

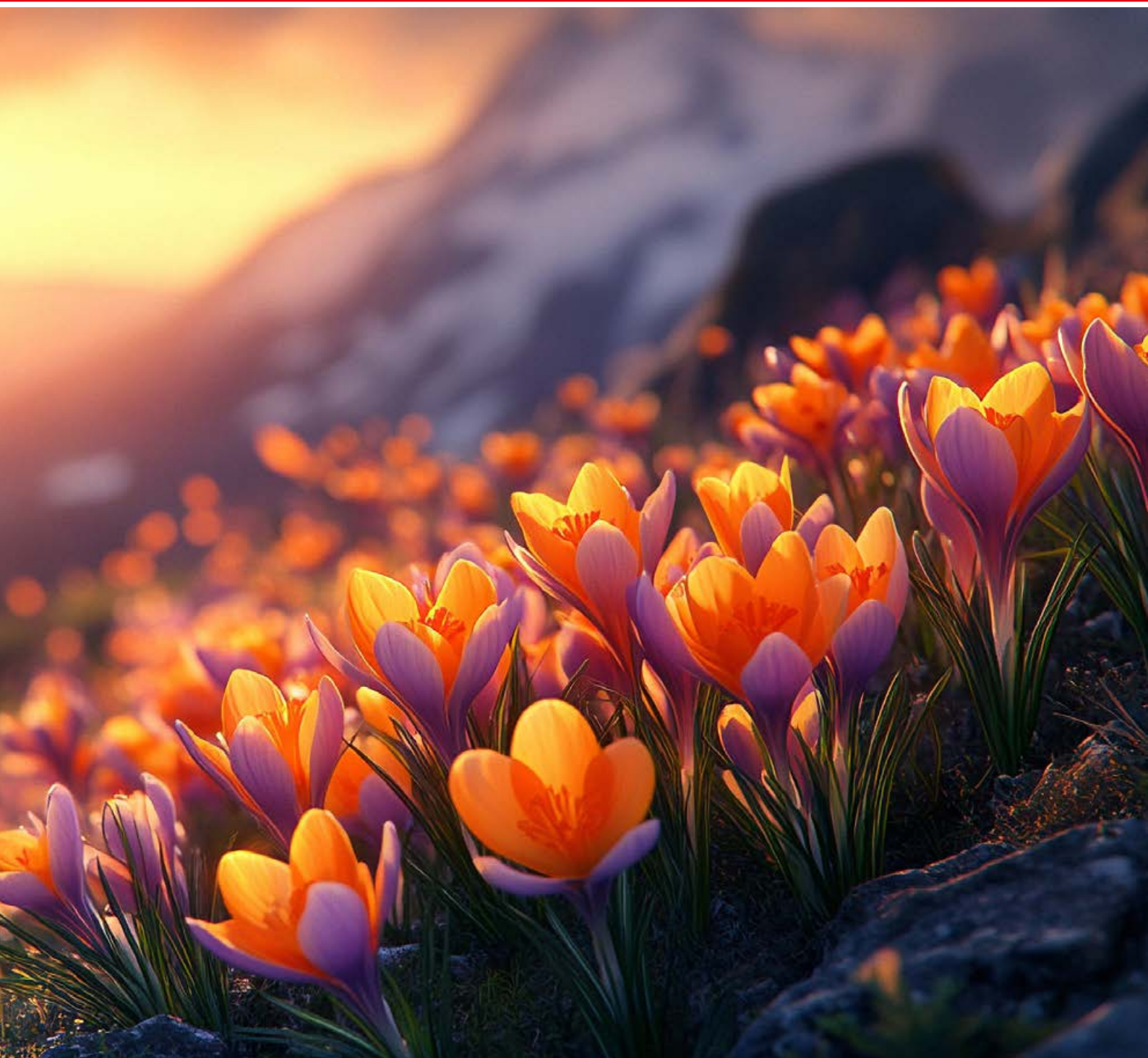


BIULETYN INFORMACYJNY

OKRĘGOWEJ IZBY PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH W GORZOWIE WIELKOPOLSKIM

Nr 1 (162) 26 ISSN 1429-9275

Gorzów Wielkopolski, MARZEC 2026 r.



BIULETYN INFORMACYJNY Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Gorzowie Wielkopolskim

WYDAWCA:

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Gorzowie Wielkopolskim (do użytku wewnętrznego)
ul. Obrońców Pokoju 60/1-2, 66-400 Gorzów Wielkopolski, tel. 95 729 67 84
e-mail: oipip_gorzow@wp.pl; www.oipip.gorzow.pl

**Konto: PKO BP S.A. II o/Gorzów Wielkopolski
nr 34 1020 1967 0000 8602 0044 9249**

ZESPÓŁ REDAKCYJNY: Marta Powchowicz, Małgorzata Paradowska
OPRACOWANIE TECHNICZNE: Małgorzata Paradowska

SKŁAD I DRUK: SONAR Sp. z o.o., ul. Kostrzyńska 89, 66-400 Gorzów Wielkopolski, tel. 95 72 50 335
e-mail: biuro@sonar.pl; www.sonar.pl

ISSN 1429-9275 Nakład: 740 szt.

W BIULETYNIE:

W BIULETYNIE:

1. Uchwała Nr 166/VIII/2025 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 3 grudnia 2025 r. w sprawie określenia zasad wykonywania obowiązków dotyczącego aktualizowania wiedzy i umiejętności zawodowych przez pielęgniarki i położne4
2. Stanowisko nr 8 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 4 grudnia 2025 r. w sprawie podjęcia pilnych działań w zakresie przestrzegania przez kierowników podmiotów leczniczych minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w celu zabezpieczenia praw pacjenta13
3. Stanowisko nr 9 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 4 grudnia 2025 r. w sprawie poparcia stanowiska Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych z dnia 17 listopada 2025 roku do propozycji zmian w ustawie z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych15
4. Informacja dotycząca wydawania przez pielęgniarki orzeczeń o niezdolności do samodzielnej egzystencji16
5. Apel nr 2 Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 26 stycznia 2026 r. do kierowników podmiotów leczniczych oraz pielęgniarskiej i położniczej kadry kierowniczej.....17
6. Informacja w sprawie wysokości składki członkowskiej19
7. 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 położnych20
8. Nowelizacja standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej – na jakie zmiany czekamy22
9. Nowy standard opieki okołoporodowej – co zmienia się w 2026 r. i jak wpłynie na naszą pracę?29
10. Mycie i dezynfekcja rąk – podstawowy sposób zapobiegania zakażeniom32
11. Jak pracować z neuroatypowym pacjentem w POZ34
12. Rola pielęgniarki w oddziale chirurgii35
13. Rola pielęgniarki w procesie choroby pacjenta po zabiegu usunięcia pęcherzyka żółciowego36
14. Etyka w zawodzie pielęgniarki i położnej – fundament zaufania i profesjonalizmu37
15. Stres zawodowy w pracy pielęgniarek oddziału anestezjologii i intensywnej terapii38
18. Kondolencje39
19. Kalendarium40

INFORMACJE BIURA OIPIP w Gorzowie Wielkopolskim.

BIURO:

ul. Obrońców Pokoju 60/1-2, 66-400 Gorzów Wielkopolski,
tel. 95 729 67 84, 512 133 102

Izba czynna:

**poniedziałek, wtorek, środa, piątek w godz. 7.00 - 15.00
czwartek w godz. 7.00 - 17.00**

PRZEWODNICZĄCA ORPiP

Marta Powchowicz

przyjmuje interesantów:

poniedziałek, wtorek, środa, piątek w godz. 7.00 - 14.00
oraz w czwartek w godz. 10.00 - 17.00 po wcześniejszym
telefonicznym uzgodnieniu terminu spotkania

WICEPRZEWODNICZĄCE ORPiP

Beata Dunal

Gabriela Ceranowicz

RADCA PRAWNY

Aleksandra Łagocka-Maciejewska

SEKRETARZ

Elżbieta Majdańska

SKARBNIK

Anna Herodowicz

OKRĘGOWY RZECZNIK

ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAWODOWEJ

Violetta Zajac

Zastępcy Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności

**Zawodowej: Małgorzata Chraplak, Anna Krześcińska,
Wioletta Francuzik, Izabela Niekrasz, Elżbieta Maciantowicz**

**Dyżury Rzecznika w każdy pierwszy i trzeci czwartek
miesiąca w godzinach 15.00-16.00 w siedzibie OIPIP
w Gorzowie Wielkopolskim**

PRZEWODNICZĄCA OKRĘGOWEGO SĄDU

PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Renata Głowacz



Szanowne Koleżanki, Koledzy,

Rok 2026 dla naszego środowiska jest rokiem wyjątkowym, ponieważ obchodzimy w nim 35– lecie powstania i działalności Samorządu Pielęgniarek i Położnych.

Historia samorządu to przede wszystkim ludzie, którzy tworzyli go od podstaw, którzy w niełatwych czasach potrafili podjąć trud stworzenia własnej niezależnej korporacji zawodowej. To dzięki zaangażowaniu tych ludzi, pasji, wytrwałości, mądrości możliwe było stworzenie własnego Samorządu Zawodowego.

Jubileusz 35-lecia to doskonała okazja do refleksji, wspomnień ale również oceny minionych lat, w przeciągu których udało nam się wiele osiągnąć. 19 kwietnia 1991 roku po latach starań środowiska uchwalono ustawę o samorządzie pielęgniarek i położnych. Na przełomie listopada i grudnia 1991 roku odbył się I Krajowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych. Po raz pierwszy w historii pielęgniarstwa w Polsce pozwolono naszej grupie zawodowej decydować o sobie. Ustawą powołano samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych reprezentujący osoby wykonujące zawody zaufania publicznego, jednocześnie nakładając na te samorzady obowiązek sprawowania pieczy nad należytym wykonywaniem

tych zawodów w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony. Zawód zaufania publicznego jakim stało się pielęgniarstwo i położnictwo nałożył ogromną odpowiedzialność na tych, którzy podjęli decyzję żeby go wykonywać. Powierzono organom samorządu uprawnienia w zakresie dopuszczania do wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej. Przyjęliśmy na siebie odpowiedzialność wobec tych, którzy ten zawód chcą wykonywać jak i społeczeństwa, którego bezpieczeństwo zdrowotne było i jest naszym priorytetem. Samorządność oznaczała dla nas autonomię, prawo do samostanowienia i samodecydowania we własnych sprawach. Dzięki zaangażowaniu tysięcy pielęgniarek i położnych udało się wypracować rozwiązania, które podniosły standardy wykonywania naszych profesji, jakość kształcenia, bezpieczeństwo pacjentów.

W imieniu Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Gorzowie Wielkopolskim serdecznie zapraszam na wspólne celebrowanie i świętowanie w dniu 21 maja 2026 r. od godz. 16.00 w Filharmonii Gorzowskiej 35-lecia Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Gorzowie Wielkopolskim.

Marta Powchowicz

Przewodnicząca

Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych
w Gorzowie Wlkp.

35-lecie

Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych
w Gorzowie Wielkopolskim

PROGRAM UROCZYSTOŚCI

16:00 - 17:30 część oficjalna
17:30 - 19:00 część artystyczna
19:00 - 20:30 poczęstunek

21 maja 2026 r. godzina 16:00
Filharmonia Gorzowska
ul. Dziewięciu Muz 10,
66-400 Gorzów Wielkopolski

Prosimy o potwierdzenie przybycia do dnia 30 kwietnia 2026 r.
telefonicznie 95 729 67 84 lub e-mail oiip_gorzow@wp.pl



Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

Uchwała Nr 166/VIII/2025 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 3 grudnia 2025 r.

w sprawie określenia zasad wykonywania obowiązku dotyczącego aktualizowania wiedzy i umiejętności zawodowych przez pielęgniarki i położne

Na podstawie art. 22 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. 2021 r. poz. 628) w związku z art. 61. Ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej Dz.U. 2024, poz. 814 ze zmianami uchwała się, co następuje:

§ 1. Doskonalenie zawodowe pielęgniarki i położnej jest realizowane przez:

- 1) ukończenie poszczególnych form kształcenia podyplomowego zgodnie z obowiązującymi przepisami w zakresie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych:
 - a. szkolenia specjalizacyjnego,
 - b. kursu kwalifikacyjnego,
 - c. kursu specjalistycznego,
 - d. kursu doszkalającego;
- 2) ukończenie kursu uzupełniającego, o którym mowa w art. 5a ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (tekst jedn. Dz. U. 2024, poz. 814);
- 3) uczestnictwo w webinarach;
- 4) ukończenie studiów podyplomowych w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia;
- 5) czynny lub bierny udział w kongresie, zjeździe, konferencji, sympozjum naukowo-szkoleniowym;
- 6) przynależność do towarzystw naukowych i stowarzyszeń pielęgniarskich i innych medycznych;
- 7) czynny lub bierny udział w szkoleniu wewnątrzzakładowym/wewnątrzoddziałowym;
- 8) udział w komisjach/zespołach działających na rzecz rozwoju zawodów pielęgniarki i położnej;
- 9) publikację w dziedzinie nauk medycznych lub nauk o zdrowiu:
 - a. artykułu w czasopismach naukowych
 - b. książki naukowej/monografii
 - c. książki popularnonaukowej
 - d. rozdziału/tematu w książce naukowej/monografii
 - e. rozdziału/tematu w książce popularnonaukowej
 - f. artykułu w czasopiśmie popularnym lub biuletynie informacyjnym;
- 10) udział w radzie naukowej, programowej lub kolegium redakcyjnym w dziedzinie nauk medycznych lub nauk o zdrowiu:
 - a. czasopisma naukowego lub popularnonaukowego, albo
 - b. publikacji zwartej lub biuletynu samorządu pielęgniarek i położnych;
- 11) indywidualną prenumeratę roczną czasopism naukowych i zawodowych z pielęgniarstwa, położnictwa lub innych medycznych;
- 12) uzyskanie stopnia lub tytułu naukowego;

- 13) uzyskanie tytułu zawodowego magistra pielęgniarstwa/położnictwa;
 - 14) ukończenie studiów licencjackich tzw. pomostowych w dziedzinie pielęgniarstwa/położnictwa
 - 15) ukończenie kursu/szkolenia podyplomowego nieobjętego przepisami w zakresie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych, mającego zastosowanie na stanowisku pracy.
 - 16) aktywną działalność w samorządzie pielęgniarek i położnych, z wyłączeniem pracowników etatowych w strukturach samorządu.
- § 2.** 1. Za zrealizowanie obowiązku doskonalenia zawodowego uznaje się uzyskanie przez pielęgniarkę lub położną 100 punktów edukacyjnych w każdym następującym po sobie okresie rozliczeniowym. Nadwyżka uzyskanych punktów rozliczeniowych w jednym okresie rozliczeniowym nie jest przenoszona na kolejne okresy rozliczeniowe.
2. Okres rozliczeniowy, o którym mowa w ust. 1, obejmuje 60 miesięcy. Pierwszy okres rozliczeniowy rozpoczyna się z dniem 1 stycznia 2026 r. a kończy się z dniem 31 grudnia 2030 r., z zastrzeżeniem ust. 3.
 3. Okres rozliczeniowy dla pielęgniarek i położnych, które uzyskały stwierdzenie prawa wykonywania zawodu po dniu 1 stycznia 2026 r., rozpoczyna się z dniem wpisu do okręgowego rejestru pielęgniarek i położnych.
 4. Okręgowa rada pielęgniarek i położnych, na wniosek pielęgniarki lub położnej, w szczególnie uzasadnionych przypadkach, w tym w szczególności w przypadku długotrwałej przerwy w wykonywaniu zawodu, może przedłużyć okres rozliczeniowy, o którym mowa w ust. 1. Okres rozliczeniowy może zostać przedłużony na okres nie dłuższy niż 24 miesiące od ustania przyczyny przedłużenia.
- § 3.** 1. Pielęgniarka lub położna przesyła drogą elektroniczną do właściwej okręgowej izby pielęgniarek i położnych dokumenty potwierdzające realizację obowiązku doskonalenia zawodowego nie później niż w terminie trzech miesięcy od zakończenia okresu rozliczeniowego.
2. Liczbę punktów edukacyjnych uzyskiwanych przez pielęgniarkę lub położną za realizację poszczególnych form doskonalenia zawodowego oraz wykaz dokumentów potwierdzających realizację obowiązku doskonalenia zawodowego określa załącznik nr 1 do uchwały.
 3. Zrealizowanie obowiązku doskonalenia zawodowego pielęgniarki, położnej potwierdza okręgowa rada pielęgniarek i położnych - na podstawie danych o odbytych formach doskonalenia zawodowego wprowadzonych do Systemu Obsługi Samorządu Pielęgniarek i Położnych.
- § 4.** Jeżeli w okresie rozliczeniowym pielęgniarka lub położna zostaje członkiem innej okręgowej izby pielęgniarek i położnych, okręgowa rada pielęgniarek i położnych tej izby uwzględnia uzyskane przez nią dotychczas punkty edukacyjne.
- § 5.** Formy doskonalenia zawodowego ukończone przez pielęgniarkę lub położną przed dniem wejścia w życie uchwały zalicza się do pierwszego okresu rozliczeniowego.
- § 6.** Procedura przyznawania, wprowadzania, akceptowania punktów edukacyjnych w ramach kształcenia ustawicznego pielęgniarek i położnych stanowi załącznik nr 2 do uchwały.
- § 7.** Traci moc uchwała nr 106/VIII/2024 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 13 czerwca 2024 r. w sprawie ustalenia zasad uzyskiwania przez pielęgniarki i położne punktów edukacyjnych w ramach kształcenia ustawicznego.

