieszka Fałek -Pisarek, Agnieszka Moskwa, Dorota Niewczas, Barbara Wielgomas -członkowie OSPiP.

W okresie sprawozdawczym do Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych nie wpłynęły wnioski o ukaranie pielęgniarek lub położnych.

Odbyły się planowe posiedzenia OSPiP, podczas których ustalano terminarz posiedzeń roboczych, a także omawiano prewencję

Sprawozdanie z działalności Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Pielęgniarek i Położnych w Radomiu w 2025 roku

Ilość skarg, która wpłynęła do Biura Okręgowego Rzecznika: 7

Z czego :

- 1 skarga anonimowa bez określenia czasu, w którym miałyby dojść do popełnienia wykroczenia, podjęto czynności sprawdzające. Na podstawie uzyskanych informacji wydano decyzję o odmowie wszczęcia postępowania.
- 1 skarga dotyczyła członka samorządu – została przesłana zgodnie z ustawą do naczelnego rzecznika celem rozpatrzenia.
- 1 Skarga – doniesienie medialne, dotyczące podjęcia obowiązków zawodowych w stanie nietrzeźwości. Postępowanie zostało zawieszono z powodu czynności prowadzonych w prokuraturze.
- 1 Skarga dotycząca podejrzenia ujawnienia tajemnicy zawodowej – wydano postanowienie o umorzeniu postępowania.
- Pozostałe skargi dotyczyły:
 - Postawy pielęgniarki wobec matki małoletniej pacjentki przychodni – termin przedłużony- postępowanie w toku,
 - Postawy przełożonej oraz innej pielęgniarki wobec pracownika placówki POZ postępowanie w toku,
 - Uchybień zawodowych wobec pracodawcy pielęgniarki POZ – postępowanie w toku.

Wysłano **85 pism**. Przesłuchano **22 świadków**.

Okręgowy Rzecznik, wymiennie z zastępcami, uczestniczył z głosem doradczym, w obradach Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Radomiu.

PREWENCJE:

W 2025 roku Okręgowy Rzecznik uczestniczył w szkoleniu : „Odpowiedzialność zawodowa pielęgniarki i położnej – Dokumentacja medyczna jako sprzymierzeniec”, zorganizowaną we współpracy z Towarzystwem Ubezpieczeniowym INTER Polska oraz zorganizował szkolenie prewencyjne w Radomskim Szpitalu Specjalistycznym.

Łączna ilość członków samorządu obecnych podczas spotkań prewencji wykroczeń zawodowych wyniosła 263.

wykroczeń zawodowych w środowiskach pracy sędziów, analizowano akty prawne i przepisy regulujące pracę Sądu. Prowadzono także warsztaty w formie symulowanych rozpraw- według kasusów z wydawaniem orzeczeń i uzasadnień wraz z ich umocowaniem prawnym. W kwestiach merytorycznych korzystano z konsultacji prawnych z kancelarią współpracującą z OIPiP. Przewodnicząca OSPiP Małgorzata Kowalczyk z głosem doradczym uczestniczy w posiedzeniach Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych. Przewodnicząca Sądu pełni dyżury w pierwszy i trzeci wtorek miesiąca w siedzibie Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Radomiu przy ul. Paderewskiego 15. Jednakże zgłoszeń ani porad tą drogą nie odnotowano.

Przewodnicząca OSPiP w Radomiu

Kowalczyk Małgorzata

Dyżury Rzecznika i jego Zastępców sprawowane są w poniedziałki i wtorki w godzinach 15.00- 16.00, jak również, w razie potrzeby, po telefonicznym uzgodnieniu z petentem, w dogodnym terminie w godzinach pracy Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych.

Do dyspozycji petentów jest telefon służbowy Biura Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej - 732 614 006 dostępny całą dobę oraz e-mail rzecznik@orpip.radom.pl

Monika Urbańska
Okręgowy Rzecznik
Odpowiedzialności Zawodowej



Radom dn. 03.02.2026

Sprawozdanie z działalności Okręgowej Komisji Rewizyjnej w Radomiu za rok 2025

Okręgowa Komisja Rewizyjna w Radomiu w okresie sprawozdawczym pracowała w oparciu o następujące akty prawne:

- ustawę o samorządzie pielęgniarek i położnych z dnia 1 lipca 2011 roku (Dz.U. nr 174 poz. 1038 z późniejszymi zmianami)
- ustawę o rachunkowości z dnia 29 września 1994 roku (Dz.U. nr 121, poz. 591 z późniejszymi zmianami)
- uchwałę nr 8/VIII/2024 z dnia 22.03.2024 r. XXXVII Okręgowego Sprawozdawczo-Wyborczego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w sprawie regulaminów organów Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Radomiu – Regulaminu Okręgowej Komisji Rewizyjnej.

Okręgowa Komisja Rewizyjna w Radomiu w roku 2024 pracowała w składzie:

Halina Frynas – przewodnicząca OKR

Marzena Nowak – zastępca przewodniczącej OKR

Alicja Siczek – sekretarz OKR

Elżbieta Raszevska – członek OKR

Agnieszka Starczewska – członek OKR.

Realizowała zadania ustawowe poprzez:

- kontrolę działalności finansowej i gospodarczej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych
- współpracę z Okręgową Radą Pielęgniarek i Położnych
- współpracę z organami OIPiP w Radomiu

W okresie sprawozdawczym odbyły się 8 spotkania, na których podjęto 5 uchwał.

Przeprowadzono kontrole ORPiP w zakresie:

- kontroli kasy OIPiP,
- kontroli w sprawie ściągalności składek,
- kontroli działalności finansowej OIPiP,
- realizacji budżetu za III kwartały 2025 roku,

W czasie kontroli stwierdzono:

- realizacja budżetu prawidłowa, wpływy i wydatki zgodne z zaplanowanym budżetem,
- dokumentacja prowadzona na bieżąco i właściwie przechowywana,
- sprawozdania finansowe zgodne z przepisami,
- księgi rachunkowe prowadzone prawidłowo,
- omawianie bieżących spraw dotyczącej działalności OKR
- uchwały podjęte na posiedzeniach ORPiP w 2025 r. są zgodne z podstawą prawną, prawomocne i prawidłowo realizowane.

Nie stwierdzono w czasie kontroli uchybień, a wszelkie wątpliwości wyjaśniane były na bieżąco w obecności osób odpowiedzialnych.

Komisja dokonała również analizy wykonania budżetu za 2025 rok i jej zgodności z planem budżetu.

Osiągnięty w 2025 roku przychód był wyższy od poniesionych kosztów.

Okręgowa Komisja Rewizyjna w Radomiu stwierdza, że działalność Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Radomiu jest prawidłowa.

Przewodnicząca
Okręgowej Komisji Rewizyjnej w Radomiu

Halina Frynas
PRZEWODNICZĄCA
Okręgowej Komisji Rewizyjnej
w Radomiu

Halina Frynas

Załącznik nr 1 do uchwały Nr 8/VIII/2026 XL Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Radomiu z dnia 27.03.2026 r w/s zatwierdzenia Regulaminu zasad gospodarki finansowej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Radomiu

Regulamin zasad gospodarki finansowej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w roku 2026/2027

Rozdział 1

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

Niniejszy regulamin określa szczegółowe postanowienia związane z prowadzeniem gospodarki finansowej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Radomiu, zwanej dalej Okręgową Izbą. Okręgowa Izba prowadzi samodzielną gospodarkę finansową.

§ 2

Majątek Okręgowej Izby stanowią środki finansowe, mienie ruchome i nieruchomości powstałe z przychodów Okręgowej Izby.

1. Majątkiem Okręgowej Izby zarządza Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych.

2. W ramach czynności zarządczych Okręgowej Rady, za zarządzanie majątkiem odpowiedzialny jest Skarbnik Okręgowej Rady.

§ 3

Źródłami przychodów Okręgowej Izby są:

1. przychody z działalności ustawowej – składki członkowskie,
2. dotacje z budżetu państwa,
3. przychody z praw majątkowych, lokat, odsetek,
4. darowizny, zapisy, dotacje,
5. inne wpłaty dopuszczone prawem.

§ 4

1. Okręgowa Izba ponosi wydatki związane z:

- 1) realizacją zadań ustawowych,
 - 2) ogólnym funkcjonowaniem jednostki,
 - 3) nabywaniem i ulepszaniem środków trwałych oraz wartości niematerialnych i prawnych służących działalności jednostki,
 - 4) opłacaniem należności publiczno – prawnych wynikających z obowiązujących przepisów prawnych,
 - 5) innymi wydatkami służącymi realizacji działalności.
2. Wydatki powinny być dokonywane:
- 1) w sposób celowy i oszczędny z zachowaniem zasady uzyskiwania najlepszych efektów z ponoszonych nakładów,
 - 2) w sposób umożliwiający terminową realizację zadań,
 - 3) w wysokości i terminach wynikających z wcześniej zaciągniętych

zobowiązań.

Rozdział II

GOSPODARKA FINANSOWA

§ 5

1) Gospodarkę finansową Okręgowej Izby prowadzi się, pokrywając ze środków

i uzyskiwanych przychodów, koszty działalności, w tym wszelkie zobowiązania publiczno – prawne, jak wydatki na rozwój i inne potrzeby związane z działalnością.

2) Rokiem obrachunkowym, sprawozdawczym i podatkowym jest rok kalendarzowy.

§ 6

Podstawą gospodarki finansowej Okręgowej Izby jest roczny plan finansowy – budżet Okręgowej Izby, opracowany w formie wpływów oraz wydatków na rok kalendarzowy.

§ 7

Projekt rocznego planu finansowego na rok następny opracowuje, do końca grudnia roku bieżącego, Skarbnik Okręgowej Rady.

1) Plan finansowy sporządza się w układzie kalkulacyjnym z wyodrębnieniem kosztów organów i działów Okręgowej Izby wykonujących czynności podlegające dotowaniu z budżetu państwa zgodnie z obowiązującym planem kont.

§ 8

Przy opracowywaniu budżetu obowiązuje zasada, że planowane wydatki nie mogą przewyższać planowanych wpływów.

1) Przekroczenie planowanych wydatków może mieć miejsce pod warunkiem pozyskania ponad planowych wpływów.

2) Wydatki na nabycie rzeczowego majątku trwałego, podlegającego amortyzacji, ulepszeniu i modernizacji posiadanych środków trwałych, pokrywa się z wypracowanego zysku roku bieżącego i lat ubiegłych.

§ 9

Do czasu uchwalenia budżetu na rok bieżący, gospodarkę finansową prowadzi się na podstawie tzw. „provisorium budżetowego” o charakterze tymczasowym, określającego wpływy i wydatki w okresie do zatwierdzenia budżetu danego roku, na poziomie 25% planu budżetu roku poprzedniego, a niezbędne wydatki inwestycyjne ponosi się po zatwierdzeniu przez Okręgową Radę lub jej Prezydium, na poziomie nie wyższym niż wypracowanym zysku roku poprzedniego.

§ 10

W rocznym planie finansowym na wniosek Skarbnika Okręgowej Rady, po zatwierdzeniu przez Okręgową Radę, mogą być w ciągu roku obrachunkowego dokonywane zmiany w przypadkach:

1. realizowania uzasadnionych wyższych od planowanych kosztów w głównych pozycjach budżetu,
2. uzasadnionych wydatków inwestycyjnych,
3. konieczności przeniesienia wydatków zatwierdzonego planu, z zastrzeżeniem § 8 ust. 2 Regulaminu.

§ 11

Wynikiem finansowym Okręgowej Izby jest różnica pomiędzy wpływami i wydatkami. Nadwyżka finansowa netto, w dacie zatwierdzenia sprawozdania finansowego przez Okręgowy Zjazd, podwyższa fundusz ustawowy (zasadniczy) z przeznaczeniem na cele określone uchwałą.

§ 12

Okręgowa Izba gromadzi środki pieniężne na właściwych rachunkach

bankowych.

1. Środkami pieniężnymi na rachunkach bankowych dysponują:

- 1) Przewodnicząca Okręgowej Rady,
- 2) Skarbnik Okręgowej Rady,
- 3) w razie nieobecności Przewodniczącej – Wiceprzewodnicząca Okręgowej Rady,
- 4) w razie nieobecności Skarbnika – Sekretarz Okręgowej Rady.

2. Dyspozycja środkami pieniężnymi na rachunkach bankowych wymaga współdziałania dwóch w/w osób.

§13

Za gospodarkę finansową Okręgowej Izby odpowiedzialność ponoszą:

- 1) Skarbnik Okręgowej Rady,
- 2) Księgowy Okręgowej Izby, w ramach przyznanych kompetencji,
- 3) Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych.

Nadzór nad wykonywaniem planu finansowego sprawuje Skarbnik wraz z Księgowym.

§ 14

Kontrolę nad działalnością finansową Okręgowej Izby sprawuje Okręgowa Komisja Rewizyjna.

Rozdział III

SKŁADKI CZŁONKOWSKIE

§15

Składki członkowskie, przekazywane na rzecz Okręgowej Izby przez członków samorządu pielęgniarek i położnych, księgowane są na wyodrębnionym koncie syntetycznym i analitycznym oraz ewidencjonowane w Centralnym Rejestrze Pielęgniarek i Położnych.

§16

W przypadku stwierdzenia zwłoki w przekazywaniu składki przez członka samorządu zgodnie z uchwałą ORPiP Nr 274/VIII/2025 z dnia 21 lutego 2025 r. w sprawie trybu przekazywania składek członkowskich na rzecz Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Radomiu, Skarbnik wszczyna procedurę postępowania egzekucyjnego w administracji.

§ 17

Za prawidłowe i bieżące prowadzenie ewidencji wpłacanych składek członkowskich odpowiedzialny jest Skarbnik Okręgowej Rady.

Rozdział IV

RACHUNKOWOŚĆ

§ 18

Okręgowa Izba prowadzi rachunkowość zgodnie z ustawą o rachunkowości z dnia 29 września 1994r. (t.j.Dz.U.2019, poz. 351z późn. zm.).

§ 19

Zapisy w księgach rachunkowych winny być dokonywane wg zasad określonych w/w ustawie zgodnie z „Polityką rachunkowości Okręgowej Izby”.

§ 20

Dowody księgowe dokumentujące powstanie wydatków lub zobowiązań podlegają sprawdzeniu pod względem merytorycznym i rachunkowym oraz zatwierdzeniu.

§ 21

Sprawdzenia dowodów księgowych dokonują w Biurze Okręgowej Izby:

1. pod względem merytorycznym – Przewodnicząca ORPiP lub osoby przez nią upoważnione,

2. pod względem rachunkowym – Księgowy i Skarbnik ORP.

§ 22

Zatwierdzenia dokumentów do wypłaty dokonują:

1. Przewodnicząca Okręgowej Rady lub Wiceprzewodnicząca Okręgowej Rady
2. Skarbnik Okręgowej Rady lub Sekretarz Okręgowej Rady.

