

Biuuletyn

OKRĘGOWEJ IZBY PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH



Nr 2/2026 (181)
ISSN 1425-7076





**BIURO OKRĘGOWEJ IZBY
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH**

pracuje w godz.
Pn. - Pt. 8.00 - 18.00

ADRES:

33-100 Tarnów, ul. Południowa 10
www.oipiptarnow.pl
e-mail: biuro@oipiptarnow.pl

NUMERY TELEFONÓW:

tel. 14 696 54 54, tel. 14 696 54 55

**GODZINY PRACY OSÓB
PEŁNIĄCYCH FUNKCJE Z WYBORU:**

PRZEWODNICZĄCA

Bożena Grodny-Wilk

Pn., Wt., Czw., Pt. 13.00 - 18.00

WICEPRZEWODNICZĄCA

Danuta Sępek

Śr., Czw. 13.00 - 18.00

SEKRETARZ

Anna Broniec

Śr., Czw. 13.00 - 18.00

SKARBNIK

Jadwiga Tarsia

Wt., Czw., Pt. 13.00 - 18.00

OKRĘGOWY RZECZNIK

ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAWODOWEJ

Renata Gabinek

II i IV poniedziałek miesiąca 13.00 - 16.00

RADCA PRAWNY

Bożena Wyszyńska

Pn. 15.00 - 18.00

Czw. 15.00 - 18.00

OŚRODEK KSZTAŁCENIA

Pn., Czw. 10.00 - 18.00

Wt., Śr., Pt. 8.00 - 16.00

tel. 14 696 58 55

Numer rachunku bankowego OIPiP w Tarnowie

Krakowski Bank Spółdzielczy

10 8591 0007 0300 0296 3839 0001

Biuletyn

OKRĘGOWEJ IZBY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

**Biuletyn Okręgowej
Izby Pielęgniarek i Położnych
w Tarnowie**

REDAGUJĄ:

Bożena Grodny-Wilk
Jadwiga Tarsia

WYDAWCA:

Okręgowa Izba
Pielęgniarek i Położnych
33-100 Tarnów
ul. Południowa 10
tel. 14 696 54 54
tel. 14 696 54 55

PROJEKT GRAFICZNY I DRUK:

Agencja Reklamowa HBL studio
tel. +48 505 122 200

NAKŁAD:

1000 egz.

SPIS TREŚCI:

I. Z PRAC NRPIP

Stanowisko nr 15	4
Opinia prawna	5
Stanowisko nr 11	7

II. ZAWÓD

Uchwała NR 166/VII/2025	8
Załącznik nr 1	10
Załącznik nr 2	13
Opinia konsultanta	18
Karmienie naturalne	19
Nowelizacja standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej - cz. II	20

III. WIERSZE

Morał	27
Wiosna	27





STANOWISKO NR 15

Stanowisko Nr 15

Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 24 lutego 2026 r. w sprawie szczepień noworodków przeciw gruźlicy w czasie realizacji pilotażu badań przesiewowych.

Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych stoi na stanowisku, iż szczepienie noworodków przeciw gruźlicy (BCG) w pierwszej dobie jest istotnym elementem systemu ochrony zdrowia w zakresie profilaktyki chorób zakaźnych.

Profilaktyka łączy szczepienia ochronne, wczesne wykrywanie chorób, leczenie, kontrolę zakażeń i działania społeczne. Szczepienie noworodków BCG jest jednym z filarów zapobiegania ciężkim postaciom choroby gruźlicy u dzieci.

W 2023 roku (dane z 15 marca 2024 roku Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc) zarejestrowano w Polsce 4231 przypadków gruźlicy, w tym 4077 gruźlicy płuc. Zapadalność wynosiła 11,2 na 100 tys. Zachorowało 45 dzieci i 60 nastolatków.

Zgodnie z treścią art. 5 ust. 1 pkt 1 lit. b ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (t.j. Dz. U. z 2025 r., poz. 1675) osoby przebywające na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej są obowiązane na zasadach określonych w ustawie do poddania się szczepieniom ochronnym. Obowiązek ten dotyczy nie tylko obywateli polskich, ale wszystkich, którzy przebywają w Polsce.

Powyższy akt prawny wskazuje, iż w przypadku osoby nieposiadającej pełnej zdolności do czynności prawnych odpowiedzialność za wypełnienie obowiązków, o których mowa w ust. 1, ponosi osoba, która sprawuje prawną pieczę nad osobą małoletnią lub bezradną, albo opiekun faktyczny w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2024 r. poz. 581). Oznacza to, że za realizację obowiązku przyjęcia szczepień ochronnych przez dzieci odpowiedzialni są ich opiekunowie prawni, czyli z reguły rodzice.