Sekretarz NRPIP
Kamilla Gólcz

Prezes NRPIP
Mariola Łodzińska

Załącznik nr 1 do Uchwały Nr 166/VIII/2025 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 3 grudnia 2025 r. w sprawie określenia zasad wykonywania obowiązku dotyczącego aktualizowania wiedzy i umiejętności zawodowych przez pielęgniarki i położne

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

L.p.	Forma doskonalenia zawodowego	Liczba punktów	Sposób potwierdzenia uczestnictwa
1.	Ukończenie szkoleń podyplomowych zgodnie z obowiązującymi przepisami w zakresie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych a) szkolenia specjalizacyjnego b) kursu kwalifikacyjnego c) kursu specjalistycznego d) kursu dokształcającego e) kurs uzupełniający, o którym mowa w art. 5a ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (tekst jedn. Dz. U. 2024, poz. 814);	80* pkt 40 pkt 20 pkt 10 pkt 40** pkt	dyplom lub zaświadczenie
2.	Uczestnictwo w webinarach	5 pkt/ 1 wydarzenie (maksymalnie 50 punktów w okresie rozliczeniowym) **	zaświadczenie lub certyfikat
3.	Ukończenie studiów podyplomowych w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia	20 pkt. za każdy semestr	dyplom
4.	Udział w kongresie, zjeździe, konferencji, sympozjum naukowo-szkoleniowym: a) udział bierny (uczestnik) b) udział czynny (wykładowca/prelegent)	5 pkt/ 1 wydarzenie 10 pkt/ 1 wydarzenie	zaświadczenie lub certyfikat na podstawie programu
5.	Przynależność do towarzystw naukowych i stowarzyszeń pielęgniarskich i innych medycznych	5 pkt/rok/towarzystwo, stowarzyszenie	zaświadczenie
6.	Udział w szkoleniu wewnątrzzakładowym/ wewnątrzoddziałowym: a) udział bierny (uczestnik) b) udział czynny (wykładowca/prelegent)	(maksymalnie 50 pkt w okresie rozliczeniowym**) 2 5	potwierdzenie przez organizatora w dokumencie ewidencji lub osobne zaświadczenie
7.	Udział w komisjach/zespołach działających na rzecz rozwoju zawodów pielęgniarki i położnej	3 pkt za jedno posiedzenie, (maksymalnie 30 pkt w okresie rozliczeniowym**)	zaświadczenie

8.	Publikacja w dziedzinie nauk medycznych lub nauk o zdrowiu: a. artykułu w czasopismach naukowych b. książki naukowej/monografii c. książki popularnonaukowej d. rozdziału/tematu w książce naukowej/monografii e. rozdziału/tematu w książce popularnonaukowej f. artykułu w czasopiśmie popularnym lub biuletynie informacyjnym	20 pkt 80 pkt 50 pkt 30 pkt 20 pkt 10 pkt	nota biograficzna lub wydruk z czasopisma
9.	Udział w radzie naukowej, programowej lub kolegium redakcyjnym w dziedzinie nauk medycznych lub nauk o zdrowiu: a. czasopisma naukowego lub popularnonaukowego b. publikacji zwartej lub biuletynu samorządu pielęgniarek i położnych	10 pkt/rok 10 pkt/rok	stopka redakcyjna
10.	Indywidualna prenumerata roczna czasopism naukowych i zawodowych z pielęgniarstwa, położnictwa lub innych medycznych	5 pkt za jeden tytuł, maksymalnie 10 pkt/ rok	potwierdzenie przez wydawcę lub dowód opłacenia prenumeraty
11.	Uzyskanie stopnia lub tytułu naukowego	100	dyplom lub zaświadczenie
12.	Uzyskanie tytułu zawodowego magistra pielęgniarstwa/położnictwa	80	dyplom
13.	Ukończenie studiów licencjackich tzw. pomostowych w dziedzinie pielęgniarstwa/położnictwa	40	dyplom
14.	Ukończenie kursu/szkolenia podyplomowego nieobjętego przepisami w zakresie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych, mającego zastosowanie na stanowisku pracy	1 pkt za 1 h (maksymalnie 30 pkt w okresie rozliczeniowym**)	dyplom lub zaświadczenie
15.	Osoby aktywnie działające w samorządzie zawodowym pielęgniarek i położnych (nie będące pracownikami etatowymi w strukturach samorządu)	10 pkt./ rok** (maksymalnie 40 pkt w okresie rozliczeniowym.)	zaświadczenie

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

** - w jednym okresie rozliczeniowym

Załącznik nr 2 do Uchwały Nr 166/VIII/2025 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 3 grudnia 2025 r. w sprawie określenia zasad wykonywania obowiązku dotyczącego aktualizowania wiedzy i umiejętności zawodowych przez pielęgniarki i położne

Procedura przyznawania, wprowadzania i akceptowania punktów edukacyjnych w ramach kształcenia ustawicznego pielęgniarek i położnych

Podstawy prawne

1. Ustawa z dnia 1 lipca 2011 r. *o samorządzie pielęgniarek i położnych* (t.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 628 z późn. zm.).
2. Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. *o zawodach pielęgniarki i położnej* (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 814 z późn. zm.).
3. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 września 2016 r. *w sprawie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych* (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 115).
4. Uchwała Nr 166/VIII/2025 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z 3 grudnia 2025 w sprawie ustalenia zasad uzyskiwania przez pielęgniarki i położne punktów edukacyjnych w ramach kształcenia ustawicznego wraz z tabelą form doskonalenia i odpowiadających im punktów edukacyjnych.

§1. Cel procedury

1. Procedura określa zasady:
 - 1) przyznawania punktów edukacyjnych poszczególnym formom doskonalenia zawodowego,
 - 2) wprowadzania informacji o uzyskanych punktach edukacyjnych do centralnego rejestru pielęgniarek i położnych Systemu Obsługi Samorządu Pielęgniarek i Położnych (SOSPİP)
 - 3) weryfikacji i akceptacji punktów edukacyjnych przez okręgowe izby pielęgniarek i położnych (OIPIP).
2. Celem procedury jest zapewnienie jednolitego, przejrzystego i udokumentowanego sposobu realizacji obowiązku kształcenia ustawicznego pielęgniarek i położnych oraz prawidłowego prowadzenia rejestru punktów edukacyjnych w pięcioletnich okresach rozliczeniowych.

§2. Definicje

Na potrzeby niniejszej procedury:

1. Punkty edukacyjne – jednostka rozliczeniowa służąca dokumentowaniu kształcenia ustawicznego pielęgniarki i położnej zgodnie z uchwałą NRPiP.
2. Okres rozliczeniowy – okres 60 miesięcy, w którym pielęgniarka / położna jest zobowiązana uzyskać minimalną liczbę punktów edukacyjnych określoną uchwałą NRPiP (obecnie co najmniej 100 punktów).
3. System obsługi samorządu pielęgniarek i położnych – (SOSPİP) system teleinformatyczny prowadzony na poziomie centralnym, zawierający m.in. dane o punktach edukacyjnych pielęgniarek i położnych.
4. Konto pielęgniarki, położnej w Systemie obsługi samorządu pielęgniarek i położnych- indywidualne konto użytkownika umożliwiające m.in. zgłaszanie i podgląd uzyskanych punktów edukacyjnych; konto jest uruchamiane za pośrednictwem OIPIP właściwej ze względu na przynależność członkowską.
5. Organizator kształcenia – podmiot posiadający uprawnienia do prowadzenia kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych (konferencje, szkolenie, webinar, kurs, itp.), który może wystąpić o przyznanie punktów edukacyjnych na podstawie niniejszej procedury.
6. Wydarzenie edukacyjne – kongres, zjazd, konferencja, sympozjum, warsztaty, szkolenie stacjonarne lub online, webinar, program e-learningowy, kurs wewnątrzszkolowy itp., posiadające program naukowo-dydaktyczny.

§3. Zakres obowiązywania

1. Procedura ma zastosowanie do:
 1. Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych (NRPiP),
 2. okręgowych izb pielęgniarek i położnych (OIPIP),
 3. pielęgniarek i położnych posiadających prawo wykonywania zawodu,
 4. organizatorów kształcenia ustawicznego, zgodnie z art. 75 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej.

2. Procedura dotyczy wszystkich form doskonalenia, za które uchwała NRPIP przewiduje przyznawanie punktów edukacyjnych (szkolenia podyplomowe, studia podyplomowe, konferencje, webinary, szkolenia wewnątrzzakładowe, działalność naukowa, samorządowa, itp.).

§4. Role i odpowiedzialności

1. Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych (NRPIP):

1. ustala zasady uzyskiwania punktów edukacyjnych i określa minimalną liczbę punktów w okresie rozliczeniowym;
2. przyznaje punkty edukacyjne konferencjom, kongresom, warsztatom i innym wydarzeniom edukacyjnym o zasięgu ogólnopolskim lub wydarzeniom regionalnym o szczególnym znaczeniu;
3. prowadzi nadzór nad jednolitym stosowaniem niniejszej procedury przez OIPIP.

2. Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych (OIPIP):

1. aktywuje konta użytkowników w SOSPIP,
2. przyznaje punkty edukacyjne wydarzeniom edukacyjnym o zasięgu lokalnym lub regionalnym,
3. weryfikuje i akceptuje wnioski członków o wpis punktów edukacyjnych SOSPIP,
4. odnotowuje niedopełnienie obowiązku kształcenia ustawicznego oraz realizuje dalsze czynności administracyjne (np. monit lub inna forma zgodnie z odrębnymi przepisami prawa).

3. Pielęgniarka, położna:

1. realizuje kształcenie ustawiczne i uzyskuje wymaganą liczbę punktów w okresie rozliczeniowym,
2. zgłasza / wprowadza informacje o ukończonych formach kształcenia do SOSPIP,
3. przechowuje dokumenty potwierdzające uzyskanie punktów edukacyjnych dotyczące aktualnego okresu rozliczeniowego. Zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa w tym zakresie.

ROZDZIAŁ II

Przyznawanie punktów edukacyjnych wydarzeniom edukacyjnym

§5. Zasady ogólne

Punkty edukacyjne są przyznawane poszczególnym formom doskonalenia zawodowego, zgodnie z tabelą stanowiącą załącznik do uchwały NRPIP.

§6. Uprawnione podmioty do występowania o przyznanie punktów edukacyjnych

O przyznanie punktów edukacyjnych mogą występować, w szczególności:

1. organy samorządu pielęgniarek i położnych,
2. towarzystwa naukowe, stowarzyszenia, sekcje i oddziały tych towarzystw i stowarzyszeń,
3. uczelnie wyższe oraz ich jednostki organizacyjne,
4. podmioty lecznicze, instytuty i zakłady badawcze,
5. inne podmioty prowadzące działalność edukacyjną w dziedzinie ochrony zdrowia,
6. inne podmioty mające obowiązek zatrudnienia w swojej strukturze pielęgniarki lub położnej.

§7. Tryb składania wniosków przez organizatorów

1. Organizator kształcenia składa wnioski o przyznanie punktów edukacyjnych:
 - 1) do właściwej ORPIP – w przypadku wydarzeń edukacyjnych o zasięgu lokalnym lub regionalnym,
 - 2) do NRPIP – w przypadku wydarzeń edukacyjnych o zasięgu ogólnopolskim lub międzynarodowym lub o szczególnym znaczeniu.
2. Wniosek składany jest w formie elektronicznej (zalecane) lub papierowej, według wzoru stanowiącego załącznik do niniejszej procedury, zawierającego co najmniej:
 - 1) nazwę wydarzenia edukacyjnego,
 - 2) termin i miejsce odbywania się wydarzenia,
 - 3) pełną nazwę organizatora, adres, dane kontaktowe,

- 4) przewidywaną liczbę uczestników i grupę docelową (np. pielęgniarki POZ, pielęgniarki anestezjologiczne, położne),
 - 5) cele edukacyjne i oczekiwane efekty uczenia się,
 - 6) szczegółowy program (najlepiej minutowy) z nazwiskami wykładowców i tytułami wystąpień,
 - 7) informację o sposobie potwierdzenia uczestnictwa (np. lista obecności i/lub logowania i/lub test końcowy),
 - 8) oświadczenie organizatora o braku wpływu sponsorów na dobór wykładowców, programu i treści.
3. Wniosek powinien zostać złożony z odpowiednim wyprzedzeniem (co najmniej 30 dni przed terminem wydarzenia), aby umożliwić jego ocenę przed rozpoczęciem szkolenia.
 4. Zapisy ust. 1-3 nie dotyczą szkoleń wewnątrzzakładowych / wewnątrzoddziałowych. Potwierdzenie udziału w wyżej wymienionych formach odbywa się na podstawie odrębnego potwierdzenia przez podmiot organizujący szkolenie.

§8. Ocena wniosku i nadanie liczby punktów edukacyjnych

1. Wnioski są oceniane przez właściwą komisję ds. kształcenia ustawicznego przy NRPIP lub orpip.
2. Komisja dokonuje oceny:
 - 1) zgodności programu z celami kształcenia ustawicznego,
 - 2) liczby godzin merytorycznych,
 - 3) formy prowadzenia zajęć (wykład, warsztat, ćwiczenia praktyczne, e-learning),
 - 4) zapewnienia niezależności treści edukacyjnych od sponsorów,
 - 5) sposobu potwierdzania obecności i zaangażowania uczestników.
3. Na podstawie oceny komisja proponuje liczbę punktów edukacyjnych z uwzględnieniem:
 - 1) wartości wskazanych w tabeli do uchwały NRPIP (np. stałe wartości za udział bierny / czynny w konferencji),
 - 2) w przypadku szkoleń niesystemowych – przelicznika godzinowego (np. 1 pkt za 1 godzinę szkolenia, z limitami rocznymi/okresowymi).
4. Decyzję o przyznaniu lub odmowie przyznania punktów edukacyjnych zatwierdza odpowiednio właściwy organ ORPiP lub NRPIP. Decyzja przekazywana jest organizatorowi w formie pisemnej lub elektronicznej.
5. Organizator zobowiązany jest do umieszczenia w materiałach informacyjnych o wydarzeniu oraz na dokumencie potwierdzającym udział informacji o przyznanej liczbie punktów edukacyjnych.

ROZDZIAŁ III

Wprowadzanie punktów edukacyjnych do SOSPiP

§9. Aktywacja konta pielęgniarki / położnej

1. Pielęgniarka, położna- członek danej OIPIP, jest zobowiązana do aktywacji konta w SOSPiP
2. Aktywacja konta następuje poprzez:
 1. osobisty kontakt w siedzibie OIPIP albo
 2. zdalnie, z wykorzystaniem środków identyfikacji elektronicznej (np. profil zaufany, podpis elektroniczny)
3. Po pozytywnej weryfikacji tożsamości pracownik OIPIP nadaje użytkownikowi dostęp do konta w SOSPiP

§10. Zgłaszanie uzyskanych punktów edukacyjnych przez pielęgniarkę / położną

1. Pielęgniarka, położna jest zobowiązana do bieżącego zgłaszania ukończonych form kształcenia poprzez konto w SOSPiP, nie później niż w terminie 3 miesięcy po zakończeniu pięcioletniego okresu rozliczeniowego.
2. W przypadku każdej formy doskonalenia użytkownik wprowadza co najmniej:
 - 1) rodzaj formy doskonalenia (zgodnie z kategoriami z uchwały – np. studia podyplomowe, szkolenie podyplomowe, konferencja, webinar, publikacja naukowa, działalność w komisjach itp.),
 - 2) datę/daty odbycia,
 - 3) nazwę i organizatora,
 - 4) liczbę godzin / liczbę dni (jeśli dotyczy),
 - 5) liczbę punktów edukacyjnych wynikającą z uchwały (jeśli organizator ich nie przyznał) albo liczbę wskazaną na zaświadczeniu (w przypadku form kształcenia ukończonych do 31.12.2025 r.)