Rozdział V

SPRAWOZDAWCZOŚĆ FINANSOWA

§ 23

Okręgowa izba zobowiązana jest do sporządzania sprawozdawczości finansowej:

1. zewnętrznej – roczne sprawozdanie finansowe, zgodnie z ustawą o rachunkowości z dnia 29 września 1994r. (t.j. Dz.U.2023.120).
2. wewnętrznej – wykonanie budżetu, zgodnie z przepisami wewnętrznymi Okręgowej Izby zgodnie z ustawą o samorządzie pielęgniarek i położnych.

§ 24

1. Skarbnik Okręgowej Rady odpowiedzialny jest za:

- 1) sporządzenie na dzień 30 czerwca oraz 31 grudnia sprawozdania z wykonania Budżetu i przedstawienie ich Okręgowej Radzie,

2) sporządzanie na dzień 31 grudnia rocznego, łącznego sprawozdania finansowego i przedstawienie go do zatwierdzenia przez Okręgowy Zjazd.

§ 25

Okręgowy Zjazd podejmuje uchwały w sprawach:

1. zatwierdzenia wykonania budżetu za rok poprzedni,
2. zatwierdzenia planu budżetu na rok bieżący,
3. zatwierdzenia łącznego sprawozdania finansowego Okręgowej Izby za poprzedni rok obrotowy,
4. przeznaczenia zysku na cele ustawowe.

§ 26

Okręgowy Zjazd upoważnia Przewodniczącą Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Radomiu do reprezentowania i podpisywania sprawozdania finansowego zgodnie z ustawą o rachunkowości z dnia 29 września 1994 r. (t.j. Dz.U.2023.120).

Rozdział VI

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§27

Regulamin wchodzi w życie i obowiązuje w roku budżetowym 2026r.

ZAPROSZENIE

W imieniu Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Radomiu w tym roku wyjątkowo inaczej zapraszamy Koleżanki Pielęgniarki, Położne i Kolegów Pielęgniarzy na spektakl teatralny, w dniu 8 maja 2026 roku na godzinie 17:00 do Teatru Powszechnego im. J. Kochanowskiego w Radomiu przy ul. Plac Jagielloński 15.

Rok 2026 jest rokiem, w którym będziemy obchodzić Jubileusz 35-lecia istnienia Samorządu Pielęgniarek i Położnych, którego uroczyste obchody organizujemy w **dnio 26 września 2026 roku**.

Nie chcąc rezygnować z majowego spotkania w Radomskim Teatrze zapraszamy na spektakl pod tytułem:

„Prezent urodzinowy”.

Szczegóły dotyczące odbioru biletów padamy w późniejszym terminie na stronie: www.orpip.radom.pl i Facebooku.

W imieniu ORPiP

Małgorzata Sokulska - Przewodnicząca ORPiP

IV. Zgodnie z prawem

Komunikat w sprawie uprawnień do wykonywania szczepień ochronnych przez pielęgniarki i położne na podstawie nowego programu kursu specjalistycznego w zakresie szczepień ochronnych dla pielęgniarek i położnych

Pielęgniarki i położne, mają prawo przeprowadzać **obowiązkowe oraz zalecane** szczepienie ochronne, jeżeli ramowy program kształcenia podyplomowego prowadzonego na podstawie przepisów ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (dalej: „ustawa”), obejmował problematykę szczepień ochronnych lub odbyły w ramach doskonalenia zawodowego kurs lub szkolenie w zakresie szczepień ochronnych, a po przeszkoleniu zyskały dokument potwierdzający ukończenie tego kursu lub szkolenia.

Kursy specjalistyczne w zakresie szczepień ochronnych były prowadzone **do dnia 29 stycznia 2026 r.** oddzielnie, na podstawie dwóch programów kursów specjalistycznych: Szczepienia ochronne dla położnych oraz Szczepienia ochronne dla pielęgniarek. Po tym dniu kształcenie dla pielęgniarek i położnych jest prowadzone na podstawie jednego kursu specjalistycznego w zakresie szczepień ochronnych dla pielęgniarek i położnych.

1. Kursy rozpoczęte przed dniem 29 stycznia 2026 r.

Położna, która ukończyła kurs szczepienia ochronne dla położnych, rozpoczęty przed dniem 29 stycznia 2026 r. (zgodnie z art. 79 ust. 3 ustawy, liczy się data rozpoczęcia edycji kursu, a nie jego zakończenia), nabyła uprawnienia do udzielania poniższych świadczeń zdrowotnych:

1. Wykonywanie szczepień ochronnych u noworodków w ramach kalendarza szczepień.

2. Wykonywanie szczepień ochronnych przeciw HPV zgodnie z obowiązującymi zasadami.

3. Rozpoznawanie, klasyfikowanie i charakteryzowanie niepożądanych odczynów poszczepiennych oraz podejmowanie stosownych działań w przypadku ich wystąpienia.

4. Sporządzanie sprawozdania z realizacji szczepień oraz dokonywanie analizy wykonalności szczepień ochronnych u noworodków.

5. Edukowanie rodziców/opiekunów w zakresie szczepień ochronnych u noworodków.

6. Edukowanie w zakresie szczepień ochronnych przeciw HPV.

Pielęgniarka, która ukończyła kurs szczepienia ochronne dla pielęgniarek **rozpoczęty przed dniem 29 stycznia 2026 r.**, nabyła uprawnienia do udzielania poniższych świadczeń zdrowotnych:

1. **Wykonanie szczepień ochronnych w ramach kalendarza szczepień** i na zlecenie właściwych jednostek organizacyjnych służby zdrowia oraz wystawianie związanych z tym zaświadczeń.

2. Wykonanie i odczytanie próby tuberkulinowej.

3. Rozpoznanie, klasyfikowanie i charakteryzowanie niepożądanych odczynów poszczepiennych oraz podejmowanie stosownych działań w przypadku ich wystąpienia.

4. Sporządzanie sprawozdania z realizacji szczepień ochronnych oraz dokonywanie analizy wykonalności szczepień ochronnych.

5. Edukowanie dzieci, młodzieży oraz osób dorosłych w zakresie

szczepień ochronnych.

Zgodnie z powyższym, **położna** po ukończeniu kursu specjalistycznego szczepienia ochronne dla położnych, rozpoczętego przed dniem 29 stycznia 2026 r. posiada **wyłącznie uprawnienia do wykonywania szczepień ochronnych u noworodków oraz szczepień przeciw HPV u osób obu płci, natomiast pielęgniarka po ukończeniu kursu specjalistycznego szczepienia ochronne dla pielęgniarek rozpoczętego przed dniem 29 stycznia 2026 r. posiada uprawnienia do wykonywania wszystkich szczepień ochronnych zgodnie z aktualnym kalendarzem szczepień.**

2. Kursy rozpoczęte po dniu 29 stycznia 2026 r.

Pielęgniarka jak i położna po ukończeniu kursu specjalistycznego w zakresie szczepień ochronnych dla pielęgniarek i położnych, **rozpoczętego** po dniu 29 stycznia 2026 r. i prowadzonego zgodnie z nowym programem, **nabędą uprawnienia do wykonywania wszystkich szczepień obowiązkowych i zalecanych u pacjentów obu płci, zgodnie z obowiązującym programem szczepień.**

Aktualnie obowiązujący program szczepień został określony w Komunikacie Głównego Inspektora Sanitarnego z dnia 31 października 2025 r. w sprawie Programu Szczepień Ochronnych na rok 2026 (Dz. Urz. MZ z 2025 r. poz. 85).

UWAGA: Położne, które ukończyły kurs przed dniem 29 stycznia 2026 r. i chcą posiadać uprawnienia do wykonywania wszystkich szczepień ochronnych, zgodnie z aktualnym kalendarzem szczepień, są obowiązane do odbycia kursu specjalistycznego dla pielęgniarek i położnych, który został rozpoczęty po 29 stycznia 2026r., prowadzonego według nowego programu.

Na podstawie art. 17 ust. 6 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2025 r., poz. 1675) w związku z § 9 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 września 2023 r. w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych (t.j. Dz. U. z 2025 r., poz. 782).

Nowe rozporządzenie w sprawie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych – co się zmienia?

Źródło: www.adamed.expert

20 stycznia 2026 r. weszło w życie nowe rozporządzenie Ministra Zdrowia regulujące kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych. Dokument wprowadza istotne zmiany, w tym podwojenie opłaty za egzamin państwowy oraz przeniesienie zadań z CKPPIP do CMKP.

Koniec CKPPIP – zadania przejmuje CMKP

Najważniejszą zmianą systemową jest likwidacja Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych (CKPPIP). Na mocy ustawy z 27 listopada 2024 r. wszystkie zadania dotyczące kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych zostały włączone do kompetencji Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego (CMKP).

Dla pielęgniarek i położnych oznacza to przede wszystkim zmianę adresata wielu wniosków i dokumentów. Przykładowo, wnioski o zwolnienie z obowiązku odbywania specjalizacji w części lub całości należy teraz składać do dyrektora CMKP, a nie jak dotychczas do ministra zdrowia. Również opłaty za egzamin państwowy są wnoszone na rachunek bankowy wskazany przez CMKP.

Dyplomy specjalisty będzie odtąd wydawał dyrektor CMKP. To samo dotyczy ustalania dat i miejsc egzaminów państwowych oraz powiadamiania o nich zdających. Regulamin egzaminu państwowego ustala teraz samodzielnie dyrektor CMKP – wcześniej wymagał on dodatkowo zatwierdzenia przez ministra zdrowia.

Opłata za egzamin państwowy – wzrost ze 170 zł do 350 zł

Najbardziej odczuwalną dla portfeli pielęgniarek i położnych zmianą jest ponad dwukrotna podwyżka opłaty za państwowy egzamin specjalizacyjny. Kwota wzrosła ze 170 zł do 350 zł.

Ministerstwo Zdrowia uzasadniało podwyżkę znaczącym wzrostem kosztów organizacji egzaminów. W ostatnich latach zwiększyła się liczba osób przystępujących do egzaminów, co generuje wyższe wydatki związane z wynajmem odpowiednich sal, ich przygotowaniem, obsługą techniczną, zakupem materiałów (blankiety dyplomów, papier, tonery), a także wynagrodzeniami dla członków komisji egzaminacyjnych.

Warto przypomnieć, że opłata w wysokości 170 zł obowiązywała od 2016 roku. Resort zdrowia zwracał też uwagę, że opłata za egzamin specjalizacyjny pielęgniarek i położnych jest nadal niższa niż

w przypadku innych zawodów medycznych – farmaceuci płacą 400 zł, a diagności laboratoryjni i fizjoterapeuci 450 zł.

Ważne: do egzaminów przeprowadzanych w sesji wiosennej 2026 r. (marzec-maj) stosuje się jeszcze starą opłatę w wysokości 170 zł. Nowa stawka 350 zł zacznie obowiązywać dopiero od sesji jesiennej 2026 r.

Ograniczenia w postępowaniu uzupełniającym na specjalizację

Rozporządzenie wprowadza istotne ograniczenie czasowe dla organizatorów kształcenia chcących przeprowadzić uzupełniające postępowanie kwalifikacyjne na specjalizację. Do tej pory zdarzało się, że dodatkowe nabory organizowano nawet po 8 miesiącach od rozpoczęcia szkolenia, co przy 15-miesięcznym czasie trwania specjalizacji znacząco skracало faktyczny okres nauki dla osób zakwalifikowanych w trybie uzupełniającym.

Według nowych przepisów postępowanie uzupełniające można przeprowadzić tylko wtedy, gdy organizator nie rozpoczął jeszcze realizacji programu specjalizacji, albo zrealizował go w wymiarze nie większym niż 10% ogólnego wymiaru godzinowego, a od planowanej daty rozpoczęcia specjalizacji nie upłynął więcej niż miesiąc.

Zmiany w składzie komisji egzaminacyjnej

Rozporządzenie określa stawki wynagrodzenia dla członków państwowej komisji egzaminacyjnej przeprowadzającej egzaminy specjalizacyjne: przewodniczący otrzymuje 500 zł, sekretarz 350 zł, a pozostali członkowie po 300 zł.

Nowością jest możliwość powołania do składu Państwowej Komisji Egzaminacyjnej konsultanta wojewódzkiego wskazanego przez konsultanta krajowego. Rozwiązanie to ma zabezpieczyć składy komisji w sytuacjach, gdy z przyczyn niezależnych nie ma możliwości powołania innego konsultanta krajowego.

Dyrektor CMKP otrzymał również uprawnienie do zwiększenia liczby członków komisji egzaminacyjnej o maksymalnie 6 osób w uzasadnionych przypadkach związanych z liczbą zdających lub warunkami lokalowymi. Wcześniej kompetencja ta należała do ministra zdrowia.

Kształcenie w toku – co z obecnymi uczestnikami?

Rozporządzenie zawiera ważne przepisy przejściowe. Dyplomy i zaświadczenia wydane na podstawie dotychczasowych przepisów zachowują pełną ważność. Kształcenie podyplomowe rozpoczęte przed 20 stycznia 2026 r. jest kontynuowane na dotychczasowych zasadach, z wyjątkiem przepisów dotyczących postępowania uzupełniającego i minimalnego czasu trwania specjalizacji (15 miesięcy), które stosuje się już w nowym brzmieniu.

Pozostałe regulacje bez zmian

Rozporządzenie utrzymuje dotychczasowe zasady dotyczące kursów kwalifikacyjnych (maksymalnie 6 miesięcy), kursów specjalistycznych (maksymalnie 3 miesiące) i kursów doksztalających (maksymalnie miesiąc). Bez zmian pozostają również wymagania wobec kierowników specjalizacji i kursów, zasady przeprowadzania postępowań kwalifikacyjnych oraz możliwości zaliczania wcześniej ukończonych szkoleń.

Egzaminy państwowe nadal odbywają się w dwóch sesjach: wiosennej (1 marca – 31 maja) i jesiennej (1 września – 30 listopada). Warunkiem przeprowadzenia egzaminu dla danej dziedziny jest zgłoszenie się co najmniej 20 osób, choć na wniosek dyrektora CMKP i za zgodą ministra zdrowia możliwe jest zorganizowanie



Kto może wykonywać zabiegi estetyczne? Wyjaśniamy stanowisko Ministerstwa Zdrowia

Źródło: nursing.com.pl

30 stycznia 2026 r. Ministerstwo Zdrowia opublikowało oficjalny Komunikat dotyczący zasad wykonywania procedur z zakresu medycyny estetyczno-naprawczej. Dokument ma odpowiedzieć na liczne wątpliwości dotyczące kwalifikacji osób wykonujących takie zabiegi i ujedynolnić interpretację przepisów.

Procedury medycyny estetyczno-naprawczej jako świadczenia zdrowotne

Ministerstwo podkreśla, że takie procedury to **świadczenia zdrowotne o podwyższonym ryzyku powikłań**, w tym zagrożenia zdrowia lub życia pacjenta. Ich wykonywanie wymaga umiejętności, które obejmują m.in. pełną kwalifikację medyczną pacjenta, ocenę przeciwwskazań, prowadzenie **dokumentacji medycznej** oraz zdolność rozpoznania i leczenia powikłań.