Należy zwrócić uwagę, iż w tym przypadku pacjent nie ma możliwości odmowy, chronionym

dobrem jest bowiem zdrowie powszechne oraz zapobieganie rozprzestrzenianiu się chorób zakaźnych. Odmowa poddania dzieci szczepieniom obowiązkowym niesie za sobą konsekwencje zarówno o charakterze administracyjnym, jak i w niektórych przypadkach karnym.

Podkreślenia wymaga fakt, iż o realizacji obowiązkowych szczepień ochronnych i kwalifikacji do ich podania u dziecka decyduje lekarz, po wykonaniu szczegółowego badania stanu zdrowia dziecka oraz zebraniu wywiadu z rodzicem, co pozwala na wykluczenie przeciwwskazań do szczepienia. W przypadku dzieci, u których lekarz stwierdza realne ryzyko choroby, szczepienie zostaje odroczone.

Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych uważa, że w związku z nadal wysoką zapadalnością na gruźlicę w Polsce i na świecie, a także zgodnie z wytycznymi WHO oraz obowiązującymi przepisami prawa, zdrowe noworodki powinny być szczepione przeciw gruźlicy przed wypisaniem ze szpitalnego oddziału noworodkowego. Należy jednak zaznaczyć, że ze wskazań medycznych szczepienie to nie jest przeprowadzane u wszystkich dzieci przebywających na tym oddziale.

W związku z tym zwracamy się do Ministerstwa Zdrowia o podjęcie działań mających na celu uszczegółowienie przepisów regulujących tę kwestię poprzez jednoznaczne określenie poradni specjalistycznych i przychodni podstawowej opieki zdrowotnej, jako podmiotów leczniczych, do których matki mają obowiązek zgłaszać się w przypadku, gdy ich dzieci nie zostały zaszczepione BCG w oddziale.

Sekretarz NRPIP
Kamilla Gólcz

Wiceprezes NRPIP
Andrzej Tytuła





OPINIA PRAWNA

Pan Andrzej Tytuła

Wiceprezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

Szanowny Panie Prezesie

W związku z zapytaniem w sprawie zasad przynależności izbowej członków samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych wykonujących równocześnie zawody pielęgniarki oraz położnej, wskazuję, co następuje:

1. Stosownie do postanowień art. 5 ust. 1 ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. 2021, poz. 628), członkami samorządu są pielęgniarki i położne, które mają stwierdzone lub przyznane prawo wykonywania zawodu i są wpisane do rejestru prowadzonego przez właściwą ze względu na miejsce wykonywania zawodu okręgową radę. Należy przy tym zwrócić uwagę, że pielęgniarka lub położna stają się członkami samorządu z dniem wpisu do rejestru właściwej izby (art. 5 ust. 2).
2. Powyższa reguła znajduje zastosowanie również w przypadku osób posiadających zarówno prawo wykonywania zawodu pielęgniarki, jak i prawo wykonywania zawodu położnej. Osoba taka uzyskuje status członka samorządu z chwilą pierwszego wpisu do rejestru. Należy przy tym podkreślić, że niezależnie od tego, czy członek samorządu wykonuje jeden, czy też oba zawody, pozostaje jednym członkiem samorządu, albowiem członkostwo w samorządzie przypisane jest konkretnej osobie fizycznej, a nie wykonywanemu przez tę osobę zawodowi. W przypadku zatem osób wykonujących oba zawody, osoby te wykonują prawa i obowiązki związane z jednym stosunkiem członkostwa, w szczególności opłacają jedną składkę członkowską oraz posiadają jedno prawo wyborcze.
3. Pielęgniarka i położna przestają być członkami samorządu z dniem wykreślenia z rejestru (art. 5 ust. 3) W odniesieniu do osób „dwu zawodowych” należy wskazać, że w przypadku zaprzestania wykonywania jednego z zawodów i wykreślenia z rejestru prowadzonego dla tego zawodu, członek samorządu zachowuje członkostwo w samorządzie w związku z wykonywaniem drugiego z zawodów.

4. W przypadku osób wykonujących oba zawody, przy czym każdy z nich na obszarze innej izby należy pamiętać o ciąży na wszystkich członkach samorządu obowiązku wynikającym z art. 5 ust. 4 ustawy, zgodnie z którym w razie zgłoszenia zamiaru wykonywania zawodu na obszarze działania dwóch lub więcej okręgowych izb pielęgniarki i położna są obowiązane dokonać wyboru okręgowej izby, której będą członkami. Obowiązek ten dotyczy również osób „dwuzawodowych”. Niezależnie od liczby wykonywanych zawodów pielęgniarka i położna mogą być członkiem tylko jednej izby. W każdym zatem przypadku powinny one dokonać wyboru izby zgodnie z art. 5 ust. 4 ustawy.