- 6) sposób potwierdzenia udziału – załącza skan/zdjęcie dokumentu (certyfikat, dyplom, zaświadczenie, potwierdzenie udziału, nagłówek publikacji itp.).
3. W przypadku form, dla których uchwała przewiduje stałą liczbę punktów (np. specjalizacja, kurs kwalifikacyjny, studia podyplomowe), pielęgniarka / położna wprowadza dane zgodnie z dyplomem lub zaświadczeniem, bez konieczności dodatkowych przeliczeń.

ROZDZIAŁ IV

Weryfikacja i akceptacja punktów edukacyjnych przez OIPIP

§11. Weryfikacja formalna

1. Pracownik OIPIP odpowiedzialny za rejestr punktów edukacyjnych cyklicznie (nie rzadziej niż raz na pół roku) przegląda nowe zgłoszenia w SOSPiP
2. Weryfikacja obejmuje:
 - 1) kompletność danych wpisanych przez pielęgniarkę, położną,
 - 2) czytelność i wiarygodność załączonych dokumentów,
 - 3) zgodność deklarowanej formy doskonalenia z kategoriami uchwały,
 - 4) zgodność liczby wpisanych punktów z tabelą uchwały NR PiP lub decyzją o przyznaniu punktów dla danego wydarzenia.
3. W razie braków formalnych (brak załącznika, nieczytelny dokument, niejednoznaczne dane) pracownik OIPIP zwraca zgłoszenie do uzupełnienia poprzez odpowiedni komunikat w systemie / e-mail.

§12. Weryfikacja merytoryczna i limity

1. W ramach weryfikacji merytorycznej sprawdza się m.in.:
 - 1) czy dana forma doskonalenia rzeczywiście uprawnia do punktów (np. czy publikacja dotyczy dziedziny nauk medycznych lub o zdrowiu),
 - 2) czy nie zostały przekroczone limity maksymalnej liczby punktów w danej kategorii w jednym okresie rozliczeniowym (np. maksymalna liczba punktów za webinary, komisje, szkolenia wewnątrzzakładowe itp. – zgodnie z tabelą uchwały).
2. W przypadku stwierdzenia błędnego naliczenia punktów (np. uczestnik wpisał większą liczbę niż przysługuje), pracownik OIPIP koryguje liczbę punktów w systemie, pozostawiając adnotację o zakresie dokonanej korekty.
3. W przypadkach wątpliwych pracownik OIPIP może zwrócić się o opinię do komisji ds. kształcenia ustawicznego przy OIPIP.

§13. Akceptacja zgłoszenia

1. Po pozytywnej weryfikacji formalnej i merytorycznej, zgłoszenie jest oznaczane w SOSPiP jako **zaakceptowane**, a liczba punktów edukacyjnych zostaje doliczona do sumy punktów uczestnika w danym okresie rozliczeniowym.
2. W przypadku odmowy uznania punktów (np. brak podstawy prawnej, niezgodność formy z uchwałą, niewiarygodny dokument) OIPIP oznacza zgłoszenie jako **odrzucone**, wskazując przyczynę w systemie i informując pielęgniarkę / położną.
3. Pielęgniarka, położna może wnieść **wniosek o ponowne rozpatrzenie** w terminie 30 dni od daty otrzymania informacji o odmowie.

§14. Rozliczenie okresu 5-letniego

1. Po zakończeniu pięcioletniego okresu rozliczeniowego OIPIP dokonuje podsumowania punktów edukacyjnych każdej pielęgniarki, położnej.
2. Jeśli do dnia upływu 3 miesięcy po zakończeniu okresu rozliczeniowego pielęgniarka, położna nie osiągnęła wymaganej liczby punktów, w rejestrze odnotowuje się niespełnienie obowiązku kształcenia ustawicznego, a członkowi wysyłany jest monit.

ROZDZIAŁ V

Nadzór i dokumentacja

§15. Nadzór NRPIP nad stosowaniem procedury

1. NRPIP monitoruje spójność stosowania zasad przyznawania, wprowadzania i akceptacji punktów przez OIPIP, m.in. poprzez:
 1. analizę danych z SOSPIP
2. W razie stwierdzenia rozbieżności interpretacyjnych, o których w ust. 1 NRPIP wydaje wytyczne ujednolicające praktykę.

ROZDZIAŁ VI

Załącznik do procedury

WNIOSEK ORGANIZATORA

o przyznanie punktów edukacyjnych pielęgniarkom i położnym za udział w wydarzeniu edukacyjnym

I. DANE ORGANIZATORA

1. Pełna nazwa organizatora:

.....

2. Jednostka / dział (jeśli dotyczy):

.....

3. Adres siedziby:

Ulica: Nr

Kod pocztowy: Miejscowość:

4. NIP / REGON (jeśli dotyczy):

.....

5. Osoba do kontaktu (imię i nazwisko):

.....

6. Funkcja osoby do kontaktu:

.....

7. Telefon: E-mail:

II. DANE WYDARZENIA EDUKACYJNEGO

1. Pełny tytuł wydarzenia:

.....

.....

2. Rodzaj wydarzenia (zaznaczyć właściwe):

- konferencja / kongres / zjazd
- sympozjum / seminarium
- warsztaty / szkolenie stacjonarne
- webinar / szkolenie online / e-learning
- inne (jakie?):

3. Zasięg wydarzenia (zaznaczyć właściwe):

- lokalne
- regionalne
- ogólnopolskie
- międzynarodowe

4. Data / daty wydarzenia: od do
5. Miejsce (miasto, kraj / platforma online):
6. Grupa docelowa (np. pielęgniarki POZ, pielęgniarki anestezjologiczne, położne, wszystkie pielęgniarki i położne):
.....
7. Przewidywana liczba uczestników:
 do 50 51–150 151–300 powyżej 300

III. PROGRAM I CELE EDUKACYJNE

1. Cel(e) edukacyjny(e) wydarzenia – krótki opis:
2. Oczekiwane efekty uczenia się (co uczestnik będzie wiedział/umiał po zakończeniu):
3. Program szczegółowy (prosimy załączyć jako osobny dokument lub w tabeli poniżej):

Godzina od-do	Forma (wykład/warsztat/inne)	Tytuł sesji / modułu	Imię i nazwisko prowadzącego, tytuł/stopień naukowy
------------------	---------------------------------	-------------------------	--



Naczelna Rada
Pielęgniarek i Położnych

Stanowisko nr 8
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
z dnia 4 grudnia 2025 r.

w sprawie podjęcia pilnych działań w zakresie przestrzegania przez kierowników podmiotów leczniczych minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w celu zabezpieczenia praw pacjenta

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, działając w trosce o bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów oraz jakość opieki w podmiotach leczniczych, wyraża stanowczy sprzeciw wobec faktu nierespektowania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych, określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego lub obliczonych na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami.

Ankieta przeprowadzona w 2025 r. przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych wśród podmiotów leczniczych wskazuje, iż w licznych oddziałach szpitalnych nie są spełniane obowiązujące minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych. Spośród przeanalizowanych około 900 oddziałów, obejmujących pediatrię, internę i chirurgię, co najmniej 169 oddziałów funkcjonuje poniżej minimalnego poziomu zatrudnienia pielęgniarek, co stanowi 19% badanych oddziałów.

Dane wynikające z ankiety dotyczące oddziałów położniczo-ginekologicznych wskazują na nieprzestrzeganie wskaźników zatrudnienia oraz standardu organizacyjnego w opiece okołoporodowej. Jednocześnie trakty porodowe i izby przyjęć są zabezpieczane przez zespoły położnych powyższych oddziałów.

W przypadku oddziałów psychiatrycznych brak wskaźników zatrudnienia pielęgniarek wskazuje na nieprawidłowe zabezpieczenie opieki pielęgniarskiej, co zagraża bezpieczeństwu zdrowotnemu pacjentów i personelu.

Powyższe oznacza, iż około 1/5 oddziałów objętych badaniem nie zabezpiecza prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością, określonego w art. 8 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych wskazuje, iż podmioty lecznicze realizujące świadczenia gwarantowane, które są finansowane ze środków publicznych na podstawie umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia są zobowiązane do realizowania ww. świadczeń, zgodnie z warunkami ich udzielania. Ponadto, są zobowiązane do podejmowania i prowadzenia działań mających na celu zapewnienie należytej jakości udzielanych świadczeń, z zachowaniem należytej staranności oraz przestrzegania praw pacjenta.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych stoi na stanowisku, iż nieprzestrzeganie norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych prowadzi do zjawiska określonego w literaturze jako racjonowanie opieki pielęgniarskiej - konieczność rezygnacji z części planowanych świadczeń na rzecz wykonywania tylko interwencji uznanych za najpilniejsze, takich jak: podawanie leków, zabiegów ratujących życie.

W konsekwencji oznacza to przede wszystkim: ograniczenie edukacji pacjentów i rodzin, mniejszą liczbę działań profilaktycznych, w tym zapobieganie odleżynom, upadkom, powikłaniom zakrzepowo-zatorowym, skrócenie czasu na monitorowanie stanu klinicznego, rozmowę, wsparcie emocjonalne, ryzyko opóźnień w reagowaniu na pogorszenie stanu zdrowia.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych sprzeciwia się występowaniu sytuacji, w których pacjent jest stroną ponoszącą konsekwencje niezatrudniania przez pracodawców pielęgniarek i położnych we właściwej liczbie gwarantującej prawa pacjenta oraz jego bezpieczeństwo zdrowotne, jak również bezpieczeństwo wykonywania zawodów pielęgniarki i położnej. Mając na uwadze powyższe, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych zwraca się z wnioskiem o podjęcie pilnych działań w zakresie przestrzegania przez kierowników podmiotów leczniczych minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w celu zabezpieczenia praw pacjenta, poprzez:

- podjęcie prac legislacyjnych w zakresie zamieszczenia wskaźników zatrudnienia pielęgniarek i położnych w ustawie o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta,
- systematyczne kontrolowanie przez organy założycielskie tych podmiotów, Ministerstwo Zdrowia oraz Narodowy Fundusz Zdrowia stosowania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych, prowadzące do oceny spełniania wymogów realizacji świadczeń gwarantowanych zgodnie z należytą starannością i prawami pacjenta,
- systematyczne kontrole przez Najwyższą Izbę Kontroli w zakresie gospodarności wykorzystania środków publicznych do realizowania przez świadczeniodawców świadczeń gwarantowanych na rzecz pacjenta,
- określenie norm zatrudnienia pielęgniarek realizujących świadczenia zdrowotne w zakresie opieki psychiatrycznej, opieki długoterminowej i opieki paliatywnej, zgodnie z porozumieniem zawartym w dniu 9 lipca 2018 r. z Ministerstwem Zdrowia i Narodowym Funduszem Zdrowia oraz uchwałą Rady Ministrów z dnia 15 października 2019 r. w sprawie przyjęcia dokumentu „Polityka Wieloletnia Państwa na Rzecz Pielęgniarstwa i Położnictwa w Polsce”.

Podsumowując, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych wyraża stanowczy sprzeciw wobec sytuacji nieprzestrzegania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych oraz apeluje o wdrożenie wskazanych powyżej zmian.

Sekretarz NRPiP
Kamilla Gólcz

Prezes NRPiP
Mariola Łodzińska



Naczelna Rada
Pielęgniarek i Położnych

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

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

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

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

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

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

Okolicznością powszechnie znaną jest, że sektor ochrony zdrowia od lat boryka się z poważnymi brakami kadrowymi, również w grupie zawodowej pielęgniarek i położnych. Mając na uwadze wysoką średnią wieku pracowników w tych zawodach oraz wciąż niewystarczającą liczbę osób wchodzących do zawodu, by wypełnić lukę wynikającą z odejść na emeryturę, wskazać należy, że ewentualne zamrożenie płac znacząco zmniejszy atrakcyjność tych zawodów, wpłynie na zwiększenie wskaźnika odejść z zawodu, zwiększy migrację zagraniczną i utrudni rekrutację młodych osób. Oczywistą konsekwencją, powyższego będzie ograniczenie dostępności opieki, wzrost obciążeń pracą oraz spadek jakości i bezpieczeństwa świadczeń.

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

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

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

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

Sekretarz NRPiP
Kamilla Gólcz

Prezes NRPiP
Mariola Łodzińska



NACZELNA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

NIPiP-NRPiP-DM.0025.5.2026.MK

Warszawa, dnia 14 stycznia 2026 r.

Pani/Pan
Przewodnicząca/Przewodniczący
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych

Szanowni Państwo

W załączeniu przesyłam do wiadomości informację dotyczącą wydawania przez pielęgniarki orzeczeń o niezdolności do samodzielnej egzystencji, w związku z przyjętą ustawą z dnia 18 grudnia 2025 r. w sprawie zmiany ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych i niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2026 r., poz. 26).¹

Zwracam się z prośbą o udostępnienie otrzymanej informacji na Państwa mediach społecznościowych oraz stronie internetowej.

Z poważaniem
Wiceprezes NRPiP

dr n. med. Andrzej Tytuła

Do wiadomości:

- Pani Anna Woda — Doradca Prezesa NRPiP.

¹ <https://dziennikustaw.gov.pl/D2026000002601.pdf>.

Pielęgniarki mogą orzekać o niezdolności do samodzielnej egzystencji

- informacja w sprawie zmiany ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych i niektórych innych ustaw

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych informuje, iż w związku z licznymi zapytaniami członków samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych oraz sprzecznymi informacjami zamieszczanymi na medycznych portalach informacyjnych oraz mediach społecznościowych dotyczących tzw. zmian polegających na możliwości wystawiania zwolnień lekarskich przez pielęgniarki, informujemy, iż w dniu 7 stycznia 2026 r. Prezydent Rzeczypospolitej podpisał ustawę o zmianie ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych i niektórych innych ustaw.

Celem ustawy o zmianie ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych oraz niektórych innych ustaw jest między innymi dopuszczenie innych zawodów medycznych, w tym pielęgniarek do **wydawania orzeczeń o niezdolności do samodzielnej egzystencji**, przy zachowaniu nadzoru i ustaleniu wymaganych kwalifikacji.

Podpisana przez Prezydenta RP ustawa o zmianie ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych i niektórych innych ustaw, wprowadza m.in. zmianę do ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (t.j. Dz. U. z 2026 r., poz. 15) polegającą na dodaniu pkt 6a w art. 4 ust. 1 ustawy, w brzmieniu:

„6a) **orzekaniu o niezdolności do samodzielnej egzystencji**, o której mowa w art. 13 ust. 5 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1749).”

Przesłanki do orzeczenia niezdolności do samodzielnej egzystencji zostały określone w art. 13 ust. 5 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych. Zgodnie z tymi przepisami *niezdolność do samodzielnej egzystencji* orzeka się w przypadku stwierdzenia naruszenia sprawności organizmu w stopniu powodującym konieczność stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innej osoby w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych.

Ponadto, należy mieć na uwadze, iż powyższy zapis dodający pkt 6a do art. 4 ust. 1 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej wejdzie w życie w dniu 13 kwietnia 2026 r. tj. po upływie trzech miesięcy od dnia ogłoszenia ustawy w Dzienniku Ustaw.

Reasumując, nowelizacja ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych oraz niektórych innych ustaw **nie wprowadza uprawnień pielęgniarek do wystawiania zwolnień lekarskich**. Zmiany w podpisanej ustawie przez Prezydenta RP dotyczą wyłącznie możliwości orzekania przez pielęgniarki o niezdolności do samodzielnej egzystencji, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa i przy zachowaniu ustawowych przesłanek oraz nadzoru. Nowe regulacje stanowią rozszerzenie kompetencji zawodowych pielęgniarek w zakresie orzecznictwa, a nie w zakresie orzecznictwa czasowej niezdolności do pracy.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych podejmuje działania, aby pielęgniarki mogły uzyskać uprawnienia do wystawiania zaświadczenia o niezdolności do pracy e-ZLA (tzw. L4).

Apel nr 2

Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 26 stycznia 2026 r. do kierowników podmiotów leczniczych oraz pielęgniarskiej i położniczej kadry kierowniczej

W obliczu wejścia w życie nowych regulacji jakie zostały wprowadzone Uchwałą Nr 166/VIII//2025 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w dniu 3 grudnia 2025 r. w sprawie określenia zasad wykonywania obowiązku dotyczącego aktualizowania wiedzy i umiejętności zawodowych przez pielęgniarki i położne, zwracamy się z apelem do pracodawców oraz pielęgniarskiej i położniczej kadry kierowniczej do pełnego respektowania praw pracowniczych w zakresie rozwoju zawodowego.

Zgodnie z ustawą z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej w art. 61 ust. 1 pielęgniarka i położna mają obowiązek stałego aktualizowania swojej wiedzy i umiejętności zawodowych oraz prawo do doskonalenia zawodowego w różnych rodzajach kształcenia podyplomowego.