Kto ma uprawnienia do wykonywania tych zabiegów

Zgodnie z komunikatem Ministerstwa Zdrowia uprawnienia do wykonywania procedur medycyny estetyczno-naprawczej mają **wyłącznie**:

- lekarze specjaliści w dziedzinie dermatologii i wenerologii oraz chirurgii plastycznej;
- inni lekarze i lekarze dentyści, którzy posiadają **prawo wykonywania zawodu na czas nieokreślony oraz ukończyli dodatkowe szkolenia i uzyskali certyfikaty** z zakresu medycyny estetyczno-naprawczej.

Osoby nieuprawnione

Resort jednoznacznie wskazuje, że osobą nieuprawnioną do wykonywania tych procedur jest każda osoba **bez kwalifikacji lekarza**, w tym:

- pracownicy innych zawodów medycznych,
- kosmetolodzy,
- kosmetyczki,
- inne osoby – nawet jeśli ukończyły liczne kursy czy szkolenia z zakresu medycyny estetycznej.

Uzyskane certyfikaty kursowe nie nadają prawa do wykonywania procedur medycyny estetyczno-naprawczej, lecz jedynie potwierdzają udział w szkoleniu.

Zakres procedur medycznych

Komunikat odsyła do „Minimalnego standardu przeprowadzania certyfikacji umiejętności zawodowych medycyny estetyczno-naprawczej”, który obejmuje m.in.:

- iniekcje toksyny botulinowej i kwasu hialuronowego,
- mezoterapię z użyciem substancji leczniczych,
- procedury z użyciem osocza bogatopłytkowego i fibryny,
- zaawansowane urządzenia medyczne (lasery wysokoenergetyczne, HIFU, IPL),
- peelingi medyczne średniogłębokie i głębokie,

- nici medyczne, skleroterapię, lipotransfer i lipolizę iniekcyjną.

Odezwa środowisk i debata publiczna

Stanowisko samorządów lekarskich

Przedstawiciele Naczelnej Izby Lekarskiej (NIL) oceniają komunikat jako ważny sygnał do uporządkowania rynku usług estetycznych. Wiceprezes NIL Klaudiusz Komor podkreślił, że choć komunikat nie jest aktem prawnym, stanowi klarowną interpretację, kogo należy uznawać za uprawnionego do tych zabiegów. To reakcja na wieloletnią praktykę wykonywania zabiegów przez osoby bez odpowiednich kwalifikacji lekarskich.

Komor zauważa również, że komunikat może stanowić argument w sporach sądowych o powikłania po zabiegach wykonywanych przez osoby nieuprawnione.

Poglądy prawników

Część prawników zauważa, że **komunikat MZ nie jest źródłem prawa** i formalnie nie zmienia obowiązujących przepisów – to raczej interpretacja resortu, która ma wytyczać praktykę i sposób kontroli. Zdaniem niektórych ekspertów katalog procedur uznanych za zarezerwowane dla lekarzy jest zbyt szeroki i niektóre zabiegi kosmetyczne mogłyby pozostać poza tą kategorią.

Stanowisko pielęgniarek i położnych

Choć oficjalne reakcje środowiska pielęgniarek i położnych na najnowszy komunikat MZ jeszcze się formują, stanowisko Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych (NRPiP) w ostatnich latach było jasne: **studia pielęgniarskie nie są automatyczną przepustką** do medycyny estetycznej. Prezes NRPiP podkreślała wcześniej, że pielęgniarki i położne, mimo posiadania umiejętności klinicznych, nie mają samodzielnego prawa do wykonywania iniekcji estetycznych bez zlecenia lekarskiego.

W realiach praktyki zawodowej niektóre pielęgniarki i położne wykonują zabiegi estetyczne w prywatnych gabinetach pod nadzorem lekarza lub w formie usług towarzyszących. Eksperti podkreślają jednak, że **brak jasnych uregulowań prawnych wciąż rodzi wątpliwości co do granic kompetencji i odpowiedzialności** oraz możliwości konsekwencji dyscyplinarnych czy prawnych.



V. Warto wiedzieć

Przywrócenie dawnej specjalizacji jest możliwe? Pacjentów tylko przybywa

Źródło: www.adamed.expert

- Choroby mózgu są obecnie uważane za największe obciążenie zdrowotne oraz ekonomiczne w Europie. Dlatego też przywrócenie specjalizacji z pielęgniarstwa neurologicznego uznaje się za niezbędne dla nowoczesnego systemu ochrony zdrowia zarówno w ujęciu systemowym, jak i klinicznym – zaznacza w rozmowie z Adamed Expert **dr Karolina Filipaska-Blejder, sekretarz Polskiego Towarzystwa Pielęgniarek Neurologicznych**. Jakie są szanse na przywrócenie zlikwidowanej przed laty specjalizacji? Jak słyszemy, największe od wielu lat.

Izabela Rzepecka-Sarota, Adamed Expert: Neurologia, jak wskazują specjaliści, powinna być dziedziną priorytetową dla każdego systemu ochrony zdrowia. Tymczasem w Polsce specjalizacja z neurologii dla pielęgniarek funkcjonowała przez 10 lat, po czym zdecydowano o jej zlikwidowaniu. Dlaczego?

Dr Karolina Filipaska-Blejder, sekretarz Polskiego Towarzystwa Pielęgniarek Neurologicznych: - Zmiany te tłumaczono reorganizacją systemu kształcenia podyplomowego, wskazywano, że „ogólniejsze zakreszenie dziedzin pozwoli na większą elastyczność i uniwersalność

wykorzystania kształcenia podyplomowego pielęgniarek”. Polskie Towarzystwo Pielęgniarek Neurologicznych oraz Sekcja Pielęgniarstwa Neurochirurgicznego Polskiego Towarzystwa Neurochirurgów od wielu lat podejmują jednak systematyczne starania o przywrócenie tej specjalizacji, bo, naszym zdaniem, decyzja o jej zlikwidowaniu była decyzją błędną.

Jakie konsekwencje za sobą pociągnęła? Dodam, że do dziś nie zdecydowano o przywróceniu tej specjalizacji.

- Brak specjalistów w dziedzinie neuropielęgniarstwa spowodował m.in. różną interpretację dotyczącą tego, jakie świadczenia - zapobiegawcze, diagnostyczne, pielęgnacyjne, lecznicze, rehabilitacyjne, ratunkowe oraz organizacyjne - w obszarze neurologii/neurochirurgii może wykonywać pielęgniarka, czy też, kto powinien odpowiadać za konkretne działania. Decyzja ta wpłynęła również negatywnie na proces kształcenia podyplomowego pielęgniarek neurologicznych/neurochirurgicznych, oferując tej grupie tylko rodzaj kursu kwalifikacyjnego. Ponadto degradacja ścieżki kształcenia do poziomu kursu kwalifikacyjnego znacząco obniżyła potencjał merytoryczny zespołów pielęgniarskich pracujących w tak wymagających obszarach jak neurologia i neurochirurgia.

Dziś kształcenie z pielęgniarstwa neurologicznego jest rozrzucone po różnych specjalizacjach, ale, jak zaznaczają eksperci, nie

przygotowuje realnie pielęgniarek do pracy na oddziałach neurologicznych. Czego w nim brakuje, czego ono nie uwzględni?

- Nie istnieje jedna spójna i dedykowana ścieżka dotycząca kształcenia podyplomowego pielęgniarek w zakresie neurologii i neurochirurgii. Zagadnienia dotyczące tego bardzo obszernego zakresu wiedzy zostały podzielone. W specjalizacji z pielęgniarstwa internistycznego uwzględniono moduł dotyczący pielęgnowania chorego ze schorzeniami neurologicznymi, który obejmuje wyłącznie 25 godzin teorii oraz 70 godzin stażu. Z kolei w specjalizacji z pielęgniarstwa chirurgicznego w module pt. Pielęgnowanie pacjenta w oddziale neurochirurgii wydzielono 20 godzin teorii oraz 21 godzin stażu.

Niewiele.

- To prawda. Jest to zdecydowanie niewystarczająca liczba godzin do omówienia i zapoznania się ze wszystkimi jednostkami chorobowymi w zakresie neurologii i neurochirurgii. Dziedzina ta ciągle się rozwija, wprowadzane zostają nowoczesne metody leczenia i nie można traktować jej w sposób lakoniczny. To po pierwsze. Po drugie pielęgniarka neurologiczna musi sprawnie poruszać się w obu tych dziedzinach, ponieważ w praktyce klinicznej granica między leczeniem zachowawczym (neurologia) a operacyjnym (neurochirurgia) jest bardzo płynna. Pacjenci często trafiają na oddział neurologii z objawami, które po diagnostyce kwalifikują ich do pilnego zabiegu. Pielęgniarka musi rozumieć mechanizmy obu stanów. Co więcej, pacjenci po zabiegach neurochirurgicznych wymagają specyficznego monitorowania, ale jednocześnie mogą cierpieć na przewlekłe schorzenia neurologiczne, np. padaczkę, które wymagają specjalistycznego podejścia neurologicznego. Dlatego też aktualnie brak ujednoliconej ścieżki kariery i istniejąca luka między teorią a praktyką kliniczną skutkuje niewystarczającym przygotowaniem do opieki nad pacjentem neurologicznym lub neurochirurgicznym.

Zaledwie 4 proc. pielęgniarek, które obecnie pracują na oddziałach neurologicznych, ma specjalizację neurologiczną. Co więcej, jak Pani wspomniała, niewystarczająca liczba godzin dotycząca zagadnień z zakresu neurologii i neurochirurgii w obrębie innych specjalizacji przyczynia się do tego, że również personel z innych oddziałów często nie jest w pełni przygotowany do opieki nad pacjentami neurologicznymi. Do czego może prowadzić taki stan rzeczy?

- Niedobór wyspecjalizowanych neopielęgniarek oraz niedostateczna wiedza zespołów na innych oddziałach może prowadzić do wielu negatywnych skutków zarówno dla samego pacjenta, jak i dla całego systemu ochrony zdrowia. Brak specjalistycznej wiedzy może przyczynić się do opóźnienia w rozpoznawaniu stanów nagłych, jak np. pierwszych objawów udaru mózgu czy narastającego ciśnienia wewnątrzczaszkowego, co jest kluczowe dla ograniczenia trwałych uszkodzeń mózgu. W takich sytuacjach wzrasta ryzyko powikłań oraz długotrwałej niepełnosprawności pacjentów. Poza tym pielęgniarka neurologiczna jest szkolona w zakresie zapobiegania zachyłostowemu zapaleniu płuc u pacjentów z zaburzeniami połykania czy w wykonywaniu treningu pęcherza neurogennego w celu zapobiegania zakażeniom układu moczowego. Te wszystkie aspekty wpływają w sposób istotny na wydłużenie czasu hospitalizacji i obciążają system ochrony zdrowia. Ponadto pielęgniarki/pielęgniarze opiekujący się pacjentami, których specyfiki nie znają, żyją w permanentnym stresie i poczuciu lęku przed popełnieniem błędu, co prowadzi do szybszego wypalenia zawodowego.

Czy są podejmowane jakieś działania, by uzupełnić braki w kompetencjach zespołów?

- Kadry zarządzające na oddziałach neurologicznych lub neurochirurgicznych we własnym zakresie starają się oczywiście przygotowywać szkolenia z zakresu neurologii, neurochirurgii oraz neopielęgniarstwa, aby chociaż w minimalnym stopniu wypełnić tę lukę istniejącą w naszym systemie kształcenia, jednak zdecydowanie nie są to wystarczające działania, biorąc pod uwagę ciągły wzrost zachorowalności na choroby układu nerwowego. Potrzebujemy natychmiastowych rozwiązań systemowych. Liczne doniesienia o charakterze naukowym dowodzą, iż profesjonalna opieka pielęgniarska stanowi determinantę optymalizacji efektów terapeutycznych. Badania potwierdzają ogromną rolę specjalistycznej opieki pielęgniarskiej i jej wpływu na uzyskiwanie istotnie lepszych wyników w zakresie funkcji neurologicznych, funkcji poznawczych, motorycznych, stopnia samodzielności w życiu codziennym, jakości życia czy samej satysfakcji z opieki pielęgniarskiej.

Pacjent neurologiczny to pacjent wymagający zupełnie innego podejścia?

- Zdecydowanie tak. Opieka nad pacjentem neurologicznym determinuje konieczność wdrożenia paradygmatu interdyscyplinarnego. Choroby układu nerwowego często korelują nie tylko z zaburzoną sprawnością fizyczną, ale również z funkcjami poznawczymi, emocjami i osobowością. Znajomość lokalizacji uszkodzeń pozwala zrozumieć, że agresja lub brak krytycyzmu pacjenta to objaw choroby, a nie cecha charakteru. Chroni to personel przed wypaleniem zawodowym i pozwala na wdrożenie odpowiednich technik deeskalacyjnych. Oprócz obserwacji w aspekcie behawioralnym zespół pielęgniarski musi być czujny klinicznie. Jest on często pierwszą „linią obrony”. Jego kluczowym zadaniem jest wychwycenie nawet tych subtelnych zmian w stanie neurologicznym, które mogą zwiastować np. narastający obrzęk mózgu lub ponowny udar mózgu. Jest to niezmiernie ważne w kontekście czasu wdrożenia dedykowanej farmakoterapii i reakcji całego zespołu terapeutycznego. Praca pielęgniarki neurologicznej jest też niezbędna w prewencji powikłań kaskadowych.

Jak te szczególne potrzeby pacjentów neurologicznych przekładają się na praktykę i opiekę w stanach ostrych, a jak w chorobach przewlekłych?

- Pacjenci w stanie ostrym, np. w pierwszych dobach po udarze mózgu, to zabieg neurochirurgicznym, wymagają ciągłego monitorowania parametrów życiowych oraz obserwacji nawet tych najbardziej subtelnych objawów dotyczących funkcjonowania układu nerwowego czy układu krążenia. To często osoby w stanie zagrożenia życia i zdrowia, z wielochorobowością. Kluczowe jest stałe prowadzenie neuromonitoringu poprzez m.in. obserwację i ocenę przy użyciu standaryzowanych narzędzi stanu przytomności/świadomości, reakcji źrenic. Niezbędne jest zachowanie optymalnego ciśnienia perfuzji mózgowej poprzez kontrolę ciśnienia tętniczego oraz monitorowanie glikemii i temperatury ciała, które mają bezpośredni wpływ np. na obszar penumbry (strefy niedokrwienia). Ponadto pielęgniarki pracujące w Oddziałach Intensywnego Nadzoru Neurologicznego, opiekując się pacjentem po tromboemii mechanicznej, muszą posiadać wiedzę dotyczącą powikłań i ukierunkować swoją obserwację na możliwość ich wystąpienia.

W przypadku pacjenta neurologicznego z chorobą przewlekłą opieka opiera się z kolei w głównej mierze na edukacji pacjenta i jego rodziny, poprawie jakości życia, współuczestniczeniu w rehabilitacji, wsparciu psychicznym oraz obserwacji stanu zdrowia, natomiast w tym aspekcie dynamika zmian, a co za tym idzie obserwacja jest znacznie stabilniejsza. Postępowanie różni się więc diametralnie w zależności od mechanizmu choroby. Głównym celem opieki w udarze mózgu jest ratowanie tkanki mózgowej, a więc kluczowy jest czas. W chorobie Parkinsona dbamy o jak najdłuższe podtrzymanie sprawności, a w padaczkę zapobiegamy wystąpieniu napadów padaczkowych. Obszerna wiedza z zakresu neurologii i neurochirurgii jest niezbędna i pomaga pielęgniarkom w precyzyjnym rozróżnieniu np. zaburzeń perfuzji, neurodegeneracji a elektrofizjologii. Każda z tych jednostek wymaga innej strategii terapeutycznej oraz pielęgnacyjnej, opartej na odmiennych procesach patofizjologicznych.