Z poważaniem,

Bartłomiej Achler
adwokat

Z prac NRPiP

STANOWISKO NR 11



Stanowisko nr 11 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z 19 marca 2026 r.

w sprawie zagrożenia bezpieczeństwa pacjentów oraz naruszenia praw pracowniczych pielęgniarek i położnych w związku z niewystarczającą obsadą kadrową oraz ograniczaniem prawa do rzetelnego dokumentowania warunków udzielania świadczeń zdrowotnych

skierowane do:

Minister Zdrowia, Rzecznik Praw Pacjenta, Państwowa Inspekcja Pracy, Narodowy Fundusz Zdrowia.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych realizuje ustawowe zadania samorządu zawodowego w szczególności określone w art. 2 ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (t.j. Dz. U. z 2025 r. poz. 1760) polegające na sprawowaniu pieczy nad należyтым wykonywaniem zawodów pielęgniarki i położnej oraz reprezentowaniu osób wykonujących te zawody. Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych wyraża głębokie zaniepokojenie informa-

cjami przekazywanymi przez środowisko pielęgniarek i położnych dotyczącymi warunków udzielania świadczeń zdrowotnych w wielu podmiotach leczniczych.

W licznych podmiotach leczniczych dochodzi do sytuacji, w czasie których pielęgniarki i położne świadczą pracę podczas dyżurów jednoosobowych. Liczba personelu pielęgniarskiego jest nieadekwatna do liczby pacjentów oraz ich stanu klinicznego, a liczba hospitalizowanych pacjentów niejednokrotnie przekracza liczbę zgłoszonych łóżek. Brak właściwego zabezpieczenia kadrowego skutkuje powierzeniem jednej pielęgnowarce lub położnej opieki nad liczną grupą pacjentów, w tym pacjentów leżących, po zabiegach operacyjnych lub wymagających wzmożonego nadzoru.

W takich warunkach pielęgniarki i położne obiektywnie nie są w stanie wykonać wszystkich świadczeń zdrowotnych w tym zleceń lekarskich. Sytuacje te mogą prowadzić do realnego zagrożenia bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów oraz narażają pielęgniarki i położne na ryzyko ponoszenia odpowiedzialności za skutki niewłaściwej organizacji pracy.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych przypomina, że zgodnie z przepisami ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej to podmiot leczniczy jako pracodawca ponosi odpowiedzialność za organizację pracy w sposób zapewniający bezpieczne i higieniczne warunki jej wykonywania, a także za zapewnienie takiej obsady personelu medycznego, która umożliwi rzeczywiste i bezpieczne wykonywanie obowiązków zawodowych.

Szczególne zaniepokojenie budzą informacje wskazujące, że pielęgniarki i położne dokonujące w dokumentacji medycznej wpisów opisujących rzeczywiste warunki świadczenia pracy, w tym pracę przy niedostatecznej obsadzie oraz brak możliwości terminowej realizacji zleceń wynikający z przyczyn organizacyjnych, spotykają się z reakcją kadry kierowniczej polegającą na wzywaniu do usunięcia dokonanych wpisów. W niektórych przypadkach towarzyszą temu groźby z konsekwencjami dyscyplinarnymi.

W ocenie Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych tego rodzaju działania stanowią niedopuszczalną ingerencję w prawidłowe prowadzenie dokumentacji medycznej, wywieranie presji oraz próbę przerzucenia odpowiedzialności za niewłaściwą organizację pracy z podmiotu leczniczego na pracownika.

Informacje dotyczące przebiegu dyżuru, w tym szczególnych okoliczności organizacyjnych

mających znaczenie dla bezpieczeństwa pacjentów oraz ciągłości opieki, stanowią jeden z elementów z raportu pielęgniarskiego przekazywanego kolejnej zmianie.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych podkreśla, że właściwe zapewnienie obsady pielęgniarek i położnych jest kluczowym czynnikiem bezpieczeństwa pacjentów oraz prawidłowego wykonywania obowiązków zawodowych. Odpowiednia liczba personelu pielęgniarskiego ma istotne znaczenie dla zapewnienia pacjentom wysokiej jakości opieki oraz właściwego poziomu świadczeń zdrowotnych. Liczne badania naukowe potwierdzają zależność między obsadą pielęgniarską a zdrowiem pacjentów, częstością zachorowań i śmiertelnością.

McKenna na podstawie przeprowadzonych badań wskazała, że wysoka jakość opieki pielęgniarskiej przekłada się na skrócenie czasu hospitalizacji, obniżenie wskaźnika śmiertelności, redukcję kosztów oraz zmniejszenie liczby niepożądanych zdarzeń, przy jednoczesnym wzroście satysfakcji pacjentów, liczby wyzdrowień, jakości życia i poziomu wiedzy pacjentów.

Z kolei Blegen i współpracownicy wskazują, że większe zróżnicowanie kwalifikacji i umiejętności pielęgniarek wiąże się z mniejszą liczbą błędów medycznych i odleżyn oraz wyższym zadowoleniem pacjentów z terapii. Wykazano również, że większa liczba wysoko wykwalifikowanego personelu pielęgniarskiego ogranicza liczbę pomyłek w zarządzaniu i dystrybucji leków.