Prawo do płatnego urlopu szkoleniowego, zagwarantowane w ustawie, nie powinno być martwym zapisem, lecz niezbędnym narzędziem pozwalającym na utrzymanie najwyższych standardów opieki nad pacjentem. Pomimo posiadania przez kierownika podmiotu leczniczego uprawnień do zarządzania organizacją pracy i terminami urlopów, kompetencja ta nie może być wykorzystywana jako narzędzie do stałego blokowania i utrudniania personelowi dostępu do nauki. Aktywne wspieranie personelu w zdobywaniu punktów edukacyjnych oraz tworzenie przyjaznych warunków do podnoszenia kwalifikacji powinno stać się priorytetem.

Pielęgniarka i położna wykonująca zawód zgodnie z aktualną wiedzą medyczną to kapitał podmiotu leczniczego, dlatego apelujemy o zaprzestanie tworzenia sztucznych barier administracyjnych i o realne umożliwienie realizacji ustawowego obowiązku.

Liczymy na Państwa otwartość i konstruktywną współpracę oraz pełne poszanowanie przysługujących nam praw.

Sekretarz NRPiP
Kamilla Gólcz

Prezes NRPiP
Mariola Łodzińska

Wzór

Wniosek o urlop szkoleniowy

Miejscowość, data: _____

Imię i nazwisko: _____

Stanowisko: _____

Jednostka organizacyjna: _____

Do: _____

[Nazwa i adres pracodawcy]

Na podstawie art. 61a ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, uprzejmie proszę o udzielenie mi urlopu szkoleniowego w wymiarze _____ dni roboczych w terminie od _____ do _____.

Urlop ten zamierzam wykorzystać na udział w [nazwa szkolenia, konferencji, kursu itp.], które odbywa się w [miejsce] w dniach od _____ do _____.

Zgodnie z przepisami, za czas urlopu szkoleniowego przysługuje mi wynagrodzenie obliczane według zasad obowiązujących przy obliczaniu wynagrodzenia za urlop wypoczynkowy.

W załączeniu przedkładam dokument potwierdzający mój udział w ww. formie podnoszenia kwalifikacji zawodowych.

Z poważaniem,

[Podpis pracownika]

Decyzja: Wyrażam zgodę Nie wyrażam zgody

Data: _____

Podpis i pieczęćka pracodawcy: _____



NACZELNA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH
Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

NIPIP-NRPIP-DS.015.31.2026.MS

Warszawa, 11 lutego 2026 r.

Przewodnicząca/cy
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych

W celu prawidłowej realizacji Uchwały nr 5 I Nadzwyczajnego Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 23 września 2024 r. w sprawie wysokości składki członkowskiej oraz zasad jej podziału, zgodnie z Komunikatem Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 9 lutego 2026 r. w sprawie przeciętnego wynagrodzenia w gospodarce narodowej w 2025 r. oraz opinią prawną informuję, że **składka członkowska w okresie od marca 2026 r do lutego 2027 r. wynosi 89,00 zł. od członkini/członka samorządu, a wynikający z w/w Uchwały 6% odpis na Naczelną Izbę Pielęgniarek i Położnych odprowadzany przez Okręgowe Izby Pielęgniarek i Położnych wnosi za 1 członkinię/członka 5,34 zł.**

W załączeniu opinia prawna.

W związku z powyższym proponujemy zamieszczenie na Państwa stronie www. Komunikatu następującej treści:

Szanowne Członkinie i Członkowie okręgowej izby pielęgniarek i położnych.

Uprzejmie 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 składka członkowska w okresie od marca 2026 r. do lutego 2027 r. wynosi 89,00 zł, przy czym odpis na Naczelną Izbę Pielęgniarek i Położnych odprowadzany przez okręgową izbę pielęgniarek i położnych wynosi za 1 członkinię/członka 5,34 zł. Składkę za dany miesiąc opłacamy do dnia 15 następnego miesiąca.

W 2026 r. pierwsza składka w nowej wysokości powinna być opłacona do **15 kwietnia 2026 r.**

Jednocześnie przypominamy, że zwolnione z opłacania składki członkowskiej na rzecz samorządu są wyłącznie członkinie i członkowie, którzy zgłosili zaprzestanie wykonywania zawodu i złożyli odpowiednie dokumenty w biurze okręgowej izby pielęgniarek i położnych.

Z wyrazami szacunku
Skarbnik NRPIP

Danuta Adamek

Warszawa, 9 lutego 2026 r.

**Opinia prawna w sprawie zasad realizacji obowiązku opłacania składek członkowskich
w przypadku zmiany wysokości składki**

1. Zasady realizacji obowiązku opłacania składki członkowskiej z tytułu przynależności do samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych określa uchwała nr 5 I Nadzwyczajnego Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych VIII kadencji z dnia 23 września 2024 r. w sprawie wysokości składki członkowskiej i zasad jej podziału (dalej jako „Uchwała”).
2. Zgodnie z § 2 ust. 1 Uchwały Składki członkowskie są płatne miesięcznie. Składki członkowskie przekazuje się na rachunek właściwej okręgowej izby pielęgniarek i położnych do 15 dnia każdego miesiąca, za miesiąc poprzedni.
3. Zgodnie z § 3 Uchwały KZPiP składka członkowska została ustalona w wysokości 1 % przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w gospodarce narodowej w poprzednim roku kalendarzowym ogłoszonego przez Prezesa GUS w Dzienniku Urzędowym zaokrągloną do pełnego złotego. Podstawę ustalenia wysokości składki stanowi zatem stosowny komunikat Prezesa GUS ogłoszony w Dzienniku Urzędowym „Monitor Polski”. W 2025 roku podstawę ustalenia wysokości składki od dnia 1 kwietnia 2025 r. stanowił komunikat opublikowany w Dzienniku Urzędowym Monitor Polski z dnia 11 lutego 2025 r. (poz. 125).
4. Biorąc pod uwagę, że składki płatne są miesięcznie, począwszy od roku kalendarzowego 2026 należy przyjąć zasadę, zgodnie z którą komunikat Prezesa GUS stanowi podstawę ustalenia wysokości składki począwszy od miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu opublikowania komunikatu w „Monitorze Polskim”. Przykładowo, w przypadku publikacji komunikatu Prezesa GUS w lutym 2026 r., składka w nowej wysokości będzie obowiązywała od marca 2026 r. i będzie płatna do 15 kwietnia 2026 r. Zasada ta będzie miała odpowiednie zastosowanie również w latach kolejnych.

Bartłomiej Achler
advokat**KOMUNIKAT W SPRAWIE UPRAWNIEN DO WYKONYWANIA SZCZEPIEŃ OCHRONNYCH
PRZEZ PIELĘGNIARKI I POŁOŻNE NA PODSTAWIE NOWEGO PROGRAMU KURSU SPECJALISTYCZNEGO
W ZAKRESIE SZCZEPIEŃ OCHRONNYCH DLA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH**

12 lut, 2026 | Aktualności NIPiP

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 szkolenia¹. 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.

¹ 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 regulacje i wytyczne

NOWELIZACJA STANDARDU ORGANIZACYJNEGO OPIEKI OKOŁOPORODOWEJ – NA JAKIE ZMIANY CZEKAMY...



Co w organizacji pracy położnej zmieni Nowelizacja Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej?

prof. dr hab. n. med. i n. o zdr. Grażyna Iwanowicz-Palus
Konsultant krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa
ginekologiczno-położniczego, Zakład Opieki
Specjalistycznej w Położnictwie WNoZ UM w Lublinie

Nowelizacja *Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej* (Dz. U. z 2023 r. poz. 1324 – tekst jednolity) jest odpowiedzią na oczekiwania środowisk reprezentujących kobiety, ekspertów medycyny związanych z opieką okołoporodową oraz zmiany demograficzne – przede wszystkim spadek ogólnej liczby porodów, który ma wpływ na organizację i funkcjonowanie opieki zdrowotnej.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 października 2025 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (Dz. U. z dnia 6 listopada 2025 r. poz. 1525) bazuje na doświadczeniu w realizacji dotychczasowych przepisów, które wytyczyły kierunek zmian zarówno w samym schemacie organizacyjnym opieki okołoporodowej, jak również w świadomości personelu medycznego i pacjentek. Wprowadzanie

zmian w opiece okołoporodowej wymagało przeanalizowania wielu jej aspektów przez Zespół do spraw poprawy bezpieczeństwa zdrowotnego kobiet, utworzony zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2024 r. (Dz. Urz. Ministra Zdrowia z 2024 r. poz. 35 i 48), który koncentruje się na realnej poprawie bezpieczeństwa zdrowotnego kobiet, ze szczególnym uwzględnieniem zdrowia prokreacyjnego oraz opieki okołoporodowej.

Znowelizowany standard uwzględnia wytyczne WHO, osiągnięcia medycyny opartej na dowodach naukowych, aktualnej wiedzy medycznej oraz doświadczeniach w zakresie opieki nad matką i dzieckiem. Postanowienia standardu zostały dostosowane do systemu ochrony zdrowia funkcjonującego w Rzeczypospolitej Polskiej i polskiego prawodawstwa ze szczególnym uwzględnieniem praw pacjenta, o których mowa w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2024 r. poz. 581).

Nowe regulacje prawne określają poszczególne elementy organizacji opieki mającej na celu **zapewnienie dobrostanu matki i dziecka, chroniąc rodzącą i noworodka przed nadmierną medykacją**, zalecając ograniczenie do niezbędnego minimum interwencji medycznych, w szczególności: amniotomię, indukcję porodu, stymulację czynności skurczowej, ciągłe monitorowanie KTG w porodzie fizjologicznym, farmakoterapię, nacięcie krocza, cięcie cesarskie, podanie noworodkowi preparatów do początkowego żywienia niemowląt – z uwzględnieniem zasad bezpieczeństwa zdrowotnego, które oznacza, że opieka opiera się na praktykach, których skuteczność została udowodniona naukowo, co zapewnia zminimalizowanie ryzyka powikłań oraz wsparcie dla fizjologicznego przebiegu porodu.

Katalog interwencji medycznych, które należy ograniczać został rozszerzony o ciągłe monitorowanie KTG w porodzie fizjologicznym. Zgodnie z wytycznymi WHO stały monitoring KTG nie jest zalecany jako metoda oceny dobrostanu płodu w przypadku zdrowych kobiet, u których poród rozpoczął się samoistnie i przebiega bez powikłań.

Doprecyzowaniu uległa definicja ingerencji w przebieg ciąży fizjologicznej, porodu, położenia i laktacji, która może nastąpić wyłącznie z uzasadnionych medycznie wskazań. W tym miejscu należy podkreślić, że leczenie chorób przewlekłych w trakcie ciąży lub pojawiających się innych powikłań ciąży lub konieczność porodu zabiegowego oznaczają, że ciąża, poród, położenie lub laktacja wymagają zastosowania dodatkowych procedur wykraczających poza standard. Każda ingerencja medyczna powinna być odnotowana

w dokumentacji medycznej, wraz z uzasadnieniem wskazującym przyczynę jej zastosowania oraz szczegółowy opis zastosowanych procedur.

Wzięto pod uwagę **udokumentowanie zachowania ciągłości opieki na każdym jej etapie** – podczas porodu, położu z uwzględnieniem przejęcia opieki nad kobietą rodzącą, w położu, noworodkiem również przez indywidualną lub grupową praktykę położnej lub zespół ratownictwa medycznego wraz z dokonaniem wpisu w dokumentacji oraz potwierdzeniem objęcia opieką. W przypadku, gdy przekazanie opieki następuje w czasie porodu w warunkach szpitalnych, położna sprawuje dalszą opiekę pod nadzorem lekarza położnika, który przejmuje odpowiedzialność za prowadzenie porodu patologicznego.

W celu ustalenia osoby odpowiedzialnej np. za ewentualne błędy medyczne wskazano, że w przypadku różnicy w ocenie aktualnej sytuacji między osobą przekazującą i osobą przejmującą opiekę nad kobietą w ciąży lub kobietą rodzącą lub w położu, a także odpowiednio płodem lub noworodkiem fakt ten odnotowuje położna lub lekarz położnik, którzy mają co do tej oceny zastrzeżenia w dokumentacji medycznej.

Osoba sprawująca opiekę w warunkach pozaszpitalnych (położna) zapewnia ciągłość opieki w czasie porodu oraz w położu. W chwili zaistnienia konieczności transportu kobiety rodzącej lub kobiety w położu i noworodka osoba sprawująca opiekę w warunkach pozaszpitalnych wzywa zespół ratownictwa medycznego, transportującego kobietę rodzącą lub kobietę w położu i noworodka do szpitala, który w momencie podjęcia decyzji o przewiezieniu kobiety rodzącej lub kobiety w położu i noworodka przejmuje opiekę nad pacjentką lub noworodkiem i sprawuje ją do chwili przekazania opieki szpitalowi.

Podjęcie decyzji o porodzie w warunkach pozaszpitalnych musi być poprzedzone omówieniem czynników ryzyka przez osobę sprawującą opiekę i ustaleniem sposobu postępowania w przypadku pojawienia się komplikacji – informacje w tym zakresie kobieta w ciąży odnotowuje w planie porodu.

Opieka w okresie ciąży

Zakres świadczeń profilaktycznych i działań w zakresie promocji zdrowia oraz badań diagnostycznych i konsultacji medycznych u kobiet w okresie ciąży został rozszerzony o nowe świadczenia profilaktyczne realizowane w terminie do 10. tygodnia ciąży lub w chwili pierwszego zgłoszenia się do lekarza lub położnej:

- przekazanie informacji o szczepieniach zalecanych w ciąży – aktualnie zaleca się, aby kobiety zaszczepiły się przeciw grypie, krztuścowi, RSV,
- zebranie danych dotyczących zdrowego stylu życia i nawyków żywieniowych, w tym spożywania alkoholu

i innych używek, a w przypadku, gdy kobieta spożywa alkohol lub korzysta z innych substancji psychoaktywnych skierowanie jej do ośrodka udzielającego pomocy w tym zakresie,

- wykonanie badania w kierunku wykrycia HBV (wirusowe zapalenie wątroby typu B), co umożliwi chemioprophylaktykę wertykalnych zakażeń HBV rekomendowaną od 28. tygodnia ciąży,
- oznaczenie stężenia ferrytyny – zgodnie z rekomendacjami PTGiP dotyczącymi diagnostyki leczenia niedoboru żelaza oraz niedokrwistości z niedoboru żelaza.

Skorygowaniu uległ termin wykonania badania stężenia glukozy we krwi po doustnym podaniu 75 g glukozy, które powinno być wykonane w okresie 24.–28. tygodnia ciąży (*obowiązujące przepisy błędnie wskazywały wcześniejszy okres jego wykonania, czyli 21.–26. tydzień ciąży, co było niezgodne ze stanowiskiem Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego*).

Wskazano również wykonanie badania w 21.–26. tygodniu ciąży w kierunku toksoplazmozy (IgG, IgM) u kobiet z ujemnym wynikiem w I trymestrze ciąży – usunięto obowiązek badania w kierunku toksoplazmozy w 33.–37. tygodniu ciąży (*brak wskazań do trzeciego badania w kierunku toksoplazmozy w III trymestrze ciąży, przy prawidłowej edukacji przedporodowej w zakresie czynników ryzyka i dróg zakażenia prowadzonej od momentu stwierdzenia ciąży*).

Włączono profilaktykę wtórną raka piersi przez dodanie zalecenia badania ultrasonograficznego piersi u kobiet w sytuacji klinicznych zmian w piersi lub gdy obciążenie rodzinne lub genetyczne wskazuje na wyższe u niej ryzyko raka piersi.

Został wydłużony z 6 do 12 miesięcy okres, jaki może upłynąć od ostatniego badania cytologicznego przed ciążą, po upływie którego wykonanie badania cytologicznego w ciąży będzie konieczne.

Zrezygnowano z konieczności skierowania na badanie w kierunku różyczki (IgG, IgM), o ile kobieta w ciąży nie chorowała lub nie była szczepiona lub w przypadku braku informacji od kobiety w ciąży o przechorowaniu lub szczepieniu.

Ze świadczeń profilaktycznych wykonywanych przez lekarza lub położną i działań w zakresie promocji zdrowia usunięto obowiązek trzykrotnej konsultacji lekarskiej w przypadku opieki sprawowanej przez położną nad kobietą w ciąży, która musiała się odbyć: do 10. tygodnia ciąży lub w chwili pierwszego zgłoszenia się do osoby sprawującej opiekę, w 21.–26. tygodnia ciąży oraz w 38.–39. tygodnia ciąży. Położne, w oparciu o swoje wykształcenie i praktykę zawodową, samodzielnie prowadzą ciążę fizjologiczną, kierując kobietę na niezbędne badania prenatalne, bez konieczności angażowania lekarza

ginekologa w przypadku braku czynników ryzyka. Brak konieczności kierowania kobiet w ciąży przez położne na obligatoryjne konsultacje lekarskie powinno pozytywnie wpłynąć na decyzje kobiet w ciąży do wybierania położnych do prowadzenia ciąży fizjologicznej.

