

Biułetyn

OKRĘGOWEJ IZBY PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH



Nr 3/2026 (182)
ISSN 1425-7076





**BIURO OKRĘGOWEJ IZBY
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH**

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

ADRES:

33-100 Tarnobrzeg, ul. Południowa 10
www.oipiptarnobrzeg.pl
e-mail: biuro@oipiptarnobrzeg.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 Tarnobrzegu

Krakowski Bank Spółdzielczy

10 8591 0007 0300 0296 3839 0001

Biuletyn
OKRĘGOWEJ IZBY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

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

REDAGUJĄ:

Bożena Grodny-Wilk
Jadwiga Tarsia

WYDAWCA:

Okręgowa Izba
Pielęgniarek i Położnych
33-100 Tarnobrzeg
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 NRPIP	4
Stanowisko Ogólnopolskiego Porozumienia Samorządów Zawodów Zaufania Publicznego	6
Rozmowa prezesa Andrzeja Sokołowskiego z „Menadżerem Zdrowia”	7
Odpowiedź NIPiP	8

II. 35 lat samorządu zawodowego

Relacja z obchodów jubileuszu 35-lecia samorządu	10
Rok jubileuszowy: 35-lecie samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych.	19

III. ZAWÓD

Stanowisko głównego inspektora sanitarnego w sprawie standardu higieny rąk personelu	21
Stanowisko Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego	23
Stanowisko Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie pielęgniarstwa opieki długoterminowej	24
Stanowisko Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie pielęgniarstwa opieki długoterminowej	25
Stanowisko Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego	26

IV. KURSY

Harmonogram kursów i szkoleń	28
------------------------------------	----





STANOWISKO NR 15

Z prac NRPiP

Stanowisko nr 15 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z 17 czerwca 2026 r.

w sprawie uznania pracy pielęgniarek i pielęgniarzy zatrudnionych w Szpitalnych Oddziałach Ratunkowych, zakładach opiekuńczo - leczniczych psychiatrycznych, zakładach pielęgnacyjno - opiekuńczych psychiatrycznych, domów pomocy społecznej o profilu psychiatrycznym, izbach przyjęć szpitali psychiatrycznych oraz oddziałach chorób zakaźnych za pracę o szczególnym charakterze oraz objęcia tej grupy zawodowej uprawnieniami do emerytur pomostowych

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, działając na podstawie art. 4 ust. 1 pkt 1 i 2 ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (t.j. Dz. U. z 2025 r., poz. 1760), zwraca się do Ministra Zdrowia, Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej oraz Parlamentu Rzeczypospolitej Polskiej o podjęcie pilnych działań legislacyjnych zmierzających do uznania pracy pielęgniarek i pielęgniarzy zatrudnionych w Szpitalnych Oddziałach Ratunkowych, zakładach opiekuńczo - leczniczych psychiatrycznych, zakładach pielęgnacyjno - opiekuńczych psychiatrycznych, domach pomocy społecznej o profilu psychiatrycznym, izbach przyjęć szpitali psychiatrycznych oraz oddziałach chorób zakaźnych za pracę o szczególnym charakterze w rozumieniu ustawy z dnia 19 grudnia 2008 r. o emeryturach pomostowych (t.j. Dz. U. z 2024 r., poz. 1696) oraz objęcia tej grupy zawodowej prawem do emerytur pomostowych.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych podkreśla, że przy kwalifikowaniu pracy jako pracy o szczególnym charakterze decydujące znaczenie powinien mieć rzeczywisty charakter wykonywanych obowiązków, zakres odpowiedzialności oraz wymagany poziom sprawności psychofizycznej, a nie wyłącznie nazwa stanowiska pracy czy miejsce zatrudnienia. Stanowisko to pozostaje zgodne z dotychczasową wykładnią przepisów ustawy o emeryturach pomostowych prezentowaną przez Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej oraz przesłankami określonymi w art. 3 ust. 3 ww. ustawy.