Analiza jakości opieki nad osobami chorymi na Zespół Nabytego Niedoboru Odporności (AIDS) wykazała, że każda dodatkowa pielęgniarka przypadająca na pacjenta zmniejsza 30-dniową śmiertelność o 50%, natomiast wzrost liczby pielęgniarek o 0,25 na pacjenta dziennie powoduje spadek tej śmiertelności o 20%.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych w przypadku stwierdzenia naruszeń będzie podejmować stosowne działania przewidziane prawem, w tym zawiadamianie właściwych organów nadzoru oraz zmierzające do ochrony praw zawodowych pielęgniarek i położnych.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych stanowczo sprzeciwia się wszelkim praktykom ograniczającym prawo do rzetelnego dokumentowania rzeczywistego przebiegu pracy oraz warunków udzielania świadczeń zdrowotnych. Zapewnienie bezpieczeństwa pacjentów oraz ochrona praw pracowniczych personelu medycznego wymaga pełnej

transparentności, odpowiedzialności organizacyjnej podmiotów leczniczych oraz poszanowania obowiązujących przepisów prawa.

Sekretarz NRPiP
Kamilla Gólcz

Prezes NRPiP
Mariola Łodzińska

Pani Mariola Łodzińska - Prezes
Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

Pani Kamila Gólcz - Sekretarz
Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

Szanowne Panie,

w odpowiedzi na stanowisko nr 11 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w sprawie zagrożenia bezpieczeństwa pacjentów oraz naruszenia praw pracowniczych pielęgniarek i położnych w związku z niewystarczającą obsadą kadrową oraz ograniczeniem prawa do rzetelnego dokumentowania warunków udzielania świadczeń zdrowotnych, Departament Analiz i Strategii uprzejmie informuje, że zgodnie z przepisami ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2025 r. poz. 1461, z późn. zm.) nadzór nad prawidłową realizacją świadczeń opieki zdrowotnej sprawuje Narodowy Fundusz Zdrowia.

W związku z powyższym opisane sytuacje powinny być każdorazowo zgłaszane do właściwego oddziału wojewódzkiego NFZ wraz ze wskazaniem podmiotów leczniczych, w których dochodzi do naruszeń przepisów.

Z wyrazami szacunku

Dominika Janiszewska-Kajka
Zastępca Dyrektora



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 obowiązków 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:
 - szkolenia specjalizacyjnego,
 - kursu kwalifikacyjnego,
 - kursu specjalistycznego,
 - kursu dokształcającego;
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 wewnątrz-

zawodowym/wewnątrzoddziałowym;

8. Udział w komisjach/zespołach działających na rzecz rozwoju zawodów pielęgniarki i położnej;
9. Publikację w dziedzinie nauk medycznych lub nauk o zdrowiu:
 - artykułu w czasopismach naukowych
 - książki naukowej/monografii
 - książki popularnonaukowej
 - rozdziału/tematu w książce naukowej/monografii
 - rozdziału/tematu w książce popularnonaukowej
 - artykułu w czasopiśmie popularnym lub biuletynie informacyjnym;
10. Udział w radzie naukowej, programowej lub kolegium redakcyjnym w dziedzinie nauk medycznych lub nauk o zdrowiu:
 - czasopisma naukowego lub popularnonaukowego, albo
 - 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/VIH/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 NR PiP
Kamilla Gólcz

Prezes NR PiP
Mariola Łodzińska

Zawód





ZAŁĄCZNIK NR 1

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**

Lp.	Forma doskonalenia zawodowego	Liczba punktów	Sposób potwierdzenia uczestnictwa
1.	<p>Ukończenie szkoleń podyplomowych zgodnie z obowiązującymi przepisami w zakresie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych</p> <p>a) szkolenia specjalizacyjnego</p> <p>b) kursu kwalifikacyjnego</p> <p>c) kursu specjalistycznego</p> <p>d) kursu doksztalającego</p> <p>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);</p>	<p>80* pkt.</p> <p>40 pkt.</p> <p>20 pkt.</p> <p>10 pkt.</p> <p>40** pkt.</p>	<p>dyplom</p> <p>lub</p> <p>zaświadczenie</p>
2.	Uczestnictwo w webinarach	<p>5 pkt. / 1 wydarzenie</p> <p>(maksymalnie 50 punktów w okresie rozliczeniowym) **</p>	zaświadczenie lub certyfikat
3.	Ukończenie studiów podyplomowych w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia	20 pkt. za każdy semestr	dyplom
4.	<p>Udział w kongresie, zjeździe, konferencji, sympozjum naukowo-szkoleniowym:</p> <p>a) udział bierny (uczestnik)</p> <p>b) udział czynny (wykładowca/prelegent)</p>	<p>5 pkt. / 1 wydarzenie</p> <p>10 pkt. / 1 wydarzenie</p>	<p>zaświadczenie lub certyfikat</p> <p>na podstawie programu</p>