Wprowadzono rozpoczęcie edukacji przedporodowej do 10. tygodnia ciąży lub w chwili pierwszego zgłoszenia się do osoby sprawującej opiekę. Wzmocnieniu uległ przekaz obowiązkowego skierowania przez lekarza położnika kobiety w ciąży do położnej podstawowej opieki zdrowotnej w celu edukacji przedporodowej – lekarz położnik będzie miał obowiązek kierowania kobiety w ciąży do położnej podstawowej opieki zdrowotnej w chwili jej pierwszego zgłoszenia się oraz w 21.–26. tygodnia ciąży, gdy kobieta nie korzystała jeszcze z opieki położnej.

Wprowadzono obowiązek kierowania na konsultację anestezjologiczną kobiet w ciąży, które decydują się na korzystanie z analgezji regionalnej podczas porodu od 33.–37. tyg. ciąży (lub 38.–39. tyg. ciąży lub niezwłocznie po 40. tyg. ciąży, jeśli nie odbyła się wcześniej), *co pozwoli na przekazanie z wyprzedzeniem niezbędnych informacji dotyczących wszelkich możliwych i dostępnych metod farmakologicznych, w tym analgezji regionalnej, wskazań i przeciwwskazań do ich zastosowania.*

Ponadto należy podkreślić, że kobieta w ciąży fizjologicznej powinna być konsultowana nie rzadziej niż co cztery tygodnie w zależności od zaawansowania ciąży, a w uzasadnionych przypadkach – częściej.

Plan opieki przedporodowej i plan porodu

W planie opieki przedporodowej uwzględnia się możliwość zakwalifikowania kobiety w ciąży do aktualnie obowiązujących programów zdrowotnych, w tym badań prenatalnych i badań echokardiograficznych płodu.

Określone zostały najważniejsze kwestie, które będą musiały zostać uwzględnione w planie porodu, obejmujące elementy postępowania medycznego podczas porodu, a w szczególności oczekiwania kobiety dotyczące:

- miejsca i warunków porodu,
- obecności osoby bliskiej podczas porodu,
- metod łagodzenia bólu porodowego,
- zgody lub braku zgody na wykonywanie różnych zabiegów medycznych,
- wskazania ewentualnych zastrzeżeń co do woli bądź możliwości karmienia piersią,
- kontaktu skóra do skóry, w tym wskazania ojca dziecka lub innej osoby, która będzie realizowała kontakt skóra do skóry z noworodkiem w sytuacji, w której ten kontakt z matką nie może mieć miejsca lub musi być przerwany, inicjacja karmienia piersią w trakcie kontaktu skóra do skóry,
- specjalnych potrzeb i wymagań na przykład wynikających z niepełnosprawności, chorób, konieczności tłumaczenia, wymagań dietetycznych, uwarunkowań kulturowych.

W przypadku opieki nad kobietą, która podjęła decyzję o pozostawieniu dziecka w podmiocie leczniczym i przekazaniu go do pieczy zastępczej, a następnie do adopcji, plan opieki musi uwzględniać taki sposób postępowania, który uwzględni jej decyzję.

Ponadto doprecyzowano konieczność dołączania do indywidualnej zewnętrznej i wewnętrznej dokumentacji medycznej kobiety w ciąży, kobiety rodzącej planu opieki przedporodowej oraz planu porodu – za dołączenie do wewnętrznej i zewnętrznej dokumentacji medycznej planu opieki przedporodowej i planu porodu jest odpowiedzialna osoba sprawująca opiekę.

Identyfikacja czynników ryzyka powikłań okołoporodowych

Rozszerzono katalog czynników ryzyka powikłań okołoporodowych identyfikowanych na podstawie wywiadu przeprowadzonego podczas ciąży oraz przed porodem o:

- konieczność identyfikacji u kobiety w ciąży chorób przewlekłych, ze szczególnym uwzględnieniem wrodzonych wad metabolizmu,
- konieczność identyfikacji chorób onkologicznych, stanu po transplantacji narządów, leczeniu immunosupresyjnym oraz o zakażenie wirusem HBV, kiłą, toksoplazmozą,
- do czynników powikłań dodano rozpoznanie choroby psychicznej, depresji lub prób samobójczych lub zachowań autoagresywnych lub zaburzeń odżywiania lub przemocy seksualnej lub zaburzeń psychicznych związanych z wcześniejszym porodem.

Doprecyzowano uszkodzenia dróg rodnych o stan po uprzednim III i IV stopniu pęknięcia krocza, aby rozgraniczyć uszkodzenia tkanek krocza od pęknięcia I i II, które są wpisane w poród o przebiegu fizjologicznym, od tych które mogą mieć realny wpływ na uraz psychiczny kobiety oraz wpływ na przebieg kolejnego porodu.

Edukacja przedporodowa

W definicji edukacji przedporodowej podkreślono rolę ojca mającego się urodzić dziecka, wskazując go wprost jako adresata edukacji przedporodowej oraz uwzględniono aktywny udział w edukacji przedporodowej ojca mającego się urodzić dziecka lub innej osoby bliskiej wskazanej przez kobietę w ciąży.

Zniesiono granicę 21.–26. tygodnia ciąży jako momentu rozpoczęcia edukacji przedporodowej, która powinna najlepiej rozpocząć się w momencie stwierdzenia ciąży, co może pozytywnie wpłynąć na wypełnianie obowiązku kierowania kobiet w ciąży do położnej podstawowej opieki zdrowotnej w sytuacji, gdy osobą sprawującą nad nią opiekę jest lekarz położnik, bez konieczności czekania na takie skierowanie do 21. tygodnia ciąży.

Uszczegółowiono treści związane w szczególności z początkowym okresem ciąży, z profilaktyką chorób zakaźnych w okresie okołoporodowym (*TORCH – zakażenia w okresie perinatalnym, szczepienia ochronne w okresie okołoporodowym – zalecane, przeciwwskazane, bezpieczeństwo szczepień u kobiet w ciąży i karmiących piersią, szczepienia przed podróżą zagraniczną*), rolę ojca mającego się urodzić dziecka lub innej osoby bliskiej podczas porodu, wyborem miejsca porodu, w tym uwarunkowania, wskazania i przeciwwskazania.

Doprecyzowano treści dotyczące cięcia cesarskiego (*usunięto sformułowanie „korzyści” w odniesieniu do operacji cięcia cesarskiego*), przedstawiając główne wskazania, zagrożenia dla matki i dziecka, powikłania wczesne i późne po cięciu cesarskim. Zwrócono uwagę na badania prenatalne, badania diagnostyczne, konsultacje i świadczenia zdrowotne realizowane w poszczególnych trymestrach ciąży, dolegliwości fizyczne i problemy psychiczne w ciąży i sposoby radzenia sobie z nimi, z uwzględnieniem tych przemawiających za natychmiastowym kontaktem z lekarzem, położną lub psychologiem, opiekę w położu w środowisku domowym, w tym profilaktykę zaburzeń uroginekologicznych. Uwzględniono psychoedukację na temat możliwych dolegliwości psychicznych i sposobów radzenia sobie z nimi z koniecznym wsparciem specjalistów, gdy dolegliwości przemawiają za natychmiastowym kontaktem z lekarzem psychiatrą lub psychologiem.

Postępowanie podczas porodu

Doprecyzowaniu uległa definicja ingerencji w przebieg ciąży fizjologicznej, porodu, położu i laktacji – zgodnie z nowym brzmieniem, każda ingerencja medyczna powinna być odnotowana w dokumentacji medycznej, wraz z uzasadnieniem wskazującym przyczynę jej zastosowania oraz szczegółowy opis zastosowanych procedur.

Podkreślono, że brak sporządzenia planu porodu nie wyklucza kobiety rodzącej z możliwości sprecyzowania swoich oczekiwań związanych z porodem – personel medyczny jest obowiązany do zebrania wywiadu co do preferencji porodowych kobiety rodzącej i odnotowania ich w dokumentacji medycznej.

Rodzącej umożliwiono spożywanie lekkostrawnych posiłków (po konsultacji z osobą sprawującą opiekę) i przyjmowania klarownych płynów w trakcie porodu, także podczas aktywnej fazy porodu.

W sytuacji rozpoznania przez położną w I okresie porodu braku postępu porodu (*gdy nie dochodzi do dalszego rozwierania się szyjki macicy w ciągu czterogodzinnej obserwacji*) do opieki włącza się lekarz położnik. W przypadku stwierdzenia braku postępu II okresu porodu nadzór nad kobietą rodzącą obejmuje lekarz położnik. W zakresie postępowania w III okresie porodu działania osoby sprawującej opiekę rozszerzono (zgodnie z rekomendacją

PTGiP) o wykonanie badania gazometrycznego krwi pępowinowej z tętnicy i żyły pępowinowej, która służy ocenie stanu urodzeniowego noworodka.

W przypadku cięcia cesarskiego zobowiązano osoby sprawujące opiekę do założenia noworodkowi opasek identyfikacyjnych po odpępnieniu i przed opuszczeniem przez noworodka sali operacyjnej cięć cesarskich.

Wzmocniono znaczenie dwugodzinnego nieprzerwanego kontaktu matki z noworodkiem „skóra do skóry”, który nie powinien być przerwany dla ważenia i mierzenia noworodka. Kontakt skóra do skóry należy zapewnić również w sytuacjach porodu zabiegowego, w tym przy cięciu cesarskim, jeżeli stan zdrowia matki i noworodka na to pozwala – w takim przypadku kontakt „skóra do skóry” z matką i pierwsze karmienie piersią powinno odbyć się jak najszybciej, w warunkach sali operacyjnej lub pooperacyjnej.

Łagodzenie bólu porodowego

Wprowadzono zmiany organizacyjne w części dotyczącej łagodzenia bólu porodowego, które powinny przyczynić się do większej dostępności do znieczulenia zewnątrzoponowego, a do najważniejszych z nich należy:

- wprowadzenie obowiązku publikowania przez podmioty lecznicze informacji o dostępnych w podmiocie metodach łagodzenia bólu porodowego na swojej stronie internetowej i regularna jej aktualizacja,
- nałożenie na podmiot leczniczy prowadzący szpital obowiązku zapewnienia dostępu do co najmniej jednej metody farmakologicznego łagodzenia bólu każdej kobiecie rodzącej.

Wskazano, że zastosowanie w łagodzeniu bólu porodowego produktów leczniczych z grupy opioidów wymaga zapewnienia pompy infuzyjnej z możliwością podaży bolusowej przez kobietę rodzącą.

Doprecyzowano uwarunkowania i kryteria monitorowania funkcji życiowych u kobiety rodzącej z zastosowaniem farmakologicznych metod łagodzenia bólu porodowego w sposób sparаметryzowany:

- przed rozpoczęciem analgezji regionalnej jest konieczna w szczególności kontrola: ciśnienia tętniczego krwi mierzonego w przerwie międzyskurczowej (SAP/DAP), czynności serca (HR), częstości oddechów, saturacji krwi obwodowej (SpO2), częstości akcji serca płodu (FHR), stopnia sedacji,
- wskazane pomiary parametrów należy powtarzać nie rzadziej niż co 5 minut od podania dawki produktu leczniczego miejscowo znieczulającego inicjującej analgezję przez co najmniej 30 minut do momentu stabilizacji parametrów kobiety rodzącej i płodu,
- przy każdym kolejnym podaniu dawki produktów leczniczych miejscowo znieczulających w celu przedłużenia analgezji regionalnej u kobiety rodzącej – monitoruje się wskazane wyżej parametry,

- oceny stanu kobiety rodzącej podczas trwania analgezji regionalnej dokonuje lekarz anestezjolog nie rzadziej niż co 90 minut i położna anestezjologiczna lub pielęgniarka anestezjologiczna w czasie rzeczywistym przez ciągły i bezpośredni nadzór.

Zastosowanie farmakologicznych metod łagodzenia bólu porodowego wymaga w czasie stosowania tych metod, nadzoru lekarza położnika i położnej oraz dodatkowego monitorowania kobiety rodzącej, kobiety w porożu oraz płodu obejmującego:

- u kobiety rodzącej i kobiety w porożu ocenę parametrów funkcji życiowych:
 - układu oddechowego, w tym liczby oddechów oraz monitorowanie pulsoksymetrii i poziomu sedacji nie rzadziej niż co 1 godzinę przez co najmniej 6 godzin od ostatniej dawki stosowanego opioidu, z uwzględnieniem rodzaju zastosowanego opioidu i drogi jego podania; w uzasadnionych przypadkach obserwacja trwa przez co najmniej 12 godzin,
 - układu oddechowego w przypadku dożylną podaży opioidów, w tym liczby oddechów, oraz monitorowanie pulsoksymetrii i poziomu sedacji w sposób ciągły, a także bezpośredni nadzór położnej anestezjologicznej nad jedną kobietą rodzącą,
 - układu krążenia, w tym pomiary ciśnienia tętniczego i tętna nie rzadziej niż co 1 godzinę, a w uzasadnionych przypadkach – odpowiednio częściej,
- u płodu – ocenę czynności serca płodu nie rzadziej niż co 15 minut.

Doprecyzowano warunki, które muszą zostać spełnione, aby zagwarantować możliwość wykonania równoległe wielu analgezji rodzącym, zapewniając z jednej strony bezpieczeństwo wszystkim znieczulonym rodzącym oraz gwarantując efektywne wykorzystanie kadry medycznej:

- kobieta rodząca, która zdecyduje się na łagodzenie bólu porodowego z wykorzystaniem produktów leczniczych z grupy opioidów lub analgezję regionalną będzie miała możliwość samodzielnej podaży bolusowej za pomocą pompy infuzyjnej,
- po podaniu produktów leczniczych stosowanych w analgezji regionalnej kobieta rodząca znajduje się pod bezpośrednim nadzorem lekarza anestezjologa przez co najmniej 30 minut,
- podczas porodu z zastosowaniem analgezji regionalnej kobieta rodząca pozostaje pod opieką położnej anestezjologicznej lub pielęgniarki anestezjologicznej, której powierza się dalsze prowadzenie analgezji regionalnej u kobiety rodzącej,
- wprowadzono rozwiązania zwiększające udział położnych anestezjologicznych w opiece nad rodzącą w warunkach analgezji regionalnej – położna anestezjologiczna sprawuje opiekę nad jedną kobietą rodzącą w warunkach analgezji regionalnej,

- poród z zastosowaniem analgezji regionalnej jest nadzorowany przez lekarza położnika,
- za prowadzenie porodu, w którym w celu złagodzenia bólu porodowego są stosowane środki farmakologiczne, w tym analgezja regionalna, jest odpowiedzialny lekarz położnik,
- w przygotowaniu, wykonaniu i prowadzeniu analgezji regionalnej z lekarzem anestezjologiem współpracują położna anestezjologiczna lub pielęgniarka anestezjologiczna,
- za realizację procedury analgezji regionalnej są odpowiedzialni lekarz anestezjolog oraz położna anestezjologiczna lub pielęgniarka anestezjologiczna prowadząca analgezję regionalną po przejęciu opieki nad pacjentką,
- lekarz anestezjolog nie może w tym samym czasie udzielać innych świadczeń zdrowotnych, chyba że te świadczenia są udzielane w trybie natychmiastowym na rzecz innych kobiet rodzących i są wykonywane na bloku operacyjnym, który znajduje się w obrębie bloku porodowego, na którym są udzielane świadczenia zdrowotne w zakresie analgezji regionalnej u kobiet rodzących.

Standardowa opieka laktacyjna

Zebrano i uporządkowano w jednej części standardu (standardowa opieka laktacyjna) kwestie związane z karmieniem piersią i żywieniem noworodka, które uwzględniają:

- zarówno promocję i przygotowanie do karmienia piersią kobiet w okresie ciąży,
- opiekę laktacyjną na każdym jej etapie – podczas porodu, na oddziale położniczym, nad kobietą w porożu i jej dzieckiem w miejscu zamieszkania albo pobytu,
- opiekę laktacyjną – zgodnie z indywidualną sytuacją
 - u kobiety w sytuacjach szczególnych: poronienia, urodzenia dziecka martwego, niezdolnego do życia, zgonu noworodka,
- informowanie o metodach hamowania laktacji zgodnie z aktualną wiedzą na temat laktacji, doborze akcesoriów do karmienia i preparatów do początkowego żywienia niemowląt,
- rolę **edukatora ds. laktacji** we wspieraniu położnej w sprawowaniu opieki laktacyjnej w oddziale położniczym.