Zgodnie z tym przepisem za prace o szczególnym charakterze uznaje się prace wymagające szczególnej odpowiedzialności oraz szczególnej sprawności psychofizycznej, których możliwość należytego wykonywania w sposób niezagrażający bezpieczeństwu

publicznemu, zdrowiu lub życiu innych osób zmniejsza się przed osiągnięciem wieku emerytalnego wskutek pogorszenia sprawności psychofizycznej związanej z procesem starzenia. W ocenie Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych przesłanki te w pełni spełniają pielęgniarki i pielęgniarze wykonujący zawód w Szpitalnych Oddziałach Ratunkowych, zakładach opiekuńczo - leczniczych psychiatrycznych, zakładach pielęgnacyjno - opiekuńczych psychiatrycznych, izbach przyjęć szpitali psychiatrycznych oraz oddziałach chorób zakaźnych. Pielęgniarki i pielęgniarze zatrudnieni w Szpitalnych Oddziałach Ratunkowych uczestniczą przez całą dobę w udzielaniu świadczeń osobom znajdującym się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, wykonują medyczne czynności ratunkowe, prowadzą segregację medyczną pacjentów oraz współuczestniczą w działaniach bezpośrednio ratujących życie. Ich praca wykonywana jest pod nieustanną presją czasu, w warunkach wysokiego ryzyka zawodowego i przy konieczności podejmowania natychmiastowych decyzji mających bezpośredni wpływ na życie i zdrowie pacjentów. Personel pielęgniarski SOR pozostaje stale narażony na kontakt z ciężkimi urazami, nagłymi zgonami, zdarzeniami masowymi, agresją pacjentów i ich rodzin oraz na ekspozycję na czynniki biologiczne. Zakres odpowiedzialności i obciążeń psychofizycznych tej grupy zawodowej jest tożsamy z zakresem obowiązków członków zespołów ratownictwa medycznego, którzy już obecnie korzystają z uprawnień wynikających z ustawy o emeryturach pomostowych.

Praca pielęgniarek i pielęgniarzy zatrudnionych w izbach przyjęć szpitali psychiatrycznych oraz psychiatrycznych zakładach opiekuńczo - leczniczych i pielęgnacyjno - opiekuńczych wiąże się z całodobową opieką nad osobami znajdującymi się w ostrych kryzysach psychicznych oraz z ciężkimi i przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi. Obejmuje ona stałą ocenę stanu zdrowia pacjentów, monitorowanie ich bezpieczeństwa, zapobieganie zachowaniom autoagresywnym i agresywnym oraz podejmowanie natychmiastowych działań w sytuacjach zagrożenia zdrowia lub życia. Wykonywanie tych obowiązków wymaga ponadprzeciętnej odporności psychicznej, szybkiej oceny ryzyka oraz wysokiej odpowiedzialności za osoby często niesamodzielne. Długotrwała praca w warunkach permanentnego napięcia emocjonalnego, częstej ekspozycji na agresję fizyczną i słowną oraz stałej odpowiedzialności za bezpieczeństwo pacjentów prowadzi do stopniowego wyczerpywania zasobów psychofizycznych pracowników.

Praca pielęgniarek i pielęgniarzy zatrudnionych w oddziałach chorób zakaźnych wiąże się ze stałą ekspozycją na czynniki biologiczne mogące stanowić bezpośrednie zagrożenie dla zdrowia i życia

personelu. Szczególne znaczenie tej pracy zostało uwidocznione podczas epidemii i pandemii chorób zakaźnych, kiedy personel pielęgniarski pozostawał na pierwszej linii walki z zagrożeniami epidemiologicznymi. Wykonywanie obowiązków zawodowych wymaga zachowania najwyższych standardów bezpieczeństwa biologicznego, ciągłej koncentracji, szczególnej odpowiedzialności oraz odporności psychicznej związanej z codziennym kontaktem z pacjentami cierpiącymi na choroby zakaźne. Długotrwała ekspozycja na zagrożenia biologiczne oraz praca w reżimie sanitarnym powodują przyspieszone zużycie sił psychofizycznych personelu.