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)	2 5 (maksymalnie 50 pkt w okresie rozliczeniowym**)	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 pielęgniarzek 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 pielęgniarzek 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:
 - przyznawania punktów edukacyjnych poszczególnym formom doskonalenia zawodowego,
 - wprowadzania informacji o uzyskanych punktach edukacyjnych do centralnego rejestru pielęgniarek i położnych Systemu Obsługi Samorządu Pielęgniarek i Położnych (SOSPiP)
 - 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–(SOSPiP) 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 w umożliwiający 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 wewnątrzzakładowy itp., posiadające program naukowo-dydaktyczny.

§3. Zakres obowiązywania

1. Procedura ma zastosowanie do:
 - Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych (NRPIP),
 - okręgowych izb pielęgniarek i położnych (OIPIP),
 - pielęgniarek i położnych posiadających prawo wykonywania zawodu,
 - 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):
 - ustala zasady uzyskiwania punktów edukacyjnych i określa minimalną liczbę punktów w okresie rozliczeniowym;
 - przyznaje punkty edukacyjne konferencjom, kongresom, warsztatom i innym wydarzeniom edukacyjnym o zasięgu ogólnopolskim lub wydarzeniom regionalnym o szczególnym znaczeniu;
 - prowadzi nadzór nad jednolitym stosowaniem niniejszej procedury przez OIPIP.
2. Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych (OIPIP):
 - aktywuje konta użytkowników w SOSPiP,
 - przyznaje punkty edukacyjne wydarzeniom edukacyjnym o zasięgu lokalnym lub regionalnym,
 - weryfikuje i akceptuje wnioski członków o wpis punktów edukacyjnych SOSPiP,
 - odnotowuje niedopełnienie obowiązku kształcenia ustawicznego oraz realizuje dalsze czynności administracyjne (np. monit lub inna forma zgodnie z odrębnymi przepisami prawa).
3. Pielęgniarka, położna:
 - realizuje kształcenie ustawiczne i uzyskuje wymaganą liczbę punktów w okresie rozliczeniowym,
 - zgłasza / wprowadza informacje o ukończonych formach kształcenia do SOSPiP,
 - 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

1. O przyznanie punktów edukacyjnych mogą występować, w szczególności:
 - organy samorządu pielęgniarek i położnych,
 - towarzystwa naukowe, stowarzyszenia, sekcje i oddziały tych towarzystw i stowarzyszeń,
 - uczelnie wyższe oraz ich jednostki organizacyjne,
 - podmioty lecznicze, instytuty i zakłady badawcze,
 - inne podmioty prowadzące działalność edukacyjną w dziedzinie ochrony zdrowia,
 - inne podmioty mające obowiązek zatrudnienia w swojej strukturze pielęgniarki lub położnej.

§7. Tryb składania wniosków przez organizatorów

1. Organizator kształcenia składa wniosek o przyznanie punktów edukacyjnych:
 - do właściwej ORPIP – w przypadku wydarzeń edukacyjnych o zasięgu lokalnym lub regionalnym,
 - do NRPIP – w przypadku wydarzeń edukacyjnych o zasięgu ogólnopolskim lub międzynarodowym lub o szczególnym znaczeniu.
2. Wniosek składany jest w formie elektronicznej (załączone) lub papierowej, według wzoru stanowiącego załącznik do niniejszej procedury, zawierającego co najmniej:
 - nazwę wydarzenia edukacyjnego,
 - termin i miejsce odbywania się wydarzenia,
 - pełną nazwę organizatora, adres, dane kontaktowe,
 - przewidywaną liczbę uczestników i grupę docelową (np. pielęgniarki POZ, pielęgniarki anestezjologiczne, położne),
 - cele edukacyjne i oczekiwane efekty uczenia się,
 - szczegółowy program (najlepiej minutowy) z nazwiskami wykładowców i tytułami wystąpień,