W przypadku wystąpienia problemów laktacyjnych, które wykraczają poza zakres kompetencji położnej, standard zobowiązuje ją do poinformowania kobiety w okresie laktacji o konieczności skontaktowania się z lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej lub położnikiem, neonatologiem, z jednoczesnym przekazaniem informacji dla lekarza o ocenie sytuacji oraz kontaktu do siebie.

Nowe przepisy standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej:

- w jeszcze większym zakresie akcentują brak zgody na podawanie noworodkowi preparatu do początkowego żywienia niemowląt bez zgody matki (wyjątkiem od tej sytuacji jest stan **zdrowia matki uniemożliwiający podjęcie jej decyzji i brak możliwości kontaktu z ojcem dziecka**),
- rozszerzają również katalog pacjentów uprawnionych do korzystania z mleka z banku mleka kobiecego, precyzując, że taki dostęp powinien być zapewniony każdemu noworodkowi, który nie ma dostępu do mleka biologicznej matki, w szczególności noworodkowi przedwcześnie urodzonemu, w tym o znacznej niedojrzałości.

W sytuacji, w której matka podjęła decyzję o pozostawieniu dziecka w szpitalu i przekazaniu go do pieczy zastępczej, szpital ma uzyskać od matki decyzję co do sposobu żywienia dziecka, co pozwoli na zapewnienie mu dostępu do żywienia mlekiem z banku mleka kobiecego.

Ochrona przed przemocą domową

Z uwagi na potrzebę szczególnej ochrony dzieci i ich matek przed przemocą domową, w dokumencie został zawarty obowiązek dla osób sprawujących opiekę, które w przypadku podejrzenia wystąpienia przemocy są zobowiązane do wszczęcia procedury „Niebieskie Karty”, o której mowa w przepisach ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy domowej (Dz. U. z 2024 r. poz. 1673)

- w przypadku podejrzenia wystąpienia przemocy domowej
 - zgłoszenie przez wszczęcie procedury „Niebieskie Karty”,
 - a w przypadku podejrzenia popełnienia przestępstwa – powiadomienie Policji lub prokuratury, natomiast w przypadku podejrzenia zagrożenia dobra dziecka złożenie wniosku o wgląd w sytuację dziecka do właściwego ze względu na miejsce zamieszkania dziecka sądu rodzinnopiekuńczego,
- wypełnienie formularza „Niebieska Karta” w przypadku powzięcia w toku prowadzonych czynności zawodowych podejrzenia stosowania przemocy wobec osób doznających przemocy domowej lub w wyniku zgłoszenia dokonanego przez świadka przemocy domowej jest obowiązkiem wszystkich osób sprawujących opiekę nad kobietą w ciąży, w czasie porodu, w położu,
- zobowiązanie do wszczęcia procedury „Niebieskie Karty” przepisy standardu akcentują kilkakrotnie – w kontekście zadań osoby sprawującej opiekę, podczas opieki w oddziale położniczym i w odniesieniu do obserwacji przez położną podstawowej opieki zdrowotnej relacji w rodzinie i wydolności opiekuńczej rodziny.

Połów – opieka w środowisku domowym

Ze względu na brak możliwości zrealizowania wizyty położnej podstawowej opieki zdrowotnej w miejscu pobytu kobiety w położu i noworodka do 48h, jeżeli kobieta wychodzi do domu bezpośrednio przed dniami wolnymi od pracy, w przepisach doprecyzowano, że pierwsza wizyta odbywa się nie później niż w ciągu 48 godzin (*z wyjątkiem sobót, niedziel*

i dni ustawowo wolnych od pracy) od otrzymania przez położną zgłoszenia urodzenia dziecka lub wypisu matki po urodzeniu,

- w przypadku braku kontaktu z matką, położna została zobowiązana do oceny ryzyka zaniedbania lub niewydolności opiekuńczej i w przypadku zaistnienia takiego ryzyka do poinformowania jednostek organizacyjnych pomocy społecznej właściwych ze względu na miejsce zamieszkania albo miejsce pobytu matki i noworodka o przypadku podejrzenia zachowań mogących zagrażać bezpieczeństwu dziecka i matki,
- położna została zobowiązana również do obserwacji relacji w rodzinie i wydolności opiekuńczej rodziny – w przypadku podejrzenia przemocy wszczyna procedurę „Niebieskie Karty” oraz w razie potrzeby podejmuje działania przeciwdziałające bezpośredniemu zagrożeniu ze strony członka rodziny.

Doprecyzowano termin oceny stanu psychicznego kobiety w położu, aby odbyła się w momencie zwiększonego ryzyka jej wystąpienia (*w czwartym tygodniu od urodzenia dziecka*), nie zaś od razu na pierwszej wizycie położnej – wcześniejszą ocenę stanu psychicznego kobiety w położu wykonuje się, jeśli są przesłanki zaburzeń psychicznych.

Zobowiązano położną podstawowej opieki zdrowotnej do poinformowania kobiety o potrzebie odbycia wizyty u lekarza dentyisty w czasie położu.

Zwrócono uwagę na udzielanie porad w zakresie profilaktyki zaburzeń dna miednicy oraz w zakresie rozwiązywania problemów nietrzymania moczu, gazów i stolca – w przypadku wystąpienia problemów, które wykraczają poza zakres kompetencji, położna informuje o możliwości skorzystania ze świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej na podstawie skierowania – pozwoli to na skorzystanie przez kobietę z porady fizjoterapeuty.

Zapewniono profesjonalną opiekę położnej w miejscu zamieszkania lub pobytu każdej kobiecie w okresie położu, która wyrazi taką wolę, również w sytuacji, gdy jej dziecko jest długotrwale hospitalizowane po urodzeniu, dziecko urodziło się martwe lub zmarło po urodzeniu.

Wprowadzono zmiany umożliwiające odbywanie się wizyt patronażowych położnej podstawowej opieki zdrowotnej u dzieci urodzonych przedwcześnie lub długotrwale hospitalizowanych:

- jeżeli dziecko opuści szpital w terminie późniejszym niż termin objęcia matki opieką, położna podstawowej opieki zdrowotnej odbywa nie mniej niż dwie wizyty po powrocie dziecka do miejsca zamieszkania lub pobytu,
- jeżeli dziecko opuści szpital bez matki, położna podstawowej opieki zdrowotnej odbywa nie mniej niż cztery wizyty w miejscu jego zamieszkania lub pobytu.

W standardzie celowo zrezygnowano z ograniczenia wieku dziecka, do którego położna może realizować wizyty patronażowe, precyzując jedynie potrzebę indywidualnego planu opieki, dostosowanego do ich wieku i stanu zdrowia.

Rozszerzono możliwość skorzystania przez kobiety w sytuacji szczególnej, z ciągłej profesjonalnej opieki położnej w miejscu zamieszkania albo pobytu, wskazano podstawowe elementy opieki położnej, pozostawiając dostosować częstotliwość i liczbę wizyt odpowiednio do stanu zdrowia kobiety i jej potrzeb.

Opieka nad kobietą w sytuacjach szczególnych

Wprowadzono bezwzględny zakaz umieszczania kobiet w sytuacjach szczególnych (*poronienie, urodzenie dziecka martwego, niezdolnego do życia lub obciążonego wadami letalnymi, urodzenie chorego dziecka lub dziecka z wadami wrodzonymi*), w salach szpitalnych razem z kobietami w okresie ciąży bądź kobietami w porożu, których ciąża zakończyła się urodzeniem zdrowego dziecka.

Kobiet, które podjęły decyzję o pozostawieniu dziecka w podmiocie leczniczym, nie umieszcza się w sali razem z kobietami w ciąży bądź w porożu, których ciąża zakończyła się urodzeniem zdrowego dziecka.

Podmioty lecznicze na życzenie kobiety powinny wydać odpowiednio zabezpieczony materiał z poronienia w celu przeprowadzenia badań genetycznych.

Wprowadzono obowiązek wystawienia skierowania do świadczenia perinatalnej opieki paliatywnej w przypadku zdiagnozowania ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia albo nieuleczalnej choroby, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu.

Rozszerzono możliwość skorzystania przez kobiety w sytuacji szczególnej z profesjonalnej opieki położnej w miejscu zamieszkania albo pobytu:

- zapewniono profesjonalną opiekę położnej w miejscu zamieszkania lub pobytu każdej kobiecie w okresie porożu, która wyrazi taką wolę, również w sytuacji, gdy jej dziecko jest długotrwale hospitalizowane po urodzeniu, dziecko urodziło się martwe lub zmarło po urodzeniu,
- wprowadzono zmiany umożliwiające odbywanie się wizyt patronażowych położnej podstawowej opieki zdrowotnej u dzieci urodzonych przedwcześnie lub długotrwale hospitalizowanych,
- podmiot wykonujący działalność leczniczą i sprawujący opiekę nad kobietą będącą w sytuacji szczególnej ma obowiązek przekazania do dnia jej wypisu zgłoszenie położnej podstawowej opieki zdrowotnej lub podmiotowi wykonującemu działalność leczniczą w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej,
- wskazano podstawowe elementy opieki położnej w miejscu zamieszkania albo pobytu, nie precyzując częstotliwości i liczby wizyt, pozwalając na ich odpowiednie dostosowanie do stanu zdrowia kobiety.

Kobiecie będącej w sytuacjach szczególnych zapewnia się profesjonalną opiekę położnej podstawowej opieki zdrowotnej w miejscu zamieszkania albo pobytu polegającą w szczególności na:

- opiece i zapewnieniu wsparcia z częstotliwością odpowiednią do stanu zdrowia kobiety w ciąży z rozpoznaniem ciężkiej choroby lub wady u dziecka,
- opiece położnej w związku z przebiegiem porożu lub cofaniem się zmian fizjologicznych po poronieniu,
- kontynuacji opieki związanej z hamowaniem laktacji,
- ocenie czynników ryzyka depresji,
- wskazaniu konieczności opieki lekarskiej odpowiednio do stanu zdrowia.

Zapewnienie dostępności opieki osobom ze szczególnymi potrzebami

Zwrócono uwagę na potrzeby osób ze szczególnymi potrzebami w opiece okołoporodowej i konieczność zapewnienia im właściwej dostępności do świadczeń zdrowotnych:

- dołożenie wszelkich starań, aby zagwarantować pacjentkom dostępność architektoniczną, cyfrową, informacyjno-komunikacyjną i w miarę możliwości sprzęt niezbędny do realizacji świadczeń dostosowany do osób ze szczególnymi potrzebami,
- zamieszczenie informacji na temat ułatwień, ale i barier dla osób z niepełnosprawnością, jest kluczowe, aby pacjentki mogły przygotować się do wizyty oraz – jeśli jest taka możliwość – wybrać placówkę, w której ją odbędą.

Osoby wykonujące zawód medyczny powinny zostać odpowiednio przeszkolone z zakresu wsparcia kobiet z niepełnosprawnościami i dostępności usług położniczych, ginekologicznych i neonatologicznych.

Podsumowanie

Znowelizowany standard organizacyjny opieki okołoporodowej:

- ma wpływ na ujednoczenie organizacji i zakresu opieki zdrowotnej sprawowanej nad kobietami w ciąży, kobietami rodzącymi, w porożu oraz nad noworodkiem we wszystkich podmiotach wykonujących działalność leczniczą,
- zapewnia jednolity sposób postępowania personelu medycznego wobec kobiety w okresie okołoporodowym i jej dziecka, bez względu na miejsce zamieszkania kobiety i realizowaną opiekę,
- stawia kobietę w okresie okołoporodowym i jej dziecko w centrum zainteresowania personelu medycznego sprawującego nad nimi opiekę zapewniając podmiotowe traktowanie, współpracę i respektowanie praw pacjenta,
- zwraca uwagę na potrzebę szczególnej ochrony dzieci i ich matek przed przemocą domową,

- podkreśla konieczność szanowania przez osoby sprawujące opiekę autonomii kobiet i uznawania ich praw do podejmowania decyzji zarówno co do edukacji przedporodowej, obecności osoby bliskiej podczas porodu, sposobu żywienia dziecka, kontaktu z noworodkiem „skóra do skóry”,
- wyposaża kobietę i osobę jej bliską (jeżeli taką wskaże) w wiedzę i możliwość odniesienia, porównania, czy zastosowane wobec niej działania były właściwe.

Znowelizowane rozporządzenie wejdzie w życie po upływie 6 miesięcy od dnia jego opublikowania, tj. od 07 maja 2026 r., co pozwoli na zapoznanie się z nim, odpowiednie wdrożenie i dokonanie niezbędnych zmian organizacji pracy w podmiotach wykonujących działalność leczniczą udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki okołoporodowej. Wskazane przepisy należy stosować od dnia wejścia w życie rozporządzenia bez względu na to, czy opieka nad kobietami w okresie okołoporodowym i noworodkami dopiero się rozpoczęła, czy jest kontynuowana.

Nowe przepisy będą miały również wpływ na organizację opieki położnej podstawowej opieki zdrowotnej

w miejscu zamieszkania albo pobytu dzieci urodzonych przedwcześnie lub długotrwale hospitalizowanych, podnoszą rangę zawodu położnej, wskazując właściwe jej miejsce w opiece nad fizjologicznie przebiegającą ciążą, porodem, położeniem i opieką nad zdrowym noworodkiem oraz umożliwiają wykorzystanie w szerszym zakresie kompetencji zawodowych położnych.

Piśmiennictwo

- Dostęp: <https://legislacja.rcl.gov.plprojekt/12392662/katalog/13101808#13101808>
- Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (Dz.U. z 2023r. poz. 1324 – tekst jednolity)
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 października 2025 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (Dz.U. z 2025 r. poz. 1525).
- Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2024 r. w sprawie powołania Zespołu do spraw poprawy bezpieczeństwa zdrowotnego kobiet (Dz. Urz. Ministra Zdrowia z 2024r. poz. 35 i 48).

NOWY STANDARD OPIEKI OKOŁOPORODOWEJ – CO ZMIENIA SIĘ W 2026 r. I JAK WPŁYNIE NA NASZĄ PRACĘ?

Rok 2026 przynosi ważne zmiany w organizacji opieki okołoporodowej w Polsce. Od 7 maja 2026 r. zacznie obowiązywać nowelizacja standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej, która została opracowana w odpowiedzi na oczekiwania pacjentek, środowisk medycznych i ekspertów oraz z inspiracji międzynarodowych wytycznych. Jej celem jest wzmocnienie bezpieczeństwa, komfortu i podmiotowości kobiety w okresie ciąży, porodu i położu.

1) Dostęp do łagodzenia bólu porodowego i znieczulenia

Jedną z najistotniejszych zmian jest rozszerzenie gwarancji dostępu do znieczulenia zewnątrzoponowego i innych metod łagodzenia bólu podczas porodu. Każda rodząca będzie miała zapewniony dostęp do co najmniej jednej metody farmakologicznego łagodzenia bólu, a szpitale będą zobowiązane publikować informacje o dostępnych metodach na swoich stronach internetowych.

Dla położnej w praktyce oznacza to nie tylko większe wsparcie w realizacji planu porodu zgodnego z potrzebami kobiety, ale również konieczność współpracy z zespołem anestezjologicznym w ramach edukacji pacjentek i planowania opieki okołoporodowej.

2) Kontakt „skóra do skóry” i wsparcie karmienia piersią

Nowe standardy jednoznacznie przewidują zapewnienie kontaktu „skóra do skóry” również w sytuacjach porodów zabiegowych – w tym przy cięciu cesarskim, jeżeli stan zdrowia na to pozwala. Kontakt ten powinien być organizowany bezpośrednio po porodzie, także na sali operacyjnej lub pooperacyjnej.

Takie podejście potwierdza znaczenie roli położnej w pierwszych godzinach życia dziecka – zarówno w zakresie wsparcia przy kontaktach wczesnych, jak i edukacji i asysty przy karmieniu piersią.

3) Wzmocnienie roli położnej i ograniczenie niepotrzebnej medykacji

Nowy standard kładzie nacisk na rozszerzenie roli położnej jako samodzielnej profesjonalistki w prowadzeniu ciąży fizjologicznej, porodu bez powikłań oraz opiece poporodowej. Ma to prowadzić do bardziej zindywidualizowanej, holistycznej opieki i ograniczenia rutynowych interwencji medycznych bez wskazań.

Dla położnych oznacza to większą autonomię w podejmowaniu decyzji, większe zaufanie zespołu medycznego, ale też odpowiedzialność za jakość i dokumentację podejmowanych działań.

4) Opieka nad kobietami w sytuacjach szczególnych

Nowy standard uwzględnia również potrzeby kobiet w sytuacjach szczególnych, m.in. po poronieniach, w przypadku urodzeń perinatalnych lub ciężkich wad letalnych. Standard przewiduje poprawę opieki w tych obszarach oraz organizację szczególnych warunków – co ma zmniejszyć ryzyko traumatycznych doświadczeń.