A jaką rolę w przypadku pacjentów neurologicznych odgrywa wsparcie psychologiczne?

- Ogromną. Dowody naukowe wskazują, że depresja poudarowa dotyka ponad 30 proc. pacjentów. Nagłe zachorowanie, np. udar czy uraz mózgu, wywołuje stres traumatyczny, wynikający z poczucia zagrożenia życia, z nagłej utraty kontroli nad własnym ciałem, tożsamością i przyszłością. Pielęgniarki są kluczowe w procesie wczesnego screeningu. To one spędzają najwięcej czasu z pacjentem i są w stanie zaobserwować niepokojące objawy. Badania dowodzą, iż istnieje wysoka korelacja pomiędzy depresją a wyższą śmiertelnością i gorszymi wynikami rehabilitacji funkcjonalnej. Ponadto stan psychiczny pacjenta bezpośrednio moduluje efektywność procesów neuroplastycznych. Silny stres i lęk potrafią generować kaskadę hormonalną, która może hamować regenerację synaptyczną. Pielęgniarska opieka i interwencje wspierające pomagają aktywować współdziałanie pacjenta w rehabilitacji, co jest niezbędne do odzyskania sprawności. Pielęgniarki neurologiczne potrafią wykorzystywać zaawansowane techniki komunikacji, np. parafrazę, komunikację niewerbalną, aby zredukować izolację społeczną chorych z afazją, która dotyka blisko 40 proc. pacjentów w fazie ostrej.

Prof. Alina Kulakowska wskazywała, że neurologia to jeden z najcięższych oddziałów dla pielęgniarki. Zgadza się z tym Pani?

- Zdecydowanie. Neurologia jest powszechnie uznawana za jeden z najbardziej wymagających oddziałów szpitalnych. Wynika to z ekstremalnego połączenia obciążeń fizycznych (pacjenci w stanach ciężkich, niesamodzielni, leżący, co w znaczący sposób obciąża kręgosłup, stawy zespołu pielęgniarskiego), psychicznych (m.in. w wyniku zaburzeń osobowości, agresji ze strony pacjentów)

i wysokiej specjalizacji medycznej (dynamicznie zmieniające się stany pacjentów przechodzące w stany zagrożenia życia, ciągły rozwój w zakresie neurologii i neurochirurgii wymagający od personelu systematycznego kształcenia, co aktualnie jest utrudnione ze względu na brak jednolitej ścieżki kształcenia). Zbieżne stanowisko w tej sprawie prezentują również specjaliści w obszarze pielęgniarstwa neurologicznego czy neurochirurgicznego, np. prof. Krystyna Jaracz z poznańskiego ośrodka akademickiego czy prof. Robert Ślusarz z ośrodka bydgoskiego.

Czy więc gdyby specjalizacja z neurologii wróciła, byłaby dla pielęgniarek atrakcyjna?

- Choroby mózgu są obecnie uważane za największe obciążenie zdrowotne oraz ekonomiczne w Europie. Dlatego też przywrócenie specjalizacji z pielęgniarstwa neurologicznego uznaje się za niezbędne dla nowoczesnego systemu ochrony zdrowia zarówno w ujęciu systemowym, jak i klinicznym. Wybór takiej ścieżki kształcenia pozwoli uzyskać wszystkie niezbędne kompetencje oraz niezbędną wiedzę w zakresie pielęgniarstwa neurologicznego oraz neurochirurgicznego. Neurologia staje się kierunkiem strategicznym, powrót specjalizacji w tym obszarze jest bardzo wyczekiwany przez środowisko pielęgniarek zajmujących się pacjentami ze schorzeniami układu nerwowego. Kluczowym atutem i atrakcyjnością tej specjalizacji jest synergia między twardymi kompetencjami medycznymi a zasobami psychologicznymi. Takie połączenie pozwala nie tylko na precyzyjną realizację procedur, ale tworzy bezpieczne środowisko pracy, w którym profesjonalizm staje się narzędziem ochrony przed obciążeniem emocjonalnym.

Jakie są dziś szanse na przywrócenie tej specjalizacji?

- Żywimy ogromną nadzieję, że szanse są duże. A z pewnością największe od wielu lat, kiedy to postanowiono zamknąć specjalizację. Spotkanie Parlamentarnego Zespołu do spraw Chorób Centralnego Układu Nerwowego oraz Parlamentarnego Zespołu do spraw Pielęgniarek i Położnych poświęcone zagadnieniu „Opieka nad chorym - pielęgniarka neurologiczna”, które odbyło się w Sejmie 23 czerwca 2025 roku, rzuciło nowe światło na brak specjalistów w zakresie neuropielęgniarstwa. Staramy się nagłaśniać ten problem, argumentować konieczność zmian, jako Polskie Towarzystwo Pielęgniarek Neurologicznych jesteśmy otwarci na współpracę i dialog. Aktualnie Ministerstwo Zdrowia powołało Zespół ds. opracowania wskaźników efektywności kompetencji pielęgniarek i położnych. Dodatkowo zapowiedziano stworzenie zespołów ekspertów ds. rewizji programów specjalizacji przez Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego. Z całą pewnością możemy stwierdzić, że aktualnie dużo się dzieje wokół kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych. Jesteśmy przekonani, że to najbardziej odpowiedni moment na przywrócenie specjalizacji neurologicznej.

Wiem, że jako Polskie Towarzystwa Pielęgniarek Neurologicznych przygotowały Panie listę kompetencji, które mogłaby nabyć pielęgniarka po ukończeniu specjalizacji neurologicznej. Co się na niej znajduje?

- W celu udowodnienia, że specjalizacja w dziedzinie neuropielęgniarstwa jest konieczna przygotowaliśmy wspólnie z Sekcją Pielęgniarstwa Polskiego Towarzystwa Neurochirurgów przykładowy wykaz wybranych świadczeń wysokospecjalistycznych (zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych itp.), do których będzie uprawniona pielęgniarka po ukończeniu specjalizacji. To m.in. wykonywanie badań elektrofizjologicznych – EEG, EMG; zapobieganie zakażeniom o wysokim ryzyku charakterystycznych dla neurologii i neurochirurgii (zakażeniem głębokich implantów, zapaleniu opon mózgowo-rdzeniowych); koordynacja i wdrażanie zintegrowanych protokołów okołoperacyjnych (ERAS Neuro); koordynacja oraz udział w procedurach neuromonitoringu śródoperacyjnego i okołoperacyjnego; prowadzenie inwazyjnego monitorowania ciśnienia śródczaszkowego (ICP); wykonywanie badań POCUSnp. bladder scan w diagnostyce retencji moczu, ultrasonograficzna ocena tkanek miękkich (podejrzanie zbiorników płynowych, infekcji, krwiaka); udział w procedurze rozpoznawania śmierci pnia mózgu; zaawansowane prowadzenie terapii obniżającej ciśnienie śródczaszkowe, np. wdrażania interwencji nefarmakologicznych neuroprotektynowych; przygotowanie pacjenta oraz wykonanie zabiegu plazmaferezy leczniczej; współudział (asystowanie) podczas zabiegu trombektomii mechanicznej; współudział w leczeniu trombolitycznym; monitorowanie pacjenta w poszczególnych rodzajach terapii, np. pacjentów leczonych dożylnymi lekami immunomodulującymi; trening pęcherza moczowego - wyrabianie automatyzmu pęcherza neurogennego; współtworzenie interwencyjnych zespołów medycznych w leczeniu udaru mózgu; uczestniczenie w programach lekowych prowadzonych dla pacjentów neurologicznych/ neurochirurgicznych – np. obsługa

autowstrzykiwaczy czy dedykowanych pomp infuzyjnych oraz wiele innych kompetencji. Oczywiście są to przykładowe kompetencje, które w odpowiednim czasie będą wymagały wspólnych rozmów, ustaleń i uzgodnień, a lista ich niewątpliwie się powiększy.

Czyli, jednym słowem, przywrócenie specjalizacji neurologicznej dla pielęgniarek przyczyniłoby się do poprawy jakości opieki nad pacjentami.

- Jeszcze raz podkreślę: potrzeba przywrócenia kształcenia na poziomie specjalizacyjnym w tym obszarze podyktowana jest wzrostem zachorowalności na schorzenia neurologiczne - 60 proc. pacjentów z tego rodzaju schorzeniami w opiece długoterminowej, głównie choroby naczyniowe - udar, schorzenia neurodegeneracyjne - choroba Parkinsona, choroba Alzheimer, stwardnienie rozsiane, stwardnienie zanikowe boczne czy padaczka - a także ogromnym postępowaniem metod diagnostyczno-leczniczych, wystarczy wspomnieć np. o trombolizie, trombektomii mechanicznej, embolizacji, leczeniu infuzyjnym w chorobie Parkinsona, metodach Gamma Knife, Cyber Knife, metodach stereotaktycznych, neuronawigacji czy leczeniu immunosupresyjnym. W każdym tym obszarze pojawiają się specjaliści z zakresu neuropielęgniarstwa, a dokładnie udzielanie wysokospecjalistycznych świadczeń pielęgniarstwa znajdują uzasadnienie praktyczne poparte licznymi badaniami naukowymi zgodnymi z zasadami medycyny opartej na dowodach naukowych (Evidence-Based Medicine) czy zasadami praktyki pielęgniarstwa opartej na dowodach (Evidence Based Practice in Nursing) oraz w opiniach specjalistów – konsultantów krajowych (ds. neurologii, neurochirurgii) czy w opinii wielu profesjonalistów zajmujących się osobami ze schorzeniami układu nerwowego. Jako środowisko pielęgniarek - czekamy.



Położne z petycją w sprawie studiów pomostowych

Źródło: www.adamed.expert

Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych przygotował petycję wzywającą do pilnych zmian legislacyjnych, które umożliwią położnym uzyskanie kwalifikacji pielęgniarstwa. Położne, które przez lata zdobywały doświadczenie i kompetencje, nie mogą podjąć pracy na innych oddziałach szpitalnych – mimo że zakres wykonywanych przez nie czynności pielęgnacyjnych i zabiegowych jest identyczny z pracą pielęgniarek.

Problem systemowy

OZZPiP wskazuje na paradoks, który polega na tym, że w czasie krytycznego braku kadr medycznych w Polsce, doświadczone specjalistki są wypychane poza system ochrony zdrowia. Położne codziennie wykonują te same procedury co pielęgniarki: zakładają wenflon, podają leki, pobierają krew, monitorują parametry życiowe, pielęgnują rany, prowadzą płynoterapię. W trakcie studiów odbywają setki godzin praktyk na chirurgii, internach, anestezjologii i pediatrii. Mimo to bariera „ograniczonych kompetencji” uniemożliwia im pracę poza oddziałami ginekologiczno-położniczymi.

Martwe kwalifikacje

Za szczególnie bulwersujący problem OZZPiP uważa nieuznawanie kwalifikacji podyplomowych. Położne, które ukończyły kursy w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego czy anestezjologicznego – zgodnie z obowiązującymi rozporządzeniami i programami zatwierdzonymi przez Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych – otrzymują formalne uprawnienia państwowe, które następnie są podważane przez opinie Konsultantów Krajowych. To prowadzi do zjawiska „martwych kwalifikacji”, gdzie zainwestowany wysiłek edukacyjny nie przekłada się na realną możliwość pracy.

Niewystarczające rozwiązania systemowe

Autorzy petycji uważają, że obecne rozwiązania systemowe są

niewystarczające. Kursy dodające uprawnienia do pracy w opiece paliatywnej czy chirurgii zabiegowej wymagają, aby położna najpierw straciła pracę. W sytuacji, gdy oddziały zamykane są z dnia na dzień, system zmusza wykwalifikowany personel do wejścia w stan bezrobocia bez gwarancji szybkich efektów przekwalifikowania i bez pomostu finansowego.

Postulaty petycji

Położne domagają się pilnych prac legislacyjnych umożliwiających im zdobycie zawodu pielęgniarki poprzez studia pomostowe – krótką ścieżkę kształcenia uwzględniającą zbieżność punktów ECTS oraz dotychczasowe doświadczenie zawodowe. Kluczowe jest również umożliwienie zdobywania nowych uprawnień jeszcze w trakcie zatrudnienia, aby zapobiec okresom bezrobocia.

„To nie tylko sprawa zawodowa tysięcy położnych. To kwestia bezpieczeństwa pacjentów i stabilności całego systemu ochrony zdrowia w Polsce. Nie pozwólmy, aby doświadczenie i wiedza tysięcy specjalistek zostały zmarnowane” – podkreśla OZZPiP.

Autorki dodają, że pozostawienie grupy zawodowej bez możliwości przekwalifikowania w obliczu likwidacji miejsc pracy to marnotrawstwo potencjału ludzkiego i zawodowego. Umożliwienie płynnego przejścia do zawodu pielęgniarki mogłoby uratować tysiące osób przed bezrobociem i jednocześnie zasilić deficytowy system kadrowy w polskich szpitalach.



Nowoczesne leczenie nieswoistych chorób zapalnych jelit — szansa dla pacjentów i systemu opieki

Źródło: nursing.com.pl

Nieswoiste choroby zapalne jelit to przewlekłe schorzenia o charakterze autoimmunologicznym, wśród których najczęściej występuje wrzodziejące zapalenie jelita grubego oraz choroba Leśniowskiego-Crohna. Oba prowadzą do trwałego zapalenia przewodu pokarmowego i powikłań, takich jak ból brzucha, przewlekłe biegunki czy utrata masy ciała, a często także do uszkodzeń ścian jelit.

Choroba nie jest wyleczalna, ale...

„Nieswoiste choroby zapalne jelit są obecnie nieuleczalne. Jednak dzięki pojawianiu się nowych, coraz skuteczniejszych leków proces zapalny leżący u podłoża tych schorzeń można dobrze kontrolować.”

W praktyce oznacza to, że celem leczenia nie jest już tylko złagodzenie dolegliwości, ale — coraz częściej — **osiągnięcie remisji endoskopowej**, czyli wygojenia błony śluzowej jelit. To wpływa na:

- zmniejszenie potrzeby interwencji chirurgicznych,
- ograniczenie hospitalizacji,
- poprawę jakości życia pacjentów,
- potencjalną redukcję ryzyka raka jelita grubego w przyszłości.

Nowoczesne terapie biologiczne — co musisz wiedzieć

W leczeniu NChZJ coraz większą rolę odgrywają **sterydowo-niezależne leki biologiczne i nowoczesne inhibitory cytokin**, które:

- pozwalają pacjentom osiągać **remisję objawową i endoskopową**,
- lepiej kontrolują stan zapalny niż standardowe terapie,
- mogą być stosowane nawet po nieskuteczności starszych leków biologicznych.