- informację o sposobie potwierdzenia uczestnictwa (np. lista obecności i/lub logowania i/lub test końcowy),
 - 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:
 - zgodności programu z celami kształcenia ustawicznego,
 - liczby godzin merytorycznych,
 - formy prowadzenia zajęć (wykład, warsztat, ćwiczenia praktyczne, e-learning),
 - zapewnienia niezależności treści edukacyjnych od sponsorów,
 - sposobu potwierdzania obecności i zaangażowania uczestników.
3. Na podstawie oceny komisja proponuje liczbę punktów edukacyjnych z uwzględnieniem:
 - wartości wskazanych w tabeli do uchwały NRPIP (np. stałe wartości za udział bierny / czynny w konferencji),
 - 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:
 - osobisty kontakt w siedzibie OIPIP albo
 - 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:
 - rodzaj formy doskonalenia (zgodnie z kategoriami z uchwały – np. studia podyplomowe, szkolenie podyplomowe, konferencja, webinar, publikacja naukowa, działalność w komisjach itp.),
 - datę/daty odbycia,
 - nazwę i organizatora,
 - liczbę godzin / liczbę dni (jeśli dotyczy),
 - 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.)
 - sposób potwierdzenia udziału – załącza skan/ zdjęcie dokumentu (certyfikat, dyplom, zaświadczenie, potwierdzenie udziału, nagłówki publikacji itp.).
3. W przypadku form, dla których uchwała przewi-

duje 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:
 - kompletność danych wpisanych przez pielęgniarkę, położną,
 - czytelność i wiarygodność załączonych dokumentów,
 - zgodność deklarowanej formy doskonalenia z kategoriami uchwały,
 - zgodność liczby wpisanych punktów z tabelą uchwały NRPIP 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.:
 - czy dana forma doskonalenia rzeczywiście uprawnia do punktów (np. czy publikacja dotyczy dziedziny nauk medycznych lub o zdrowiu),
 - czy nie zostały przekroczone limity maksymalnej liczby punktów w danej kategorii w jednym okresie rozliczeniowym (np. maksymalna liczba punktów za webinary, komisje, szkolenia wewnętrzzaładowe 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:
 - 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

- Pełna nazwa organizatora:
.....
- Jednostka / dział (jeśli dotyczy):
.....
- Adres siedziby:
Ulica: Nr
Kod pocztowy:
Miejscowość:
- NIP / REGON (jeśli dotyczy):
.....
- Osoba do kontaktu (imię i nazwisko):
.....
- Funkcja osoby do kontaktu:
.....
- Telefon:
E-mail:

- () do 50
- () 51–150
- () 151–300
- () powyżej 300

III. PROGRAM I CELE EDUKACYJNE

Cel(e) edukacyjny(e) wydarzenia – krótki opis:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Oczekiwane efekty uczenia się (co uczestnik będzie wiedział/umiał po zakończeniu):

.....

.....

.....

II. DANE WYDARZENIA EDUKACYJNEGO

- Pełny tytuł wydarzenia:
.....
.....
- Rodzaj wydarzenia (zaznaczyć właściwe):
 konferencja / kongres / zjazd
 sympozjum / seminarium
 warsztaty / szkolenie stacjonarne
 webinar / szkolenie online / e-learning
 inne (jakie?):
- Zasięg wydarzenia (zaznaczyć właściwe):
 lokalne
 regionalne
 ogólnopolskie
 międzynarodowe
- Data / daty wydarzenia:
od do
- Miejsce (miasto, kraj / platforma online):
.....
- Grupa docelowa (np. pielęgniarki POZ, pielęgniarki anesteziologiczne, położne, wszystkie pielęgniarki i położne):
.....
- Przewidywana liczba uczestników:

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



Zawód

Szanowna Pani Bożena Grodny - Wilk Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Tarnowie

W odpowiedzi na pismo z dnia 10 marca 2026 r. (OIPiP -92-284/2026), w którym zostało zadane pytanie „Czy pielęgniarka nie posiadająca kursu w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego może samodzielnie instrumentować do zabiegu operacyjnego?”, przedstawiam opinię w przedmiotowej sprawie:

Pielęgniarka/położna operacyjna jest to osoba, mająca uprawnienia do pielęgniarskiej asysty do zabiegów operacyjnych w różnych dyscyplinach zabiegowych

Zgodnie z Załącznikiem nr 1 do Uchwały Nr 277/MI/2014 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 3 grudnia 2014 r. uprawnienia do pracy w charakterze pielęgniarki/położnej operacyjnej nabywa się drogą:

Odbycia szkolenia do pracy na stanowisku pielęgniarki/położnej operacyjnej pod przewodnictwem opiekuna procesu adaptacji (mentora), mającego wiedzę i doświadczenie w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego (specjalisty w tej dziedzinie). Szkolenie odbywa się według wewnątrzzakładowego systemu szkolenia nowych pracowników na bloku operacyjnym.

Nowy pracownik powinien rozpocząć naukę celem zdobycia formalnych uprawnień w terminie do jednego roku od momentu podjęcia pracy w bloku operacyjnym, zaś pracodawca powinien mu umożliwić udział w kursie kwalifikacyjnym/ specjalizacji (warunki kursu kwalifikacyjnego i specjalizacji określają odpowiednio: art. 71 ust 2 pkt 2 i art. 67 ust 4 pkt 2 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej (j.t. Dz. U. z 2014 n, poz. 1435 z późn.zm.).