5) Zmiany organizacyjne i „pokoje narodzin”

W odpowiedzi na problemy związane z zamykaniem oddziałów położniczych, nowe przepisy umożliwiają tworzenie „pokojów narodzin” w szpitalach bez pełnej porodówki – jako miejsca zabezpieczenia w nagłych sytuacjach, z całodobowym dyżurem położnej i możliwością szybkiego transportu, jeśli zajdzie taka potrzeba.

To rozwiązanie wskazuje na konieczność odpowiedniego przygotowania położnych do pracy w bardziej samodzielnych warunkach, z zachowaniem ścisłych procedur bezpieczeństwa i komunikacji z zespołem ratunkowym.

Co to oznacza dla położnych w praktyce?

- Rozszerzenie kompetencji i autonomii – większa rola w opiece fizjologicznej, planowaniu porodu i edukacji pacjentek.
- Większe ugruntowanie pozycji w zespole – standard stawia położne w centrum opieki okołoporodowej, szczególnie w prowadzeniu ciąży i porodu bez komplikacji.
- Koncentracja na relacji i wsparciu psychologicznym – kontakt „skóra do skóry”, edukacja laktacyjna, partnerstwo z lekarzem w podejmowaniu decyzji.
- Nowe wyzwania organizacyjne – konieczność dostosowania procedur, dokumentacji i rutyn pracy w oddziałach oraz w „pokojach narodzin”.

Nowy standard to nie tylko regulacja prawna – to realna szansa na podniesienie jakości opieki okołoporodowej w Polsce, w której położna odgrywa rolę kluczową – zarówno jako ekspertka medyczna, jak i partnerka w doświadczeniu narodzin.

Opracowała: Paulina Nowak



Rzecznik Praw Pacjenta w partnerstwie z Alzheimer Polska realizuje projekt pt.
„Helpline - uruchomienie i utrzymanie bezpłatnej infolinii dla osób chorych na chorobę Alzheimera lub
inne zaburzenia otępienne oraz ich rodzin i opiekunów”.

Projekt jest współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego PLUS 2021- 2027 w ramach
programu Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego 2021-2027.



INFOLINIA

dla osób chorych
na chorobę Alzheimera lub inne zaburzenia otępienne
oraz ich rodzin i opiekunów

- ✓ Szukasz informacji o dostępnych formach i miejscach wsparcia?
- ✓ Zmagasz się z trudnymi emocjami po otrzymaniu diagnozy?
- ✓ Potrzebujesz porady prawnej?

Pod bezpłatną infolinią „Helpline” nasi doświadczeni eksperci wysłuchają, doradzą i pomogą znaleźć odpowiednie rozwiązanie. Uzyskasz informacje o dostępnych formach wsparcia, skorzystasz z pomocy psychologicznej, otrzymasz poradę prawną lub wskazówki od terapeuty zajęciowego.

800 201 801



Pon- pt. 10.00-21.00
Sob. 10.00-16.00



www.alzheimer.rpp.gov.pl



alzheimer@rpp.gov.pl

MYCIE I DEZYNFEKCJA RĄK – PODSTAWOWY SPOSÓB ZAPOBIEGANIA ZAKAŻENIOM



Dotychczas za najskuteczniejszą z metod zapobiegania zakażeniom uznano mycie i dezynfekcję rąk. Walory tej czynności odkrył i wykazał już w 1847 roku węgierski lekarz Ignaz Semmelweis żyjący w latach 1818-1865.

Zgodnie z wytycznymi WHO (Światowej Organizacji Zdrowia) higiena rąk jest podstawowym środkiem zapobiegania infekcjom związanym z przenoszeniem chorobotwórczych mikroorganizmów. Nieprzestrzeganie właściwej higieny rąk uważa się za główną przyczynę zakażeń związanych z opieką zdrowotną i rozprzestrzeniania szczepów wieloantybiotykoopornych i uznawane za czynnik sprzyjający występowaniu ognisk zakażeń.

Istnieją trzy sposoby zmniejszania ryzyka przeniesienia zakażenia za pośrednictwem rąk:

- mycie rąk wodą i mydłem,
- dezynfekcja rąk,
- ubieranie rękawiczek jednorazowych.

WSKAZANIA do mycia rąk - wg WHO:

- widoczne zabrudzenie rąk lub ich poplamienie krwią czy innymi płynami ustrojowymi,
- po skorzystaniu z toalety,
- w przypadku podejrzenia lub potwierdzenia ekspozycji na organizmy przetrwalnikujące, m.in. bakterie *Clostridioides difficile*.

Procedura mycia rąk przy użyciu mydła i wody powinna trwać 40-60 sekund.

WSKAZANIA do dezynfekcji rąk - wg WHO:

- przed i po kontakcie z pacjentem,
- przed obsługą inwazyjnych urządzeń w opiece nad chorym bez względu czy rękawiczki ochronne są używane czy nie,
- po kontakcie z płynami ustrojowymi, wydzielinami, błoną śluzową, naruszoną powłoką skórną lub opatrunkami,
- przechodząc od zakażonej części ciała do innej części ciała chorego,

- po kontakcie z powierzchniami i obiektami nieożywionymi, w tym urządzeniami medycznymi, znajdującymi się w bezpośrednim otoczeniu pacjenta,
- po zdjęciu sterylnych lub niesterylnych rękawiczek.

Procedura higieny rąk przy użyciu preparatu na bazie alkoholu powinna trwać 20-30 sekund.

WHO dopuszcza jedną lub drugą w/w metodę w sytuacji

- przed przygotowaniem i podaniem leków lub żywności należy przeprowadzić odkażanie rąk używając preparatu odkażającego na bazie alkoholu lub umyć ręce mydłem i wodą.

WSKAZANIA do stosowania rękawiczek oraz zasady ich wykorzystania - wg WHO:

- możliwość kontaktu z krwią lub innym potencjalnie zakaźnym materiałem, błoną śluzową lub naruszoną powłoką skóry,
- należy pamiętać, że rękawice nie zastępują higieny rąk prowadzonej w oparciu o preparaty wcierane w ręce,
- po zakończeniu czynności należy niezwłocznie zdjąć rękawice,
- do zabiegów przy jednym pacjencie należy użyć jednej pary rękawic z zastrzeżeniem, że należy je zmienić lub zdjąć, jeżeli podczas wykonywania opieki nad pacjentem przechodzi się od zakażonych powierzchni ciała do innych części ciała pacjenta, w tym naruszonej powierzchni skóry, błon śluzowych lub przedmiotów w jego otoczeniu,
- niedopuszczalne jest używanie tych samych rękawic do czynności przy kolejnym pacjencie!

Ponadto należy pamiętać, że przy bezpośrednim kontakcie z pacjentem obowiązuje:

Zasada „nic poniżej łokcia” (ang. "nothing below the elbow").

W kontekście WHO i higieny szpitalnej oznacza, że personel medyczny w obszarze kontaktu z pacjentem nie może nosić zegarków, bransoletek, biżuterii, długich rękawów i mieć pomalowanych oraz długich paznokci. Wszystko w/w należy usunąć przed rozpoczęciem pracy, by umożliwić prawidłową i skuteczną dezynfekcję rąk i przedramion, zapobiegając tym samym rozprzestrzenianiu zakażeń krzyżowych.

Reasumując zagadnienie higieny rąk - zamieszczono PIRAMIDĘ, która pomoże podejmować decyzję, kiedy należy nosić lub nie – rękawiczki jednorazowe.

*Opracowała: Barbara Szczepaniak-Spyra,
Przewodnicząca Komisji ds. pielęgniarstwa
epidemiologicznego.*

PRAWIDŁOWE ZASTOSOWANIE RĘKAWIC OCHRONNYCH ZGODNIE Z ZALECENIAMI WHO



Piramida pomagająca podejmować decyzje kiedy należy nosić (lub nie) rękawiczki.

Źródło: Przetłumaczone za zgodą wydawcy: Hand Hygiene Why How and When Brochure. Geneva, World Health Organization, 2010 (Figure on page6)

http://www.who.int/gpsc/5may/Hand_Hygiene_Why_How_and_When_Brochure.pdf, accessed 16 September 2013.

JAK PRACOWAĆ Z NEUROATYPOWYM PACJENTEM W POZ



Współczesna podstawowa opieka zdrowotna staje się miejscem, w którym spotykają się różnorodne potrzeby, doświadczenia i sposoby funkcjonowania pacjentów. Wśród nich coraz częściej pojawiają się osoby neuroatypowe — pacjenci, których mózgi pracują w sposób odmienny od statystycznej normy. Nie jest to jednak zjawisko nowe. Neuroatypowość istniała zawsze, lecz dopiero w ostatnich latach zyskała należną jej widoczność. Zmieniające się podejście diagnostyczne, większa świadomość społeczna i rosnąca liczba dorosłych zgłaszających się po diagnozę sprawiają, że w gabinetach POZ pojawia się coraz więcej osób z ADHD, autyzmem, zaburzeniami przetwarzania sensorycznego, dyspraksją, tikami czy specyficznymi stylami komunikacji.

Dla zespołów medycznych to nie tylko wyzwanie, ale i szansa — szansa na stworzenie opieki bardziej inkluzywnej, skuteczniejszej i opartej na realnym zrozumieniu pacjenta.

Neuroatypowość - nie „trudny pacjent”, lecz inny sposób funkcjonowania

Jednym z najważniejszych kroków jest zmiana perspektywy. Neuroatypowość nie jest zaburzeniem zachowania ani brakiem dobrej woli. To odmienny sposób działania układu nerwowego, który wpływa na odbiór bodźców, regulację emocji, komunikację, organizację działań i reakcje na stres.

Pacjent neuroatypowy może inaczej reagować na światło, dźwięk, dotyk czy zapachy. Może mieć trudność z utrzymaniem kontaktu wzrokowego, ale jednocześnie świetnie analizować szczegóły. Może mówić szybko i chaotycznie albo przeciwnie - potrzebować dłuższej chwili na odpowiedź. Może mieć wysoki próg bólu albo reagować na najmniejszy dyskomfort.

Te różnice nie są oznaką braku współpracy. Są naturalną częścią neuroatypowego funkcjonowania. Zrozumienie tego pozwala uniknąć nieporozumień i budować relację opartą na szacunku.

Przestrzeń gabinetu - małe zmiany, duży efekt

W POZ nie zawsze mamy wpływ na architekturę budynku, ale mamy wpływ na atmosferę, jaką tworzymy. Dla pacjenta neuroatypowego poczekalnia pełna bodźców może być źródłem ogromnego stresu. Hałas, rozmowy, zapachy, migające ekrany - to wszystko może prowadzić do przeciążenia sensorycznego.

Warto więc zadbać o drobne elementy: zamknięte drzwi gabinetu, przygaszone światło, ograniczenie niepotrzebnych dźwięków. Czasem wystarczy zaproponować pacjentowi, by poczekał w spokojniejszym miejscu lub poinformować go SMS-em, że zbliża się jego kolej.

Przewidywalność również odgrywa ogromną rolę. Pacjent, który wie, jak będzie przebiegała wizyta, czuje się bezpieczniej. Wystarczy krótka informacja: „Najpierw porozmawiamy, potem wykonam badanie, a na końcu ustalimy plan leczenia”. Taki komunikat porządkuje sytuację i zmniejsza napięcie.

Komunikacja - jasna, konkretna, dostosowana

W pracy z neuroatypowym pacjentem komunikacja staje się narzędziem terapeutycznym. Wiele osób z ADHD czy autyzmem lepiej funkcjonuje, gdy przekaz jest prosty, jednoznaczny i pozbawiony metafor. Niedopowiedzenia, ironia czy skróty myślowe mogą prowadzić do nieporozumień.

Warto mówić w sposób uporządkowany, sygnalizując strukturę wypowiedzi. Niektórzy pacjenci potrzebują więcej czasu na odpowiedź - nie dlatego, że nie rozumieją, lecz dlatego, że ich mózg przetwarza informacje inaczej. Cisza w rozmowie nie jest oznaką braku współpracy. Jest przestrzenią na myślenie.

Ważne jest również pytanie o preferencje. „Czy wolisz, żebym mówiła wolniej?”, „Czy mogę podejść bliżej?”, „Czy wolisz, żebym najpierw wyjaśniła, a potem zbadala?” - takie pytania wzmacniają poczucie kontroli i budują partnerską relację.

Badanie fizykalne - krok po kroku

Dla wielu neuroatypowych pacjentów badanie fizykalne może być trudnym doświadczeniem. Dotyk, ucisk, zmiana pozycji ciała - to wszystko może wywoływać dyskomfort lub lęk. Dlatego kluczowe jest uprzedzenie o każdym kroku.

Wyjaśnienie, co dokładnie się wydarzy, ile to potrwa i jak może się czuć pacjent, pozwala mu przygotować się sensorycznie i emocjonalnie. Czasem konieczne jest wolniejsze tempo, czasem krótka przerwa, a czasem zmiana sposobu wykonania badania.

Jeśli pacjent nie toleruje określonej procedury, warto poszukać alternatywy. W POZ mamy możliwość rozłożenia diagnostyki na kilka wizyt, zaplanowania badań w dogodniejszym czasie lub skorzystania z innych metod oceny stanu zdrowia. Elastyczność nie jest ustępstwem - jest elementem profesjonalnej opieki.

Zalecenia i plan leczenia - jasność przede wszystkim

Po wizycie wielu neuroatypowych pacjentów korzysta z pisemnych zaleceń. Najlepiej sprawdzają się krótkie, jednoznaczne instrukcje, uporządkowane w logiczny sposób. Konkretny godziny, proste komunikaty i wyraźny plan działania pomagają uniknąć nieporozumień.

Technologia może być tu ogromnym wsparciem. Aplikacje przypominające o lekach, kalendarze wizyt, SMS-y z terminami - to narzędzia, które realnie poprawiają przestrzeganie zaleceń.

Warto też pamiętać, że niektórzy pacjenci potrzebują planu krok po kroku: co dziś, co za tydzień, co za miesiąc. Taka struktura daje poczucie bezpieczeństwa i przewidywalności.

Relacja terapeutyczna - fundament skutecznej opieki

Wielu neuroatypowych pacjentów ma za sobą trudne doświadczenia w systemie ochrony zdrowia. Byli oceniani, niezrozumiani, pospieszani, a czasem wręcz ignorowani. Dlatego tak ważne jest podejście oparte na akceptacji i szacunku.

Zamiast oceniać zachowanie, warto skupić się na potrzebach. Zamiast zakładać brak współpracy, lepiej zapytać, co mogłoby ją ułatwić. Neuroatypowy pacjent często doskonale zna swoje ciało i swoje reakcje - wystarczy dać mu przestrzeń, by mógł o nich opowiedzieć.

Zaufanie buduje się powoli, ale procentuje w każdej kolejnej wizycie. Pacjent, który czuje się bezpiecznie, chętniej wraca, lepiej współpracuje i szybciej zgłasza niepokojące objawy.

Dlaczego warto?

Praca z neuroatypowym pacjentem nie wymaga specjalistycznego sprzętu ani długich szkoleń. Wymaga uważności, empatii i gotowości do dostosowania się do różnorodności ludzkiego funkcjonowania.

Dobrze poprowadzona wizyta skraca czas diagnostyki, zmniejsza liczbę nieporozumień, poprawia przestrzeganie zaleceń i buduje pozytywny wizerunek POZ jako miejsca bezpiecznego i przyjaznego.

To inwestycja, która zwraca się wielokrotnie - zarówno dla pacjenta, jak i dla zespołu medycznego.

Opracowała: Karolina Kwiatek

ROLA PIELĘGNIARKI W ODDZIALE CHIRURGII



Pielęgniarka w oddziale chirurgii odgrywa kluczową rolę w procesie leczenia pacjenta przed i po zabiegu operacyjnym. Jej zadania obejmują zarówno opiekę bezpośrednią nad chorym, jak i ścisłą współpracę z zespołem medycznym.

Do podstawowych obowiązków pielęgniarki chirurgicznej należy przygotowanie pacjenta do operacji, monitorowanie

jego stanu zdrowia oraz zapewnienie bezpieczeństwa po zabiegu. Pielęgniarka obserwuje parametry życiowe, kontroluje ból, dba o rany pooperacyjne i zapobiega powikłaniom, takim jak zakażenia czy krwawienia.

Istotnym elementem pracy pielęgniarki jest także wsparcie psychiczne pacjenta. Kontakt z osobą chorą, udzielanie informacji oraz budowanie poczucia bezpieczeństwa mają duże znaczenie w procesie zdrowienia. Pielęgniarka edukuje pacjenta i jego rodzinę również w zakresie dalszej pielęgnacji, rehabilitacji oraz przestrzegania zaleceń lekarskich.