Ekspertki wskazują na potrzebę szybkiej i odpowiednio wcześniej wdrożonej terapii — im wcześniej zastosowane są skuteczne leki, tym większe są korzyści kliniczne i społeczno-ekonomiczne.

Sytuacja w Polsce

Według ekspertów nowoczesne leczenie nieswoistych chorób zapalnych jelit:

- jest korzystne dla pacjentów — umożliwia aktywne funkcjonowanie i ogranicza skutki choroby,
- jest opłacalne dla państwa — zmniejsza liczbę absencji chorobowych oraz obciążenia związane z rentami i niezdolnością do pracy.

Jednak nadal **tylko niewielka liczba pacjentów ma dostęp do terapii biologicznych** w programach lekowych — w przypadku choroby Leśniowskiego-Crohna jest to około 10–12% pacjentów, a w krajach zachodnich wskaźniki te są wyższe.

Kompleksowa opieka — kierunek na przyszłość

Specjaliści rekomendują rozwój modeli kompleksowej opieki, które obejmowałyby:

- leczenie w programach lekowych,
- opiekę nad pacjentami bez wskazań do programów biologicznych,
- monitorowanie remisji i nawrotów,
- nadzór nad powikłaniami pozajelitowymi (np. zapalenia stawów, zmiany skórne, zaburzenia wzroku, nerki).

Takie podejście miałyby poprawić koordynację między specjalistami i uporządkować ścieżki terapeutyczne — szczególnie w sytuacji, gdy wiele osób nadal doświadcza opóźnień w diagnozie lub leczeniu.

Co to oznacza dla pielęgniarek i położnych?

- **Znajomość nowoczesnych opcji terapeutycznych** pozwala lepiej wspierać pacjentów w edukacji zdrowotnej i w procesie leczenia.
- **Wczesne rozpoznawanie objawów i szybkie kierowanie do specjalistycznej opieki** może przyspieszyć dostęp do skutecznych terapii.
- **Wsparcie w rehabilitacji, opiece paliatywnej i poradnictwie żywieniowym** stanowi integralną część kompleksowej opieki nad chorymi z NChZJ.



Stres finansowy postarza serce szybciej niż inne czynniki ryzyka

Źródło: nursing.com.pl

Stres finansowy może przyspieszać biologiczne starzenie się serca bardziej niż wiele klasycznych czynników ryzyka chorób układu krążenia — wynika z nowego badania opublikowanego na łamach czasopisma „Mayo Clinic Proceedings”.

Od dawna wiadomo, że przewlekły stres negatywnie wpływa na **układ sercowo-naczyniowy**. Tym razem naukowcy postanowili sprawdzić, czy znaczenie ma rodzaj stresu, a konkretnie — jak na zdrowie serca oddziałują trudności finansowe i poczucie niepewności ekonomicznej.

W tym celu przeanalizowano dane ponad 280 tysięcy dorosłych osób, które wypełniły szczegółowe ankiety dotyczące swojej sytuacji społeczno-ekonomicznej oraz przeszły kliniczną ocenę zdrowia serca i naczyń. Kluczowym parametrem był tzw. „wiek sercowo-naczyniowy”, odzwierciedlający biologiczny stan układu krążenia w odniesieniu do wieku metrykalnego.

Analiza wykazała, że osoby deklarujące wysoki poziom stresu finansowego oraz brak bezpieczeństwa żywnościowego częściej miały serce i naczynia krwionośne „starsze”, niż wynikałoby to z ich wieku kalendarzowego. Co istotne, zależność ta utrzymywała się nawet po uwzględnieniu klasycznych czynników ryzyka, takich jak **nadciśnienie**, cukrzyca czy palenie tytoniu.

Mechanizm tego zjawiska nie jest zaskoczeniem dla specjalistów. Hormony stresu — w tym kortyzol i adrenalina — wpływają na ciśnienie tętnicze, częstość akcji serca, procesy zapalne oraz metabolizm. Długotrwała, powtarzająca się aktywacja tych układów

Warto wiedzieć

może prowadzić do stopniowego uszkodzenia naczyń krwionośnych i mięśnia sercowego. Z czasem efekt ten zaczyna przypominać zmiany obserwowane w procesie starzenia lub w przebiegu chorób przewlekłych.

Jak podkreślają badacze, stres finansowy wyróżnia się na tle innych stresorów swoją uporczywością i zasięgiem oddziaływania.

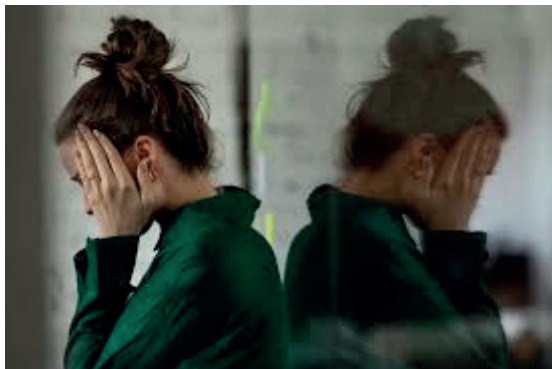
„W przeciwieństwie do ostrego czynnika stresu, takiego jak rychły termin wykonania pracy czy krótka choroba, stres finansowy jest często przewlekły i ciągły. Może obejmować uporczywe zmartwienia związane z rachunkami, stabilnością mieszkaniową, kosztami leczenia, długami lub utrzymaniem członków rodziny. Ponieważ pieniądze wpływają na tak wiele aspektów codziennego życia, trudno jest uciec od stresu finansowego. Może on zakłócać sen, ograniczać dostęp do zdrowej żywności lub opieki medycznej oraz ograniczać możliwości ćwiczeń i odpoczynku. Wszystkie te czynniki nasilają się i z czasem mogą zwiększać ryzyko chorób sercowo-naczyniowych” – tłumaczy dr Leana Wen, lekarz medycyny ratunkowej i profesor nadzwyczajny Uniwersytetu George’a Washingtona, w wywiadzie dla CNN.

Eksperti zaznaczają jednak, że stres finansowy nie zastępuje tradycyjnych czynników ryzyka, lecz działa z nimi synergistycznie. Osoba zmagająca się z nadciśnieniem, otyłością czy cukrzycą, która jednocześnie doświadcza poważnych problemów finansowych, może być narażona na jeszcze większe obciążenie układu krążenia.

Podobne wnioski przyniosły również wcześniejsze badania. W 2024 roku naukowcy z University College London opublikowali w czasopiśmie „Brain, Behavior and Immunity” analizę obejmującą 4934 osoby w wieku 50 lat i starsze. Wykazano, że doświadczenie stresujących wydarzeń życiowych w ciągu dwóch lat – takich jak żałoba, rozwód czy pełnienie roli nieformalnego opiekuna – wiązało się z 61-procentowym wzrostem prawdopodobieństwa znalezienia się w grupie wysokiego ryzyka zdrowotnego po czterech latach.

Szczególnie wyraźny efekt zaobserwowano u osób zgłaszających wyłącznie problemy finansowe, rozumiane jako przekonanie o niewystarczających środkach na zabezpieczenie przyszłych potrzeb. W tej grupie ryzyko było wyższe o 59 procent.

„Odkryliśmy, że stres finansowy ma największy negatywny wpływ na zdrowie biologiczne, choć potrzebne są dalsze badania, aby to potwierdzić. Może to wynikać z faktu, że ta forma stresu może wpływać na wiele aspektów naszego życia, prowadząc do konfliktów rodzinnych, wykluczenia społecznego, a nawet głodu lub bezdomności” – powiedziała główna autorka badania, doktorantka Odessa S. Hamilton z Instytutu Epidemiologii i Opieki Zdrowotnej University College London.



Odpowiedni trening mózgu może zmniejszyć ryzyko demencji o jedną czwartą

Źródło: www.adamed.expert

Trening szybkości poznawczej wydaje się zmniejszać ryzyko demencji, w tym choroby Alzheimera nawet o 25 proc. – informuje pismo „Alzheimer’s & Dementia: Translational Research and Clinical Interventions”.

Skuteczność treningu mózgu w utrzymywaniu jego sprawności budzi kontrowersje od lat. Pierwsze na świecie długotrwałe, randomizowane badanie kontrolowane dotyczące wpływu treningu mózgu na ryzyko demencji przeprowadzili naukowcy z kilku amerykańskich uniwersytetów.

Długoletnie badanie (<https://alz-journals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/trc2.70197>) objęło 2832 osoby w wieku 65 lat i starsze. Uzyskane wyniki sugerują, że trening może zmniejszyć ryzyko rozpoznania demencji o 25 proc.

Uczestnicy zostali losowo przydzieleni do jednej z trzech grup interwencyjnych lub do grupy kontrolnej. Jedna grupa uczestniczyła

w komputerowym treningu szybkości o nazwie Double Decision. Na krótko wyświetlano im w danej scenie samochód i znak drogowy. Uczestnicy musieli następnie przypomnieć sobie, który samochód się pojawił i gdzie znajdował się znak. W miarę poprawy wyników zadanie stawało się trudniejsze.

Pozostałe dwie grupy brały udział w treningu pamięci lub rozumowania.

Badani przez pięć tygodni uczestniczyli w dwóch 60-75-minutowych sesjach tygodniowo. Około połowa osób z każdej grupy została następnie losowo przydzielona do udziału w sesjach przypominających – czterech dodatkowych 1-godzinnych sesjach pod koniec pierwszego roku i kolejnych czterech pod koniec trzeciego roku.

Dwadzieścia lat później naukowcy przeanalizowali dane dotyczące wniosków o świadczenia Medicare, aby określić, u ilu uczestników zdiagnozowano demencję. **Stwierdzili, że osoby, które ukończyły trening szybkości z sesjami przypominającymi, miały o 25 proc. niższe ryzyko diagnozy choroby Alzheimera lub pokrewnej demencji w porównaniu z grupą kontrolną.**

Żadna inna grupa – w tym grupa trenująca szybkość bez sesji przypominających – nie wykazała znaczącej zmiany ryzyka.

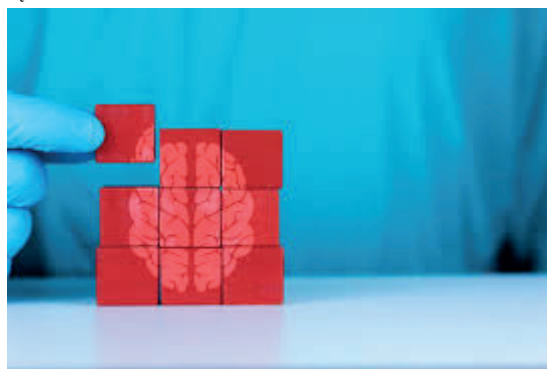
W programie Double Decision użytkownicy są testowani pod kątem szybkości, uwagi i widzenia peryferyjnego, koncentrując się na jednym z dwóch celów centralnych i jednym peryferyjnym. Wraz ze wzrostem tempa programu cele centralne stają się bardziej podobne, a peryferyjne rozproszenia uwagi mnożą się.

Nie jest jasne, jak i dlaczego może działać trening szybkości. Być może chodzi o procesy uczenia się zachodzące bez udziału świadomości. Zmiany powstałe w wyniku tego rodzaju nauki są bardzo długotrwałe.

Chociaż czas trwania treningu był stosunkowo krótki, wykonywane zadania wymagały wysiłku i skupienia uwagi. Być może dzięki treningowi tworzy się „rezerwa mózgowa”, opóźniająca wystąpienie objawów demencji.

Zmienione dzięki treningowi połączenia mózgowe mogą również zwiększać podzielność uwagi, ułatwiając codzienne życie w miarę starzenia się. Mogłoby to zmniejszyć izolację, zachęcić do większej aktywności lub zwiększyć zaangażowanie społeczne – czynniki, o których wiadomo, że przyczyniają się do długoterminowego zdrowia mózgu.

Zdaniem specjalistów korzystne działanie na mózgu mogą mieć nie tylko takie programy komputerowe, jak opisywane, ale również rodzaju nowe aktywności – na przykład nauka sportu, zawodu czy rękodzieła.



Rola witaminy D w rozwoju chorób autoimmunologicznych

Źródło: www.adamed.expert

Witamina D to rozpuszczalny w tłuszczach prohormon, który spełnia ważne zadania w organizmie człowieka. Dzięki witaminie D utrzymywana jest homeostaza wapnia i prawidłowy metabolizm kostny. Całoroczne utrzymanie witaminy D na odpowiednim poziomie będzie warunkowało m.in. regulację czynności wewnątrzwydzielniczej trzustki, tarczycy, nadnerczy i przysadki mózgowej. Niewystarczające stężenie witaminy D we krwi jest jednym z wielu czynników mających istotny wpływ na rozwój nowotworu piersi, jelita grubego, gruczołu krokowego i płuc. W warunkach eksperymentalnych udowodniono, że witamina D działa na komórki nowotworowe przez zmiany ekspresji miRNA i dodatkowo wpływa na regulację odpowiedzi immunologicznej organizmu. Hamuje także apoptozę melanocytów skóry, keratynocytów i fibroblastów. Skutkami niedoboru witaminy D są osłabienie odporności oraz zwiększona podatność na infekcje o podłożu wirusowym, bakteryjnym i grzybiczym.

Niedobór witaminy D można powiązać z infekcjami, chorobami autoimmunologicznymi i alergiami. Witamina D odgrywa kluczową rolę w prawidłowym funkcjonowaniu układu immunologicznego poprzez:

- zachowanie ciągłości bariery przeciw patogenom,
- stymulowanie procesów chemotaksji komórek odpornościowych,
- regulację stanów zapalnych,
- modulację swoistej i nieswoistej odpowiedzi immunologicznej.

Do grupy witaminy D zalicza się witaminę D3 (cholekalcyferol), pochodzenia zwierzęcego, oraz witaminę D2 (ergokalcyferol), obecną w grzybach.

Witamina D3 dostarczana jest do organizmu wraz z dietą (źródłem witaminy D3 są tłuste ryby, olej rybny i jaja) i na drodze syntezy skórnej, która następuje pod wpływem promieniowania UVB. Kolejnym etapem jest dwukrotna hydroksylacja. Pierwotnie zachodzi ona w wątrobie, gdzie powstaje 25(OH)D-kalcydiol – metabolit wykrywany w badaniach oznaczających stężenie witaminy D w krwi. W drugim etapie hydroksylacja następuje w nerkach, gdzie z udziałem 1 α -hydroksylazy witaminy D przechodzi w aktywną postać – kalcytriol (1,25[OH]₂D). Witamina D może działać w organizmie człowieka w mechanizmie receptorowym, za pośrednictwem receptora witaminy D (ang. vitamin D receptor, VDR) który – aktywowany – ulega heterodimeryzacji z receptorem retinoidowym X (ang. retinoid X receptor, RXR). Kompleks VDR-RXR-1,25(OH)₂D wiąże się z VDRE (ang. vitamin D response elements; specyficzne sekwencje DNA (w promotorach genów regulatorowych), co daje możliwość regulacji transkrypcji genów zależnych od witaminy D.