Według art. 61 pkt 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. 2014 poz. 1435 z późn zm.) - „pielęgniarka i położna mają obowiązek stałego aktualizowania swojej wiedzy i umiejętności zawodowych(.),co oznacza, że aby móc świadczyć usługi pielęgniarskie na odpowiednim poziomie pielęgniarka/położna powinna ukończyć szkolenie podyplomowe przeznaczone dla specjalności, w której pracuje.

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 17 marca 2020 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego w punkcie 4 zapisano, że w przypadku udzielania świadczeń na bloku operacyjnym w trybie hospitalizacji i hospitalizacji planowej świadczeniodawca zapewnia w zakresie kwalifikacji personelu:

- Obecność co najmniej dwóch pielęgniarek lub położnych na każdy stół operacyjny odpowiadającą czasowi udzielania świadczeń określonemu w harmonogramie pracy - pielęgniarka specjalista lub pielęgniarka po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego lub w trakcie tych szkoleń, lub pielęgniarka z co najmniej dwuletnim doświadczeniem w instrumentowaniu do zabiegów; a w przypadkach uzasadnionych medycznie - położna po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego lub położna z co najmniej dwuletnim doświadczeniem w instrumentowaniu do zabiegów.

Podsumowując:

Warunkiem samodzielnego instrumentowania do zabiegów operacyjnych przez pielęgniarkę jest ukończenie okresu adaptacyjnego w bloku operacyjnym pod nadzorem opiekuna (mentora) oraz posiadanie lub odbywanie kursu kwalifikacyjnego bądź specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego.

Z poważaniem

Anna Nowak

*Konsultant Wojewódzki
w dziedzinie pielęgniarstwa
chirurgicznego i operacyjnego*



i

KARMNIENIE NATURALNE

**Wsparcie karmienia naturalnego
- ponadczasowe zobowiązanie**

Szanowni Państwo,

z okazji obchodzonego w Polsce w maju Tygodnia Promocji Karmienia Piersią, który - jak co roku - wypada pomiędzy Dniem Matki a Dniem Dziecka, chcemy ponownie zabrać głos jako Polskie Towarzystwo Konsultantów i Doradców laktacyjnych.

Zachęcamy Państwa - przedstawicieli wszystkich środowisk medycznych - do wspierania matek karmiących oraz dzieci karmionych naturalnie na każdym etapie ich „mlecznej drogi”, wszędzie tam, gdzie w systemie ochrony zdrowia mają Państwo z nimi kontakt.

Naszym celem jest także zmiana paradygmatu myślenia o karmieniu naturalnym - nie tylko jako praktyce korzystnej dla zdrowia matki i dziecka, lecz jako biologicznej normie żywienia niemowląt i małych dzieci. Dlatego w debacie publicznej i edukacyjnej podkreślamy również ryzyka wynikające z braku karmienia piersią. Dzieci niekarmione mlekiem kobiecym są bardziej narażone m.in. na choroby infekcyjne, a w późniejszym życiu - alergiczne, autoimmunologiczne i metaboliczne. Kobiety niekarmiące częściej doświadczają m.in. otyłości, zaburzeń metabolicznych czy zwiększonego ryzyka raka jajnika. Są to istotne wyzwania, z którymi mierzy się współczesna medycyna.

Odpowiedzią na nie jest promowanie i wspieranie karmienia mlekiem matki - formy profilaktyki o udowodnionej skuteczności, a zarazem rozwiązania dostępnego, przyjaznego dla mikrobiomu człowieka i środowiska.

Na co dzień, zadanie to z zaangażowaniem realizują m.in. konsultanci laktacyjni IBCLC (International Board Certified Lactation Consultant) oraz doradcy laktacyjni CDL (Certyfikowany Doradca Laktacyjny). W ostatnich 20 latach w Polsce dynamicznie rozwija się wiedza o ludzkiej laktacji.

I specjalistyczne poradnictwo laktacyjne - odpowiadając na zmiany modelu życia kobiet, sytuacji demograficznej i epidemiologicznej oraz wciąż niesat-

ysfakcjonujące wskaźniki karmienia naturalnego.

Specjaliści laktacyjni nierzadko rozwiązują złożone problemy kliniczne, współpracując z lekarzami różnych specjalności, a także z fizjoterapeutami, neurologopedami, psychologami i innymi ekspertami.

Z tego powodu konferencja PTKiDL w kwietniu br., podczas której świętowaliśmy 15-lecie działalności, przebiegała pod hasłem: „Wzajemne wsparcie - działania interdyscyplinarne drogą do sukcesu w karmieniu naturalnym”.

Zapraszamy Państwa do współpracy oraz do przyjęcia takiej perspektywy, w której normą jest karmienie naturalne najmniejszych dzieci, a świadomość ryzyka zdrowotnego niekarmienia piersią - dla dzieci, matek, rodzin i całego społeczeństwa - jest powszechna.