Podsumowując, pielęgniarka w oddziale chirurgii pełni funkcję opiekuńczą, edukacyjną i koordynacyjną, przyczyniając się w istotny sposób do skutecznego leczenia i szybkiego powrotu pacjenta do zdrowia.

Opracowała: Magdalena Roszak

ROLA PIEŁĘGNIARKI W PROCESIE CHOROBY PACJENTA PO ZABIEGU USUNIĘCIA PĘCHERZYKA ŻÓŁCIOWEGO



Usunięcie pęcherzyka żółciowego (cholecystektomia) jest jednym z najczęściej wykonywanych zabiegów chirurgicznych w obrębie jamy brzusznej. Najczęściej przeprowadzany jest metodą laparoskopową, co znacząco skraca czas hospitalizacji i rekonwalescencji pacjenta. Mimo małoinwazyjnego charakteru zabiegu, okres pooperacyjny wiąże się z występowaniem dolegliwości bólowych, ryzykiem powikłań oraz koniecznością adaptacji do nowego sposobu funkcjonowania organizmu. Istotną rolę w procesie choroby i zdrowienia pacjenta odgrywa pielęgniarka, której działania obejmują opiekę fizyczną, edukację zdrowotną oraz wsparcie psychiczne.

Proces choroby po zabiegu usunięcia pęcherzyka żółciowego obejmuje okres bezpośrednio pooperacyjny oraz etap rekonwalescencji. Pacjent może doświadczać bólu w okolicy operowanej, nudności, wzdęć, zaburzeń trawienia oraz ograniczenia sprawności ruchowej. U części chorych pojawia się lęk związany z możliwością powikłań, zmianą diety oraz powrotem do codziennej aktywności. W tym czasie kluczowe znaczenie ma kompleksowa opieka pielęgniarska ukierunkowana na monitorowanie stanu pacjenta oraz zapobieganie komplikacjom.

Pielęgniarka sprawuje stały nadzór nad stanem ogólnym pacjenta po zabiegu. Do podstawowych zadań należy monitorowanie parametrów życiowych, kontrola bólu, obserwacja rany pooperacyjnej oraz ocena ilości i charakteru wydzielin z drenów, jeśli zostały założone. Ważnym elementem opieki jest również zapobieganie powikłaniom, takim jak zakażenie rany, krwawienie, zakrzepica czy powikłania ze strony układu oddechowego.

Pielęgniarka pomaga pacjentowi w pierwszych próbach pionizacji oraz zachęca do wczesnej aktywności ruchowej, co zmniejsza ryzyko powikłań zakrzepowo-zatorowych.

Dbą także o odpowiednie nawodnienie pacjenta oraz stopniowe rozszerzanie diety zgodnie z zaleceniami lekarskimi.

Edukacja pacjenta stanowi jeden z kluczowych elementów pracy pielęgniarki. Po cholecystektomii pacjent powinien zostać poinformowany o zasadach prawidłowego odżywiania, w szczególności o konieczności stosowania diety lekkostrawnej, niskotłuszczowej oraz regularnych posiłków. Pielęgniarka przekazuje informacje dotyczące pielęgnacji rany pooperacyjnej, objawów mogących świadczyć o powikłaniach oraz zasad bezpiecznego powrotu do aktywności fizycznej.

Istotne jest również przygotowanie pacjenta do samoopieki po wypisie ze szpitala, co zwiększa jego poczucie bezpieczeństwa oraz zmniejsza ryzyko rehospitalizacji.

Proces choroby i leczenia chirurgicznego często wiąże się z występowaniem stresu, niepokoju oraz obniżenia nastroju. Pielęgniarka, jako osoba mająca stały kontakt z pacjentem, odgrywa ważną rolę w udzielaniu wsparcia emocjonalnego. Poprzez rozmowę, okazywanie empatii oraz budowanie relacji opartej na zaufaniu, pomaga pacjentowi zaakceptować sytuację zdrowotną i zmniejszyć lęk związany z zabiegiem oraz rekonwalescencją.

Rola pielęgniarki w procesie choroby pacjenta po zabiegu usunięcia pęcherzyka żółciowego jest wieloaspektowa i niezwykle istotna. Obejmuje ona nie tylko wykonywanie czynności pielęgnacyjnych i monitorowanie stanu zdrowia, ale również edukację oraz wsparcie psychiczne chorego. Profesjonalna opieka pielęgniarska przyczynia się do szybszego powrotu pacjenta do zdrowia, zmniejszenia ryzyka powikłań oraz poprawy jakości życia po zabiegu.

Opracowała: Magdalena Roszak

ETYKA W ZAWODZIE PIEŁĘGNIARKI I POŁOŻNEJ – FUNDAMENT ZAUFANIA I PROFESJONALIZMU



Zawód pielęgniarki i położnej od lat cieszy się wysokim poziomem zaufania społecznego. Nie jest to przypadek – jego istotą jest codzienna praca z drugim człowiekiem, często w sytuacjach granicznych: choroby, cierpienia, lęku, a nierzadko także umierania. W takich okolicznościach wiedza i umiejętności praktyczne są niezwykle ważne, jednak to etyka zawodowa stanowi fundament, na którym opiera się prawdziwy profesjonalizm.

Etyka w zawodzie pielęgniarki i położnej nie jest dodatkiem ani abstrakcyjną teorią – to zbiór zasad, które powinny towarzyszyć każdej decyzji zawodowej. Kodeks Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej Rzeczypospolitej Polskiej wskazuje, że nadrzędną wartością jest dobro pacjenta, poszanowanie jego godności, autonomii oraz prawa do decydowania o sobie. W praktyce oznacza to obowiązek zachowania tajemnicy zawodowej, rzetelnego informowania pacjenta, respektowania jego przekonań oraz zapewnienia opieki wolnej od jakiegokolwiek formy dyskryminacji.

W codziennej pracy pielęgniarki i położne coraz częściej stają przed trudnymi dylematami etycznymi. Dynamiczny rozwój medycyny, postęp technologiczny, a także niedobory kadrowe i presja czasu powodują sytuacje konfliktowe pomiędzy dobrem pacjenta a ograniczeniami organizacyjnymi systemu ochrony zdrowia. W takich momentach etyka staje się narzędziem wspierającym podejmowanie właściwych decyzji oraz źródłem wewnętrznego bezpieczeństwa zawodowego.

Istotną rolę w kształtowaniu i ochronie standardów etycznych pełni samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych. Postępowania prowadzone przez Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej nie mają na celu wyłącznie egzekwowania odpowiedzialności, ale przede wszystkim budowanie świadomości etycznej oraz wzmacnianie zaufania społecznego do zawodu. Odpowiedzialność zawodowa jest wyrazem troski o jakość wykonywania zawodu i ochronę jego prestiżu.

Rozwój zawodowy pielęgniarek i położnych powinien obejmować nie tylko doskonalenie umiejętności medycznych, lecz także rozwój kompetencji interpersonalnych i etycznych. Empatia, umiejętność komunikacji, rozwiązywania konfliktów oraz mediacji stają się dziś nieodzownymi elementami profesjonalnej praktyki. Etyczna postawa zawodowa buduje autorytet pielęgniarki i położnej jako samodzielnej specjalistki oraz rzecznika praw pacjenta.

Podsumowując, etyka w zawodzie pielęgniarki i położnej to codzienna praktyka oparta na szacunku, odpowiedzialności i trosce o drugiego człowieka. W zmieniających się realiach systemu ochrony zdrowia pozostaje ona niezmiennym drogowskazem, który pozwala zachować sens, godność i wysoką jakość wykonywanej pracy. Dbanie o etos zawodu jest wspólnym zadaniem całego środowiska – dla dobra pacjentów oraz przyszłości pielęgniarstwa i położnictwa.

Opracowała: Violetta Zajęc

STRES ZAWODOWY W PRACY PIELĘGNIAREK ODDZIAŁU ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII



Praca pielęgniarek na Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii (OAIIT) należy do najbardziej wymagających obszarów opieki zdrowotnej. Codzienny kontakt z pacjentami w stanie zagrożenia życia, szybkie tempo pracy oraz konieczność podejmowania natychmiastowych decyzji sprawiają, że stres zawodowy jest nieodłącznym elementem tej profesji.

Źródła stresu na OAIIT

Do głównych czynników stresogennych w pracy pielęgniarek anestezjologicznych i intensywnej terapii należą:

- stała odpowiedzialność za życie i zdrowie pacjentów,
- praca w warunkach presji czasu,
- częsty kontakt z cierpieniem, śmiercią oraz rodzinami pacjentów,
- duże obciążenie fizyczne i psychiczne,
- praca zmianowa, w tym dyżury nocne,
- niedobory kadrowe i nadmiar obowiązków.

Wszystkie te elementy mogą prowadzić do chronicznego zmęczenia, poczucia przeciążenia oraz obniżenia satysfakcji zawodowej.

Skutki długotrwałego stresu u pielęgniarek OAIIT

Długotrwały stres, na który narażone są pielęgniarki pracujące na oddziale anestezjologii i intensywnej terapii, może prowadzić do poważnych konsekwencji zdrowotnych, psychicznych oraz zawodowych. Stałe funkcjonowanie w warunkach wysokiego napięcia emocjonalnego i odpowiedzialności znacząco obciąża organizm.

Jednym z najczęstszych skutków przewlekłego stresu jest wypalenie zawodowe, objawiające się poczuciem wyczerpania emocjonalnego, depersonalizacją oraz obniżonym poczuciem własnych osiągnięć zawodowych. Pielęgniarki mogą odczuwać brak energii, dystans wobec pacjentów oraz spadek zaangażowania w wykonywane obowiązki.

Stres wpływa również negatywnie na **zdrowie psychiczne**. Może prowadzić do obniżonego nastroju, stanów lękowych, drażliwości, a w skrajnych przypadkach do objawów depresyjnych. Często obserwuje się także trudności z koncentracją i podejmowaniem decyzji, co w środowisku intensywnej terapii ma szczególne znaczenie dla bezpieczeństwa pacjentów.

Nie bez znaczenia są także **skutki somatyczne**. Przewlekły stres sprzyja występowaniu bólów głowy, dolegliwości ze strony układu pokarmowego, nadciśnienia tętniczego oraz zaburzeń snu. Zmęczenie i brak regeneracji organizmu mogą prowadzić do obniżenia odporności oraz częstszych infekcji.

Konsekwencje stresu widoczne są również w **sferze zawodowej i społecznej**. Zwiększa się liczba absencji chorobowych, spada satysfakcja z pracy, a relacje w zespole mogą ulegać pogorszeniu. W dłuższej perspektywie może to prowadzić do rezygnacji z pracy na oddziale intensywnej terapii lub nawet odejścia z zawodu.

Podsumowując, skutki długotrwałego stresu u pielęgniarek OAIIT są wielowymiarowe i dotyczą zarówno zdrowia fizycznego i psychicznego, jak i jakości życia zawodowego. Dlatego tak ważne jest wczesne rozpoznawanie objawów przeciążenia oraz podejmowanie działań wspierających personel pielęgniarski.

Znaczenie wsparcia i profilaktyki

Bardzo istotną rolę w ograniczaniu negatywnych skutków stresu odgrywa wsparcie zespołowe oraz odpowiednia organizacja pracy. Do skutecznych działań profilaktycznych należą m.in.:

- dostęp do wsparcia psychologicznego,
- szkolenia z zakresu radzenia sobie ze stresem,
- dobra komunikacja w zespole terapeutycznym,
- dbałość o odpoczynek i równowagę między życiem zawodowym a prywatnym,
- docenianie pracy pielęgniarek przez przełożonych.

Podsumowanie

Stres w pracy pielęgniarek OAIIT jest zjawiskiem powszechnym, jednak nie powinien być traktowany jako coś nieuniknionego i pomijanego. Świadomość jego źródeł oraz wdrażanie działań wspierających personel pielęgniarski są kluczowe dla zachowania zdrowia pracowników i zapewnienia wysokiej jakości opieki nad pacjentami.

Opracowała: *Monika Baranowska*

„Nie jest ważne, gdzie jesteśmy ani dokąd pójdziemy...
Ważne jest, abyśmy zostawili po sobie to, co najcenniejsze –
okruchy szczęścia w sercach ludzi spotkanych na swej drodze.”

Wyrazy szczerego żalu i współczucia
z powodu śmierci

MĘŻA

dla pielęgniarki

MONIKI RUBASZEWSKIEJ

składa w imieniu
Okręgowej Rady Pielęgniarek
i Położnych oraz pracowników OIPiP
Przewodnicząca Okręgowej Rady
Pielęgniarek i Położnych
w Gorzowie Wielkopolskim
Marta Powchowicz

Wyrazy głębokiego współczucia,
słowa wsparcia i otuchy
po stracie

MAMY

dla pielęgniarki

SYLWII PIECHOCKIEJ

składa
Pielęgniarka Naczelna wraz z personelem
Całodobowego Oddziału Leczenia Alkoholowych Zespołów
Abstynenckich nr 13
Samodzielnego Publicznego Szpitala dla Nerwowo
i Psychiczenie Chorych w Międzyrzeczu

„Śmierć stawia nas w obliczu bezsilności, która nas obezwładnia
i zabiera w nieznaną.
A kiedy pojawia się kradnąc ukochaną osobę, przesywa serce
ból i odznacza w nim swoje piętno, które przypomina nam stale jacy
jesteśmy wobec niej bezsilni.”

Wyrazy szczerego żalu i współczucia
z powodu śmierci

TATY

dla pielęgniarki

WIOLETTY FRANCUZIK

składa w imieniu
Okręgowej Rady Pielęgniarek
i Położnych oraz pracowników OIPiP
Przewodnicząca Okręgowej Rady
Pielęgniarek i Położnych
w Gorzowie Wielkopolskim
Marta Powchowicz

Wyrazy głębokiego współczucia,
słowa wsparcia i otuchy
po stracie

SYNA

dla pielęgniarki oddziałowej
Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego Psychiatrycznego nr 9

EWY ZAJĄC

składa
Pielęgniarka Naczelna wraz z personelem
Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego Psychiatrycznego nr 9
Samodzielnego Publicznego Szpitala dla Nerwowo
i Psychiczenie Chorych w Międzyrzeczu

KALENDARIUM

- 12.01.2026 r. - Udział Przewodniczącej ORPiP Marty Powchowicz w spotkaniu Forum Zawodów Zaufania Publicznego, które odbyło się w siedzibie Okręgowej Izby Aptekarskiej w Zielonej Górze.
- 15.01.2026 r. - Posiedzenie Prezydium ORPiP.
- 20.01.2026 r. - Posiedzenie Komisji DPS.
- 29.01.2026 r. - Rozpoczęcie kursu „Wywiad i badanie fizykalne” dla pielęgniarek i położnych.
- 02.02.2026 r. - Udział Przewodniczącej ORPiP Marty Powchowicz w Konwencji Przewodniczących Okręgowych Rad.
- 05.02.2026 r. - Udział Przewodniczącej ORPiP Marty Powchowicz w konferencji „Problemy wyzwania i standardy w pracy pielęgniarek w Domach Pomocy Społecznej, która odbyła się w bibliotece Akademii im. Jakuba z Paradyża w Gorzowie Wielkopolskim. Organizatorem konferencji była Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Gorzowie Wielkopolskim.
- 11.02.2026 r. - Udział Przewodniczącej ORPiP Marty Powchowicz w obchodach XXXIV Światowego Dnia Chorego w Zielonej Górze.
- 19.02.2026 r. - Posiedzenie Prezydium ORPiP.
- 19.02.2026 r. - Posiedzenie ORPiP.
- 26.02.2026 r. - Udział Przewodniczącej ORPiP Marty Powchowicz w szkoleniu „Realizacja i rozliczanie programu profilaktycznego Moje Zdrowie”. Organizatorem szkolenia była Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Gorzowie Wielkopolskim.
- 05.03.2026 r. - Posiedzenie Okręgowej Komisji Rewizyjnej.
- 6.03.2025 r. - Udział Przewodniczącej ORPiP Marty Powchowicz w Lubuskiej Radzie Zdrowia, która odbyła się w Urzędzie Marszałkowskim w Zielonej Górze.
- 12.03.2026 r. - Posiedzenie Prezydium ORPiP.
- 12.03.2026 r. - Posiedzenie ORPiP.
- 14.03.2026 r. - Udział Przewodniczącej ORPiP Marty Powchowicz w XLIV Sprawozdawczo - Wyborczym Okręgowym Zjeździe Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Gorzowie Wielkopolskim, który odbył się w hotelu „Mieszko” w Gorzowie Wielkopolskim.
- 18-20.03.2026 r. - Udział Przewodniczącej ORPiP Marty Powchowicz w posiedzeniu Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w Warszawie.