Witamina D reguluje odpowiedź immunologiczną, ponieważ receptory VDR są też na aktywowanych limfocytach B i T, komórkach dendrycznych, makrofagach oraz neutrofilach. Prawdopodobieństwo wystąpienia chorób z autoagresji rośnie wraz ze spadkiem stężenia witaminy D w organizmie. Niskie stężenia witaminy D obserwuje się w stwardnieniu rozsianym, atopowym zapaleniu skóry, astmie czy nowotworach (niewystarczające stężenie witaminy D przyczynia się do rozwoju nowotworu piersi).

W badaniach obserwuje się, że niska synteza witaminy D lub jej niska podaż w diecie wpływają na występowanie:

- zaburzeń poznawczych,
- choroby Alzheimera,
- stwardnienia rozsianego,
- depresji,
- zaburzeń snu.

Podaż witaminy D powoduje wzrost stężenia testosteronu oraz spadek stężenia białka, które wiąże hormony płciowe u mężczyzn (ang. sex hormone binding globulin, SHBG). Systematyczna suplementacja spowalnia także spadek stężenia androgenów wynikający ze starzenia się organizmu. Witamina D zmniejsza prawdopodobieństwo wystąpienia chorób sercowo-naczyniowych i cukrzycy typu 2.

Pożądane stężenie witaminy D w surowicy, podtrzymujące dobrostan organizmu, to 30–50 ng/ml. Poniżej 20 ng/ml pojawiają się objawy niedoboru:

- u dzieci – krzywica, zaburzenia mineralizacji i zmniejszenie masy kostnej,
- u dorosłych i młodzieży po zarośnięciu chrząstek wzrostowych – osteomalacja i osteoporoza.
- we wszystkich grupach wiekowych – bóle kostne o różnym stopniu nasilenia i zwiększona predyspozycja do złamań kości,
- w zaawansowanych przypadkach – drgawki hipokalcemiczne, tężyzkowe kurcze różnych grup mięśniowych, ciężkie bóle kostne i znaczne osłabienie mięśniowe, kardiomiopatia hipokalcemiczna, a u dzieci także zaburzenia rozwoju, w tym niskorosłość.

Niedobór witaminy D prowadzi do zachwiania równowagi immunologicznej, co stwarza sprzyjające warunki do aktywacji i rozwoju chorób o podłożu autoimmunologicznym. Witamina D powoduje spadek stężenia cytokin prozapalnych, np. TNF- α , IL-1, zwiększając równocześnie stężenie cytokin przeciwzapalnych (IL-4, IL-5, IL-10), co zmniejsza reakcję zapalną. Działa ona przeciwzapalnie dzięki wzrostowi liczby limfocytów Treg, które wykazują działanie immunosupresyjne i hamują reakcje zapalne. Dodatkowo witamina D stymuluje receptory TLR (ang. toll-like receptors) i syntezę białek przeciwbakteryjnych, a to obniża skłonność skóry do podkażeń bakteryjnych.

Witamina D wykazuje właściwości przeciwzapalne, przeciwutleniające oraz immunomodulujące, zatem prawidłowa suplementacja jej preparatami jest ważna w wielu aspektach.



Systemy ciągłego monitorowania glikemii

Źródło: www.adamed.expert

Regularna kontrola poziomu glikemii to jeden z najważniejszych aspektów leczenia cukrzycy. Od konsekwencji pacjenta w zakresie wykonywania tych pomiarów zależy sposób dawkowania leków oraz insuliny, zwłaszcza insuliny krótkodziałającej, doposiłkowej. Tradycyjny sposób pomiaru obejmował używanie przez chorego w warunkach domowych glukometru wraz z paskami i nakłuwaczem. W przypadku konieczności wielokrotnych pomiarów w ciągu doby sposób ten nie zawsze był akceptowany przez pacjentów i powodował znaczny dyskomfort: ból i stwardnienia w obrębie opuszek palców, konieczność zabierania ze sobą sprzętu pomiarowego, a czasem również zakłopotanie wynikające z przymusu wykonania pomiaru w miejscu publicznym. Wszystkie te problemy znosi możliwość stosowania systemów ciągłego monitorowania glikemii.

Jak działają systemy ciągłego monitorowania glikemii?

Wszystkie systemy tego typu zbudowane są z sensora i odbiornika. Sensorem jest część urządzenia, którą ma ze sobą pacjent – dokonuje on pomiaru w płynie śródtkankowym. Sensory mogą być zakładane samodzielnie przez pacjenta za pomocą dołączonego do zestawu aplikatora (czas użycia takich sensorów to zwykle 1–2 tygodnie) lub aplikowane przez przeszkolonego pracownika medycznego (implanty podskórne o trwałości zwykle około 6 miesięcy). Odbiornik stanowi urządzenie zewnętrzne – najczęściej telefon z zainstalowaną odpowiednią aplikacją. W niektórych przypadkach, w bardziej zaawansowanych urządzeniach, odbiornikiem jest sama pompa insulinowa, która dostosowuje dawkę insuliny do aktualnego pomiaru glikemii.

Systemy ciągłego monitorowania glikemii działają na dwa różne sposoby. Pierwszy z nich to system monitorowania glikemii metodą skanowania (flash glucose monitoring, FGM). Aby uzyskać wynik pomiaru, użytkownik musi zbliżyć odbiornik (najczęściej telefon) do sensora. Pomiaru mogą być wykonywane dowolną ilość razy w ciągu doby. Drugim sposobem jest system monitorowania glikemii w czasie rzeczywistym (real-time continuous glucose monitoring, rtCGM). Za pomocą tego systemu pacjent (jak również opiekujący się nim personel medyczny) uzyskuje dobowy wykres glikemii z informacją o aktualnych trendach spadkowych lub wzrostowych. System ten również ma możliwość informowania użytkownika o epizodach hipo- i hiperglikemii poprzez wysyłanie alertów.

Dla kogo przeznaczone są systemy ciągłego monitorowania glikemii?

Dotychczas z systemów ciągłego monitorowania glikemii korzystali głównie pacjenci z cukrzycą typu 1 wymagający wielokrotnych wstrzyknięć insuliny w ciągu doby (intensywny model insulinoterapii), zwłaszcza dzieci oraz osoby aktywne fizycznie, które nie chciały rezygnować z dotychczasowego stylu życia po rozpoznaniu cukrzycy. Z chwilą upowszechnienia sensorów aplikowanych samodzielnie przez pacjenta oraz objęcia ich częściową refundacją również pacjenci z cukrzycą typu 2, a także pacjentki, u których rozpoznano cukrzycę ciężarnych, stali się odbiorcami tego rozwiązania. Z systemów ciągłego monitorowania glikemii mogą korzystać wszyscy chorzy chcący uniknąć pomiarów glikemii za pomocą glukometru. Ma to szczególne znaczenie dla pacjentów ze stwierdzoną niepełnosprawnością, zwłaszcza w zakresie narządu wzroku czy sprawności manualnej. Obsługa glukometru wymaga bowiem precyzji, która często jest niemożliwa do osiągnięcia u osób z zaburzeniami narządu wzroku bądź ruchu czy też u osób w wieku podeszłym. Możliwość odbioru informacji z sensora na odległość pozwala także opiekunom starszych pacjentów lub rodzicom dzieci z cukrzycą monitorować trendy glikemii i odpowiednio szybko

reagować na niepokojące zmiany.

Zalety ciągłego monitorowania glikemii

Systemy ciągłego monitorowania glikemii to jednak nie tylko wygodne rozwiązanie dla pacjenta i jego opiekuna, umożliwiające dyskretne wykonanie pomiaru, również w miejscu publicznym, bez konieczności kontaktu z krwią.

Ich największą zaletą jest bardzo dokładne monitorowanie stężenia glukozy, co znacznie poprawia kontrolę metaboliczną cukrzycy, gdyż pacjent może na bieżąco dopasować dawkę insuliny. Lepsza kontrola metaboliczna to także mniejsze ryzyko powikłań cukrzycy, takich jak uszkodzenie naczyń krwionośnych skutkujące zwiększonym ryzykiem chorób sercowo-naczyniowych, nefropatii, neuropatii czy retinopatii cukrzycowej.

Systemy ciągłego monitorowania są również świetnym rozwiązaniem dla pacjentów z epizodami hipoglikemii w wywiadzie, szczególnie tych, którzy słabo wyczuwają objawy zbliżającego się groźnego spadku glukozy we krwi. Systemy wykrywają bowiem nie tylko już istniejącą hipoglikemię, ale przede wszystkim mogą informować pacjenta i jego otoczenie o trendzie, czyli o mogącym pojawić się wkrótce gwałtownym spadku stężenia glukozy. Każda hipoglikemia jest zjawiskiem niepożądanym, zwłaszcza u osób w podeszłym wieku, w którym zwiększa ona ryzyko zaburzeń funkcji poznawczych, a także może sprzyjać zaburzeniom równowagi i groźnym dla życia upadkom. Wyprzedzanie takich zdarzeń – dzięki ciągłemu monitorowaniu glikemii – to ogromna korzyść dla tych chorych.

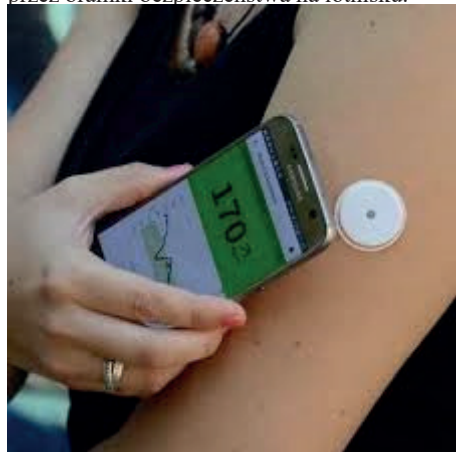
Systemy ciągłego monitorowania glikemii stanowią również świetne narzędzie edukacyjne dla pacjentów, dzięki któremu mogą oni lepiej poznać reakcję organizmu na spożycie konkretnego produktu spożywczego. Wiedza taka ułatwia komponowanie diety w oparciu o indeks glikemiczny potraw.

Praktyczne wskazówki obsługi sensorów

Sensory aplikowane na skórę nie wymagają szczególnej pielęgnacji ani nie uniemożliwiają choremu korzystania z różnych aktywności. Pacjenci mogą korzystać z wanny/prysznica, uprawiać aktywności fizyczne, zakładać dowolną odzież. Producenci zalecają zwykle ograniczenie czasu przebywania w wodzie z założonym sensorem do 30 minut – jeśli chory planuje dłuższy pobyt, sensor warto zabezpieczyć specjalnym plastrem, który zapobiegnie jego odlepieniu.

W przypadku implantu podskórnego na skórze znajduje się jedynie transponder, który może być odklejany na czas dłuższej kąpieli.

Systemy ciągłego monitorowania glikemii nie uniemożliwiają bezpiecznych podróży samolotem, można z nimi również przechodzić przez bramki bezpieczeństwa na lotnisku.



Cukrzyca a COVID-19 - zwiększone ryzyko powikłań, ciężki przebieg u pacjentów z cukrzycą. Rekomendacje pielęgniarki diabetologicznej

Źródło: www.adamed.expert

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) uznała zakażenie wirusem SARS-CoV-2 za stan epidemicznego zagrożenia dla zdrowia publicznego, a 11 marca 2020 roku oficjalnie ogłosiła pandemię. Infekcja może przebiegać bezobjawowo, jednak może również prowadzić do ciężkiej niewydolności oddechowej wymagającej leczenia na oddziałach intensywnej opieki. Zwiększonym ryzykiem powikłań i zakażeniem o ciężkim przebiegu zostały obciążone osoby starsze i z ciężkimi chorobami przewlekłymi, w tym z cukrzycą. Groźna infekcja wirusowa u pacjentów z cukrzycą prowadzi do gwałtownego wzrostu stężenia glukozy we krwi oraz zwiększa ryzyko rozwoju cukrzycowej kwasicy ketonowej (CKK), zwłaszcza

w przypadku chorych na cukrzycę typu 1.

Istnieją czynniki środowiskowe, które wpływają na występowanie cukrzycy typu 1 (T1DM) i zwiększają ryzyko jej wystąpienia. Są to:

- pokarmowe np. witamina D3, gluten, białko mleka krowiego,
- nieprawidłowości flory bakteryjnej przewodu pokarmowego,
- zakażenie bakteriami i pasożytami w dzieciństwie,
- wirusowe,
- stres

Niewątpliwie wirus SARS-CoV-2 stanowi ważny element zwiększonej liczby zachorowań na cukrzycę, a stres wywołany przez pandemię i jej przebieg wywołał duży wpływ na sektor zdrowia publicznego.

Profilaktyka COVID-19

Szczepienia ochronne stanowią podstawową rolę w profilaktyce wszelkich chorób zakaźnych, w tym również choroby COVID-19. Zgodnie ze stanowiskiem Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego (PTD) od 2021 r. szczepionki przeciwko tej chorobie zalecane są dla wszystkich dorosłych i niektórych grup wiekowych u dzieci, w tym u osób z cukrzycą. Badania kliniczne 3 fazy szczepionek przeciw COVID-19 oraz analiz retrospektywnych wykazały, że są one równie skuteczne i bezpieczne dla osób z cukrzycą i bez tej jednostki chorobowej. Dotychczasowe badania immunologiczne dotyczące infekcji innymi koronawirusami sugerują wieloletni charakter odporności. Osoby zaszczepione mają znacząco mniejsze ryzyko ciężkiego przebiegu choroby, hospitalizacji i zgonu. W przypadku deficytu dostępności szczepionek, PTD oraz konsultant krajowy w dziedzinie diabetologii apelowali w rządzie o zabezpieczenie tym grupom pacjentów celowanej opieki, w tym priorytetowy dostęp do szczepień profilaktycznych. Ostatecznie cukrzyca typu 2 znalazła się na liście 12 chorób przewlekłych, których wystąpienie upoważnia do priorytetowego zaszczepienia przeciwko SARS-CoV-2.

Niezbędne stało się stosowanie środków ochrony (PPE - personal protective equipment), znajdujących zastosowanie w przypadku każdej choroby wirusowej. Maseczki ochronne, dezynfekcja rąk i pomieszczeń, izolacja osób zakażonych ograniczają transmisję wirusa przez co mogą zapobiec wystąpieniu ciężkich powikłań i zgonów, zwłaszcza w populacjach wrażliwych, w tym u osób z cukrzycą. Rolą pielęgniarek jest edukowanie chorych w zakresie profilaktyki zakażeń, a w przypadku konieczności hospitalizacji chorych, stworzenie im odpowiednich warunków oraz otoczenie ich szczególną troską i opieką w celu zminimalizowania lęku towarzyszącego podczas pobytu w szpitalu w wyjątkowo trudnym czasie pandemii.