Państwa postawa ma realny wpływ na społeczne postrzeganie karmienia piersią oraz na decyzje rodziców dotyczące żywienia ich dzieci.

Karmienie piersią to fundament zrównoważonego startu w życie - wzmocnijmy to, co działa.

Z wyrazami szacunku

dr n. med. Anna Szczepaniak-Kubat
Prezes PTKiDL



Nowelizacja standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej - cz. II

Nowe regulacje i wytyczne - cd.

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

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 obowiązkowe 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 anestezyjologiczną 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 uwzględnia 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), rolą 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 (gdzie 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 odpepnieniu 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 sparametryzowany:

- 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:

1. 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 dożylnych 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,
2. u płodu - ocenę czynności serca płodu nie rzadziej niż co 15 minut. Doprecyzowano warunki, które muszą zostać spełnione, aby zagwarantować możliwość wykonania równolegle wielu analgezji rodzającym, zapewniając z jednej strony bezpieczeństwo wszystkim znieczulonym rodzającym 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,
- 3. 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 położu 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 spr-

wujących 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 rodzinno-opiekuńczego,
- 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 obser-

wacji 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 dentystry 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 położną 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 umieszczenia 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 położu, 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 położu, 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 położną 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,
- 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 porodu lub cofaniem się zmian fizjologicznych po porodzie,
- 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 opie-

ki 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, porożem i opieką nad zdrowym noworodkiem oraz umożliwiając wykorzystanie w szerszym zakresie kompetencji zawodowych położnych.

Morał

Pod firankami rzesz Myśli kłębi się roje. Stary zegar jak polny świerszcz Chwile odmierza moje.

Graj grajku refren ten Poeto pisz swój wiersz. Nie szczędź refleksji, nad sobą Jeżeli trudno Ci ze mną

Niech będzie łatwo Ci z Tobą.

Nie wypowiadaj więcej słów Cisza w Twych ustach lepiej brzmi. Łagodną mądrość Winien mieć każdy

W tym cały morał tkwi.

Emilia Zydrón

Wiosna

Pora nadziei i marzeń Radości nadszedł czas Budzi się przyroda do życia budzi się życie w nas.

Czekamy Ciebie wiosno O każdej porze. Czekamy - gdy liliowe bzy Rzucają swoje barwy na wieczorne zorze.

Witamy Cię wiosno - Gdy słowicza pieśń płynie nad Uszwicą.

Witamy - gdy dzień z nocą Klóci się granicą.

Boś piękna urodą srebrnego strumyka Pachnąca wieczorem maciejki rozegrana orkiestrą świerszczy Rechotem żab i szumem muszelki.

Twoje piękno wydzwania Majowa konwalia

Zwiewna, biała mgła opasuje ziemię. Z ludzkich serc wrywa się Nadziei westchnienie.

Emilia Zydrón



KURSY SPECJALISTYCZNE

DLA PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

- Ordynowanie leków i wypisywanie recept cz.1
- Resuscytacja krążeniowo-oddechowa
- Resuscytacja oddechowo-krążeniowa noworodka
- Terapia bólu ostrego u dorosłych
- Wsparcie psychologiczne pacjenta i jego rodziny
- Wykonanie i interpretacja zapisu EKG u dorosłych
- Wywiad i badanie fizykalne
- Szczepienia ochronne

DLA PIEŁĘGNIAREK

- Edukator w chorobach układu krążenia
- Endoskopia
- Leczenie ran
- Opieka nad pacjentem z chorobami układu oddechowego
- Pielęgnowanie pacjenta dorosłego wentylowanego mechanicznie
- Podstawy opieki paliatywnej
- Wykonanie badania spirometrycznego
- Żywienie dojelitowe i pozajelitowe

DLA POŁOŻNYCH

- Edukacja i wsparcie kobiety w okresie laktacji
- Leczenie ran
- Monitorowanie dobrostanu płodu w czasie ciąży i podczas porodu

KURSY DOKSZTAŁCAJĄCE

- Cewnikowanie pęcherza moczowego
- Opieka nad pacjentem z założonym portem naczyniowym
- Szczepienia śródskórne wykonywane przez pielęgniarki i położne


SZKOLENIA SPECJALIZACYJNE

Pielęgniarstwo chirurgiczne, internistyczne, neonatologiczne oraz rodzinne




**rozpoczęcie
w zależności
od terminu
zebrania
grupy**


OKRĘGOWA IZBA PIEŁĘGNIAREKI POŁOŻNYCH W TARNOWIE

 14 696 54 54, 14 696 54 55

 ksztalcenie@oipiptarnow.pl

 oipiptarnow.pl

 Okręgowa Izba Pielęgniarek
i Położnych w Tarnowie

 ul. Południowa 10, 33-100 Tarnów

Zapisy w Systemie Monitorowania Kształcenia(SMK).