Postępowanie terapeutyczne w przypadku zakażenia wirusem SARS-CoV-2 u osób z cukrzycą

Niewątpliwie na ciężki przebieg infekcji u diabetyków wpływa typ cukrzycy oraz poziom wyrównania glikemii. U osób z cukrzycą typu 1 obserwuje się podobne objawy choroby COVID-19 jak w populacji ogólnej. Chorzy w obu typach choroby mają takie samo ryzyko ciężkości przebiegu

u choroby, hospitalizacji czy śmiertelności wewnątrzszpitalnej. Wystąpienie choroby może pogarszać kontrolę glikemii w postaci upośledzenia resztkowego endogennego wydzielania insuliny, unieruchomienia lub działania hiperglikemicznego stosowanych sterydów. Lekiem pierwszego wyboru u diabetyków pozostaje metformina, która oprócz obniżania stężenia glukozy wykazała działanie przeciwzapalne co sprzyja rokowaniu u pacjentów hospitalizowanych w przebiegu infekcji SARS-CoV-2. Dzięki rozwojowi telemedycyny możliwe jest prowadzenie farmakoterapii w sposób łatwy i komfortowy dla pacjenta. Zaleca się kontynuację leczenia pochodnymi sulfonilomocznika.

Nie zaobserwowano zwiększonego ryzyka zachorowania wśród pacjentów leczonych inhibitorami SGLT-2 w stosunku do chorych leczonych inhibitorami DPP4. Jedynie podczas stosowania flozyn może wystąpić euglikemiczna kwasica ketonowa, której sprzyja infekcja wirusowa, zatem w przypadku wystąpienia jej objawów zaleca się odstawienie tej grupy leków. Przy terapii iniekcyjnej rekomenduje się stosowanie leków z grupy analogów GLP-1.

Należy zwrócić uwagę na dwutorowe zagrożenie związane z zakażeniem SARS-CoV-2. Z jednej strony cukrzyca może pogarszać przebieg infekcji, z drugiej zaś choroba wirusowa wpływa na rozregulowanie gospodarki węglowodanowej co powoduje problemy terapeutyczne. Zaledwie 30% pacjentów z hiperglikemią ma rozpoznaną cukrzycę w trakcie hospitalizacji. Większość osób z podwyższonym poziomem glukozy doświadcza hiperglikemii

stresowej lub burzy cytokinowej w przebiegu samej infekcji.

Najważniejszym ostrym powikłaniem cukrzycy w przebiegu choroby wirusowej COVID-19 jest stan hipoglikemii, czyli obniżenia stężenia glukozy we krwi < 70 mg/dl (3,9 mmol/l), niezależnie od występowania objawów klinicznych, które mogą pojawiać się dopiero przy znacznie niższych wartościach glikemii jak w przypadku chorych na cukrzycę typu 1.

Powikłania ostre w przypadkach podwyższonego poziomu glukozy we krwi

| Cukrzycowa kwasica ketonowa | Stan hiperglikemiczno-hipermolalny | Kwasica mleczanowa |
|--|---|---|
| Glikemia > 250 mg/dl (13,9 mmol/l) oraz obecność ketonów we krwi i moczu | Glikemia > 600 mg/dl (33,3 mmol/l) brak lub śladowa ketonemia | Glikemia prawidłowa lub umiarkowanie podwyższona, zwiększone stężenie K w surowicy krwi |

Powyższe powikłania stanowią podstawę do leczenia szpitalnego. Hospitalizacji wymagają także pacjenci z podstawową chorobą przewlekłą, cukrzycą, u których dodatkowo występują: zapalenie płuc ze znacznym spadkiem saturacji (SpO₂), gorączka powyżej 39 stopni oporna na działanie leków przeciwgorączkowych, ból w klatce piersiowej, zaburzenia świadomości czy niewydolność wielonarządowa.

Do przewlekłych powikłań cukrzycy należą m.in. choroba wieńcowa, udar mózgu, nefropatia, retinopatia, neuropatia cukrzycowa oraz zespół stopy cukrzycowej.

Zalecenia opieki diabetologicznej w okresie pandemicznym

Postępowanie w przypadku hospitalizacji chorego z cukrzycą typu 1 w przebiegu COVID-19 zgodnie z Zaleceniami Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego obejmuje dążenie do osiągnięcia glikemii o wartościach 100-180 mg/dl (5,6-10 mmol/l), odpowiednią podaż płynów i pokarmów, obserwację pod kątem wystąpienia nudności i wymiotów zwiększających ryzyko wystąpienia cukrzycowej kwasicy ketonowej, w razie wystąpienia zaburzeń świadomości i brakiem możliwości żywienia doustnego, stosuje się wlew ciągły glukozy z potasem oraz równoległe dożylny wlew insuliny krótkodziałającej, kontrolę ketonemii lub acetonurii przy wartościach glikemii > 250 mg/dl, zwiększenie dawek insuliny podstawowej i okolooposilkowej, na początku o 10-20%, monitorowanie glikemii, korzystając w miarę możliwości z nowoczesnych systemów CGM z aplikacją umożliwiającą personelowi medycznemu podgląd danych na odległość. Zdalne zastosowanie tego typu rozwiązań pozwala na wyeliminowanie zbędnego kontaktu z osobą zakażoną ze stałym monitorowaniem wartości glikemicznych. Optymalizacja tych wartości zmniejsza ryzyko wystąpienia ostrych powikłań i zgonu u osoby z towarzyszącą ostrą infekcją wirusową.

Z danych epidemiologicznych wynika, iż COVID-19 zwiększa ryzyko hospitalizacji, szczególnie u pacjentów z cukrzycą typu 2 i towarzyszącą otyłością. Diabetycy stanowią ponad 25% wszystkich osób hospitalizowanych. Niestety u wielu z nich, z racji występowania wielu chorób dodatkowych jak np. choroba wieńcowa, wymaga leczenia w oddziałach intensywnej opieki. Na nadmierną odpowiedź zapalną w odpowiedzi na infekcję wirusem SARS-CoV-2 ma wpływ insulinooporność, która odgrywa ważną rolę w patogenezie cukrzycy typu 2. Celem leczenia jest osiągnięcie podobnych wartości jak w przypadku cukrzycy typu 1. Stosując metforminę należy mieć na uwadze możliwość wystąpienia hipoksji i niewydolności wielonarządowej w przebiegu kwasicy mleczanowej i w przypadku obecności objawów towarzyszących ograniczyć jej stosowanie. Podczas stosowania inhibitorów SGLT2 trzeba pamiętać o właściwym nawodnieniu pacjenta i ryzyku euglikemicznej kwasicy ketonowej. U diabetyków hospitalizowanych w OIOM zaleca się dożylny wlew ciągły insuliny w dawkach modyfikowanych zależnych od stosowanego żywienia dojelitowego lub pozajelitowego, dążąc do utrzymania celu glikemicznego na poziomie 140-180 mg/dl. W sytuacji wystąpienia CKK lub stanu hiperglikemiczno-hipermolalnego leczenie obejmuje głównie nawodnienie, dożylny wlew insuliny, suplementację potasu i stosowanie preparatów przeciwzkrzepowych. Chory po wypisie ze szpitala ma zaleconą insulinoterapię we wstrzyknięciach z uwagi na konieczność leczenia glikokortykosteroidami. Z czasem wraz ze zmniejszeniem ich dawek zaleca się również zmniejszenie dawek insuliny i podjęcie rozważań innego leczenia przeciwhiperglikemicznego dostosowanego do potrzeb chorego.

Podsumowanie

Pandemia COVID-19 wykazała, iż grupy szczególnego ryzyka, w tym pacjenci z cukrzycą, dodatkowo w przebiegu choroby

wirusowej mogą być obciążone ciężkim przebiegiem choroby i wysoką śmiertelnością. Dlatego tak istotna jest profilaktyka schorzeń układu oddechowego, a także skrupulatne leczenie choroby podstawowej. Należy wziąć pod uwagę to, że w przyszłości grupy te mogą być bardziej narażone na niekorzystny przebieg kliniczny w trakcie wystąpienia zbliżonych epidemii. System ochrony zdrowia powinien być przygotowany do zapewnienia im opieki, a rolą pielęgniarki jest edukowanie w zakresie profilaktyki, w tym także szczepień ochronnych. Pandemia stworzyła nowe trudne warunki funkcjonowania dla chorych z cukrzycą.

Lockdown, ograniczenie aktywności fizycznej, kontaktów międzyludzkich, stres powodują lęk i poczucie osamotnienia, co potęguje wahania glikemii. Warto dołożyć wszelkich starań, by pacjenci w tym czasie czuli się stale zaopiekowani, dając im wsparcie i troskę. Właściwe przygotowanie systemu opieki zdrowotnej, także w zakresie telemedycyny, może pomóc w podobnych przypadkach pandemii w przyszłości.



Edukacja pacjenta i jego rodziny w przypadku cukrzycy rozpoznanej de novo

Źródło: www.adamed.expert

Cukrzyca, szczególnie ta rozpoznana de novo, to stan, w którym konieczne jest prowadzenie ciągłej edukacji pacjentów i ich rodzin (opiekunów). W przypadku świeżo rozpoznanej choroby należy kompleksowo przygotować te osoby do realizacji zadań z zakresu samoopieki.

Zalecenia Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego z 2023 roku wyznaczają główne kierunki działań podejmowanych z pacjentami. Edukacja została wskazana jako podstawa skutecznej opieki nad osobami z cukrzycą oraz prewencji choroby. Skuteczne nauczanie powinno umożliwić pacjentowi sprawowanie samoopieki, a podejmowane przez niego działania mają skutkować równowagą metaboliczną i poprawą jakości życia. Powinno zapewnić się wsparcie zarówno pacjentowi, skupiając się na jego indywidualnych potrzebach, jak i jego rodzinie. Konieczne jest zapewnienie dostępu do zinstytucjonalizowanej edukacji choremu i jego bliskim. Zarówno programy edukacyjne, jak i ich efekty muszą podlegać ciągłemu monitorowaniu i doskonaleniu. Ważne jest także to, by zaproponowane działania były spójne w ramach całego wielospecjalistycznego zespołu edukacyjnego.

Planując edukacyjne programy diabetologiczne, należy wziąć pod uwagę nie tylko osoby już chorujące na cukrzycę, lecz również te o zwiększonym ryzyku zachorowania i w stanie przedcukrzycowym. Trzeba uwzględnić ciągłość prowadzonego nauczania, które jest integralnym czynnikiem leczenia choroby. Plan edukacyjny należy realizować w trakcie każdej wizyty lekarskiej i porady pielęgniarskiej. Należy pamiętać o potrzebie cyklicznej reedukacji na podstawie przeprowadzanej systematycznie oceny potrzeb edukacyjnych. Aktualizacja wiedzy powinna uwzględniać postępy w dziedzinie diabetologii oraz ulepszenia organizacyjno-społeczne. By program edukacyjny spełniał wszystkie aktualne wymogi, w jego tworzenie należy zaangażować zespół terapeutyczny złożony z:

- lekarza kierującego zespołem,
- pielęgniarki będącej edukatorem diabetologicznym,
- dietetyka,
- psychologa.

Program musi być zgodny z aktualnymi zaleceniami. Nie należy zapominać o fakcie, że pacjent i jego rodzina to również aktywni członkowie zespołu.

Głównym celem programów edukacyjnych jest zapewnienie pacjentowi możliwości skutecznej samoopieki. Podejmowane działania należy dostosować zarówno do zdolności poznawczych, jak i finansowych osób objętych opieką. Uzyskane efekty powinny

opierać się na wrodzonych predyspozycjach pacjentów, które należy wzmacniać i wykorzystywać w życiu z chorobą. Równoległe z edukacją indywidualną powinny być prowadzone programy grupowe (zalecana wielkość grupy to 6 – 10 osób).

Na pierwszym etapie pielęgniarka-edukator zapoznaje się z aktualnym stanem wiedzy i możliwościami pacjentów i ich rodzin, a także identyfikuje potrzeby: typowo pielęgnacyjne, dietetyczne czy te z zakresu zalecanej aktywności fizycznej.

Pielęgniarka równoległe z lekarzem prowadzącym uczy pacjenta:

- podstaw patomechanizmów choroby,
- rozpoznawania objawów świadczących o hipo- czy hiperglikemii oraz sposobów zapobiegania i radzenia sobie z tymi stanami,
- udzielania pierwszej pomocy.

Do jej zadań należą również:

- przybliżenie pacjentowi najczęstszych długofalowych powikłań cukrzycy (zmiany w naczyniach krwionośnych, zespół stopy cukrzycowej, nieme niedokrwienia mięśnia sercowego, nefro- i retinopatie);
- nauczenie pacjenta zasad i sposobów kontroli i pomiarów glikemii (zarówno w sposób tradycyjny, przy pomocy glukometru, jak i z użyciem systemów ciągłej kontroli);
- w przypadku konieczności przyjmowania insuliny poinformowanie o zasadach jej podawania (i związanych z tym efektach ubocznych – ogólnych oraz miejscowych) i przechowywania;
- opieka nad pacjentem w przypadku pojawienia się powikłań, głównie stopy cukrzycowej;
- edukacja w zakresie zasad zdrowego odżywiania (jak stosowanie wymienników węglowodanowych i komponowanie posiłków, wprowadzenie diety o niskim indeksie glikemicznym).

Ważne jest, aby uwzględniać szczegółowe potrzeby podopiecznych, uzależnione np. od typu cukrzycy czy też wieku pacjentów. Podejmowane działania będą inne wobec osób z cukrzycą typu I, a odmienne wobec osób z II typem choroby przyjmujących insulinę lub nieprzyjmujących jej.

- W przypadku osób przyjmujących insulinę należy zwrócić uwagę na naukę rozpoznawania objawów hipo- i hiperglikemii oraz na prewencję tych zdarzeń.
- U chorych z II typem cukrzycy edukacja szczegółowa powinna skupiać się na redukcji masy ciała i jej utrzymaniu.

Zmartwychwstanie

Popatrz...ile piękna

w wiosennym Zmartwychwstaniu.

Podnieś głowę do góry

spójrz w błękit nieba,

omiń wzrokiem chmury.

Zaufaj Panu!..



Są w życiu człowieka takie wydarzenia, na które czeka się wszystkimi siłami i całym życiem. To wydarzenie ponad inne, dzień ponad inne dni, nadzieje i radości. Chrystus naprawdę Zmartwychwstał! Wydarzenie to przeżywamy od ponad dwudziestu wieków, nie straciło ono na swej wyrazistości i znaczeniu, nic się nie zmieniło. Dzisiaj tak samo potrzebujemy Chrystusa Zmartwychwstałego, dostrzegania go w każdym człowieku i umiejętności odczytywania znaków czasu, znaków Bożego działania. Zrozumieniem tego najważniejszego wydarzenia jest wiara, że Pan rzeczywiście zmartwychwstał, naprawdę zwyciężył szatana

Planując działania edukacyjne, należy uwzględnić również wiek podopiecznych.

• Osoby młode chętniej (lecz nie można tego z góry zakładać) skorzystają z nowości technologicznych pomagających kontrolować chorobę. Zwykle są bardziej otwarte na zdobywanie wiedzy poprzez naukę zdalną, odbywanie konsultacji online czy używanie aplikacji mobilnych. Chętniej też sięgają po nowości z zakresu samokontroli (np. ciągły pomiar glikemii, stosowanie pomp insulinowych coraz to nowszych generacji).

• W przypadku osób starszych, w zależności od ich zdolności do pełnienia samoopieki, zaproponowany sposób kontroli choroby musi odzwierciedlać posiadane zasoby poznawcze. Oczywiście wiek nie jest w tym przypadku czynnikiem decydującym, należy jednak mieć na uwadze, iż podeszły wiek często wiąże się z wielochorobowością, która już w znaczny sposób może wpłynąć na posiadane przez pacjentów ograniczenia. W pewnych przypadkach zasadne jest wyznaczenie minimalnych celów opieki, które będą możliwe do zrealizowania.

• Osobną grupę stanowią kobiety z cukrzycą ciężarnych, u których stan chorobowy ma najczęściej charakter przejściowy i wymaga osobnego opracowania.

Rolą pielęgniarki w opiece nad chorymi ze świeżo rozpoznaną cukrzycą jest przede wszystkim kompleksowa opieka nad pacjentem i jego rodziną. Realizacja tego zadania odbywa się zarówno w zespole terapeutycznym, jak i poprzez samodzielne działanie. Jednym z jego istotnych elementów jest nauczanie zgodnie z obowiązującą wiedzą i zaleceniami oraz w sposób jak najbardziej odpowiadający potrzebom pacjentów.



i śmierć. To kolejna celebrowanie naszej wiary, siła tradycji, zachwyt i radość. Nasza wiara potrzebna jest Bogu po to, by na jej podstawie, choć tak często kruchej i nikłej jak płomyk świecy, pozwolić człowiekowi zbliżyć się do Niego. Tylko dzięki Niemu, tylko z Nim jesteśmy w stanie zmagać się z górą codzienności, na którą wchodzimy co rano. Tylko On oświeca nasz umysł i rozpala serca. Wszystko odmienia, odradza i stwarza na nowo. Odtąd jesteśmy ludźmi nowego życia, ludźmi zmartwychwstania. Odtąd nie boimy się świata, chorób, bezradności, nędzy, samotności i śmierci. Nie bójmy się ani teraźniejszości, ani przyszłości, ani pytań, ani odpowiedzi, ani zawiści

ludzkiej. Wszędzie, gdzie serca przewyciężają egoizm, przemoc, nienawiść, pochylają się z miłością nad ludźmi chorymi, starszymi, niepełnosprawnymi, samotnymi tam dziś Zmartwychwstaje Chrystus. Wszędzie gdzie umiera człowiek, który przeszedł przez życie wierząc i cierpiąc tam Zmartwychwstanie Chrystusa świętuje się ostateczne zwycięstwo. W Zmartwychwstaniu Chrystusa rozpoczęło się nasze Zmartwychwstanie. Zmartwychwstanie Chrystusa nie jest reanimacją, nie jest powrotem do życia na ziemi, uświadamia nam, że jeżeli Chrystus Zmartwychwstał to znaczy, że nie ma w życiu człowieka sytuacji beznadziejnych. Jego nie przewyższa wszelkie zło, niepowodzenia i nieszczęścia. Jest ona słyszalna przez wieki, jest ona także mocą dla każdego z nas. Dlatego Zmartwychwstanie przypomina nam abyśmy nie poddawali się złudzeniom ziemi lecz podnosili wzrok ku niebu, gdzie przebywa Chrystus zasiadający po prawicy Boga. Każdy z nas będzie miał w swoim życiu najradośniejszą chwilę – Zmartwychwstania. Nasze małe zmartwychwstania dokonują się w nas codziennie kiedy godnie żyjemy, wyzbywamy się egoizmu, zapominamy o trudnościach, cierpieniach, zaczynamy się na nowo angażować, odradzać, obdarzać miłością, troską, dobrocią, zaufaniem i nadzieją, by można było powiedzieć, że zmartwychwstały w nas ludzkie serca. To bowiem

będzie nasze prawdziwe Zmartwychwstanie. Spójrzmy więc na życie z perspektywy Zmartwychwstania. Potrzeba nam jak powietrza trwałej obecności Chrystusa Zmartwychwstałego w naszych domach, zakładach pracy, w szpitalach, hospicjach, domach pomocy i w naszych sercach. Otulmy się miłością, odnajdujemy siłę aby przebaczać, przepraszać, pomagać sobie zawsze. Chrystus Zmartwychwstał – ale prawdziwy triumf musi dokonać się w każdym z nas, musi być naszą przemianą, naszą odnową. Zatem, żeby jednak Zmartwychwstanie mogło zrealizować się

w naszych sercach zamiast życzeń duchowo odrodzeni przyjmijcie do zapamiętania tekst:

„Gdy w codzienności umiera wiara – Wielkanoc stanie się gdy nadzieja tchórzliwie milczy – Wielkanoc nowym początkiem przełamie szarą obojętność

Gdy miłość przestała płonąć – Wielkanoc na nowo rozpali jej żar.

Przebaczymy sobie winy, otulmy się miłością upodobnijmy się do Chrystusa ponieważ i on stał się nam podobny”.

Jadwiga Kowalczyk

VI. Koniecznienie Przeczytaj

SKŁADKA CZŁONKOWSKA

Informujemy, że zgodnie z Uchwałą nr 5 I Nadzwyczajnego Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 23 września 2024 r. w sprawie wysokości składki członkowskiej oraz zasad jej podziału, a także w związku z Komunikatem Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 9 lutego 2026 r. w sprawie przeciętnego wynagrodzenia w gospodarce narodowej w 2025 r., składka członkowska w okresie: od 1 marca 2026 r. do 28 lutego 2027 r. wynosi 89,00 zł miesięcznie.

Zgodnie z obowiązującymi zasadami podziału składki:

• 6% składki przekazywane jest przez okręgową izbę do Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych, co stanowi: 5,34 zł z miesięcznej składki każdej członkini i każdego członka samorządu,

• pozostała część składki pozostaje w okręgowej izbie pielęgniarek i położnych

Składkę za dany miesiąc należy opłacić do 15 dnia miesiąca następnego.

Pierwsza składka w nowej wysokości powinna zostać opłacona do 15 kwietnia 2026 r.

Z opłacania składek członkowskich zwolnione są wyłącznie pielęgniarki, pielęgniarze, położne, położni, którzy zgłosili zaprzestanie wykonywania zawodu i złożyli we właściwej okręgowej izbie pielęgniarek i położnych oświadczenie o zaprzestaniu wykonywania zawodu oraz wymagane dokumenty.

Dlaczego składka członkowska jest ważna?

Środki pochodzące ze składek umożliwiają realizację działań ustawowych wspierających pielęgniarki i położne, w tym m.in.:

- działania na rzecz poprawy warunków pracy i rozwoju zawodu i kompetencji,
- bieżące informowanie o zmianach prawnych i zawodowych,
- pomoc w sprawach związanych z prawem wykonywania zawodu,
- prowadzenie nadzoru nad prawidłowym wykonywaniem zawodu,

- czynny udział w opiniowaniu i tworzeniu prawa,
- reprezentowanie interesów pielęgniarek i położnych w kraju i instytucjach międzynarodowych,

Członkowie OIPiP w Radomiu w ramach składki członkowskiej otrzymują :

1. wsparcie prawne i doradztwo zawodowe,
2. bezpłatne kursy dokształcające, specjalistyczne, kwalifikacyjne, specjalizacje organizowane przez Ośrodek Kształcenia Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Radomiu zgodnie z regulaminem Komisji Kształcenia,
3. bezpłatny udział w konferencjach, szkoleniach, warsztatach organizowanych przez OIPiP w Radomiu,
4. ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej, asysta prawna i ochrona prawna,
5. pomoc finansową i wsparcie w trudnych sytuacjach życiowych, (choroba członka OIPiP w Radomiu oraz najbliższej rodziny)
6. bonus finansowy dla osób przechodzących na emeryturę,
7. 50% refundację udziału w turnusach rehabilitacyjnych (pobyt w sanatorium, rehabilitacja ambulatoryjna i stacjonarna raz na 3 lata - w 2026r do 2000,00 zł),
8. udział w organizowanych uroczystościach, wydarzeniach, spotkaniach i wyjazdach integrujących środowisko,
9. nieodpłatne korzystanie z e-biblioteki,
10. możliwość korzystania z karnetów sportowych w atrakcyjnych cenach,
11. możliwość korzystania z zakupu vochezerów w atrakcyjnych cenach na pobyty urlopowe dla członków i ich rodzin.

Składka członkowska stanowi nie tylko obowiązek ustawowy, ale przede wszystkim wspólne narzędzie wzmocnienia bezpieczeństwa i rozwoju naszego zawodu.

W 2026 roku wysokość składki wynosi - 89 złotych

i należy ją wpłacać:

na **KONTO** składkowe: **Bank PKO Spółka Akcyjna:**
12 1240 3259 1111 0011 0504 4522

WAŻNA INFORMACJA

Od 1 lutego 2026 roku wprowadzone zostały dla członków OIPiP w Radomiu indywidualne numery kont bankowych do opłacania składek.

INDYWIDUALNE KONTO BANKOWE

Każdy członek może wygenerować swój indywidualny numer rachunku na stronie www.orpip.radom.pl

w zakładce - indywidualne konta bankowe.

Należy wpisać nr PESEL oraz adres mailowy, na który przesłany zostanie indywidualny numer rachunku.

Jeżeli pracodawcy prześlą do OIPiP w Radomiu wykaz zatrudnionych pielęgniarek/położnych wpisując w odpowiedni arkusz następujące dane tj: imię, nazwisko, nr PWZ lub pesel oraz kwotę składki, informatycy OIPiP przypiszą składkę na indywidualne numery rachunków zgodnie z wykazem.

Jednocześnie informujemy, że do pracodawców przesłane zostały

powyższe informacje, oraz odpowiedni arkusz.

Jeżeli jednak pracodawca nie wyrazi zgody na odprowadzanie składki członkowskiej, członek samorządu zobowiązany jest do indywidualnego przesyłania składki na swoje wygenerowane konto.

Ważną informacją jest fakt, że o ile pracodawcy nie mają obowiązku odprowadzania składek członkowskich na rzecz samorządu zawodowego, to zgodnie ze stanowiskiem i opinią Departamentu Orzecznictwa i Legislacji w Urzędzie Ochrony Danych Osobowych z dnia 02.08.2024 r., znak: DOL.023.305.2024.WL.TG wynika, że podmioty lecznicze są zobowiązane do przekazywania Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych imiennych danych pielęgniarek i położnych zatrudnionych w danym podmiocie, w szczególności:

- imienia i nazwiska,
- numeru prawa wykonywania zawodu (PWZ),
- stanowiska,
- daty zatrudnienia,
- nazwy pracodawcy.

Obowiązek ten wynika z art. 43, 44 oraz 48 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej, a jego legalność po stronie pracodawcy została jednoznacznie potwierdzona przez UODO jako przetwarzanie danych na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO (realizacja obowiązku wynikającego z przepisu prawa).

VII. Ogłoszenia i podziękowania

Drogie Koleżanki

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Radomiu

z okazji przejścia na emeryturę przekazuje

serdeczne życzenia

realizacji dalszych planów i zamierzeń

wspieranym dobrym zdrowiem i zasłużoną satysfakcją

z zawodowych dokonań, oraz

wszelkiej pomyślności w życiu osobistym.

Życzenia przekazujemy Paniom :

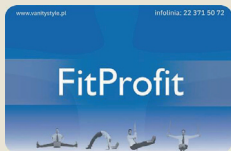
1. Pączek Bożenie Annie – zatrudnionej w SPZZOZ w Lipsku
2. Rasińskiej Izabeli – zatrudnionej w SPZZOZ w Lipsku
3. Prus Ewie – zatrudnionej w RSzS
4. Mazur Edycie – zatrudnionej w Zakładzie Karnym w Żytkowicach
5. Tatar Małgorzacie – zatrudnionej w SWPZZPOZ
6. Banaszek Ewie – zatrudnionej w M.Sz.S. Sp. z o.o.
7. Chęcińskiej Barbarze – zatrudnionej w Przychodni Gołębiów
8. Serafin Ewie – zatrudnionej w SPZZOZ w Lipsku
9. Skrok Annie – zatrudnionej w MSWiA Poliklinika w Radomiu
10. Bąk Marzenie – zatrudnionej w RSzS
11. Bienias Annie – zatrudnionej w SPZOZ w Skrzynnie
12. Łapczyńskiej Henryce – zatrudnionej w SPZZOZ w Zwoleniu
13. Machnio Jadwidze Teresie – zatrudnionej w MSWiA Poliklinika w Radomiu
14. Pietrańskiej Marii Janinie – zatrudnionej w MSWiA Poliklinika w Radomiu



DOŁĄCZ DO ŚWIATA

ZDROWIA I DOBRYCH EMOCJI!

Basen, sauna, sztuki walki? Ćwicz jak lubisz i korzystaj razem z bliskimi z tysięcy obiektów sportowo-rekreacyjnych w swoim mieście i w całej Polsce!



KARTY FITPROFIT I FITSPORT:

- Tysiące obiektów w całej Polsce
- Możliwość dołączenia do programu osób towarzyszących, dzieci, juniorów i seniorów
- Dziesiątki dyscyplin sportowych



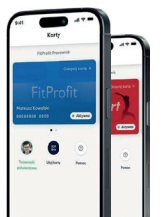
www.vanistyle.pl/obiekty

ZDECYDUJ, KTÓRE KARTY WYBIERASZ

| | FitProfit | FitSport |
|----------------------------------|---------------|-----------|
| Ilość wejść | nielimitowana | 8 wejść |
| Pracownik | 161,61 zł | 74,60 zł |
| Osoba towarzysząca | 181,30 zł | 113,96 zł |
| | FitProfit | |
| Dziecko karta pełna (do 15 r.ż.) | 93,24 zł | |
| Dziecko basen (do 15 r.ż.) | 41,44 zł | |
| Karta junior (od 15 do 18 r.ż.) | 103,59 zł | |
| Karta senior (od 60 r.ż.) | 129,50 zł | |

APLIKACJA VANITYSTYLE NEXT

Pobierz na www.vanistyle.pl/aplikacja



JAK ZAMÓWIĆ KARTĘ?

Zarejestruj się:

<https://e.vanistyle.pl/employee/register/new/client/2da8511851b9e3a70f8b20d102347ff3>



ZAPISZ DO PROGRAMU SPORTOWEGO SIEBIE I SWOICH BLISKICH

VANITYSTYLE
TIME FOR ACTION



Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych
w Radomiu

OŚRODEK SZKOLENIA OKRĘGOWEJ IZBY PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH

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

| Lp. | Dziedzina/zakres kształcenia | Planowany termin rozpoczęcia - * |
|--|--|----------------------------------|
| KURSY KWALIFIKACYJNE | | |
| 1. | Pielęgniarstwo opieki długoterminowej – dla pielęgniarek | 16.05.2026 |
| 2. | Pielęgniarstwo anestezjologiczne i intensywnej opieki w położnictwie i ginekologii – dla położnych | 05.09.2026 |
| KURSY SPECJALISTYCZNE | | |
| 1. | Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego u dorosłych Kurs dla pielęgniarek i położnych | 26.09.2026 |
| 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 | 10.10.2026 |
| 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,
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