Liczne badania naukowe oraz wyniki międzynarodowych projektów badawczych potwierdzają, że wieloletnia praca zmianowa prowadzi do pogorszenia sprawności psychofizycznej, zwiększa ryzyko chorób układu krążenia, zaburzeń metabolicznych, chorób nowotworowych oraz problemów zdrowia psychicznego.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych wskazuje, że brak objęcia pielęgniarek i pielęgniarzy zatrudnionych w wymienionych jednostkach ochroną przewidzianą w ustawie o emeryturach pomostowych prowadzi do nieuzasadnionego zróżnicowania sytuacji prawnej pracowników wykonujących pracę o porównywalnym stopniu odpowiedzialności, ryzyka zawodowego oraz obciążenia psychofizycznego. W szczególności brak jest racjonalnych przesłanek uzasadniających odmienne traktowanie pielęgniarek i pielęgniarzy zatrudnionych w Szpitalnych Oddziałach Ratunkowych względem personelu wykonującego medyczne czynności ratunkowe w zespołach ratownictwa medycznego, a także personelu psychiatrycznego i zakaźnego wykonującego pracę wymagającą analogicznego poziomu sprawności psychofizycznej oraz odpowiedzialności za bezpieczeństwo innych osób.

Mając na uwadze powyższe, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych wnosi o rozszerzenie katalogu prac o szczególnym charakterze określonego w ustawie o emeryturach pomostowych o pracę pielęgniarek i pielęgniarzy wykonujących zawód w wymienionych jednostkach organizacyjnych ochrony zdrowia oraz objęcie pielęgniarek i pielęgniarzy zatrudnionych w tych jednostkach prawem do emerytur pomostowych na zasadach odpowiadających rzeczywistemu zakresowi odpowiedzialności, poziomowi ryzyka zawodowego oraz stopniowi obciążenia psychofizycznego wynikającego z wykonywania zawodu.

Sekretarz NRPI **Kamilla Gólc**
Prezes NRPI **Mariola Łodzińska**





STANOWISKO OGÓLNOPOLSKIEGO POROZUMIENIA SAMORZĄDÓW

Stanowisko Ogólnopolskiego Porozumienia Samorządów Zawodów Zaufania Publicznego **w sprawie bezpieczeństwa osób wykonujących zawody zaufania publicznego oraz społecznego zaufania do tych zawodów.**

W przestrzeni publicznej coraz częściej obserwujemy sytuacje, w których pojedyncze zdarzenia stają się podstawą do formułowania daleko idących ocen wobec całych środowisk zawodowych wykonujących zawody zaufania publicznego. Nie ma wątpliwości, że rzeczone przypadki są poruszające i akcentowane w debacie publicznej i potrzeba ich niezwłocznego wyjaśnienia jest uzasadniona i ważna dla wszystkich. Podzielamy i wspieramy stanowisko, że każda sprawa powinna być oceniana przez właściwe organy, z poszanowaniem obowiązujących procedur, prawa oraz zasady indywidualnej odpowiedzialności. Niedopuszczalne jest przenoszenie odpowiedzialności jednostki na całe środowisko zawodowe ani podważanie społecznego zaufania do instytucji wykonujących zadania o szczególnym znaczeniu dla ochrony praw, zdrowia, bezpieczeństwa i interesu publicznego.

Słowa mają znaczenie. Debata publiczna oraz przekazy medialne powinny uwzględniać odpowiedzialność za ich społeczne konsekwencje. Budowanie przekazu opartego na emocjach, uproszczeniach lub zbiorowej odpowiedzialności może prowadzić do narastania agresji słownej i fizycznej wobec osób wykonujących zawody zaufania publicznego oraz osłabiać zaufanie obywateli do instytucji państwa. Narastająca agresja – zarówno w przestrzeni publicznej, jak i w bezpośrednich relacjach z osobami wykonującymi zadania o szczególnym znaczeniu dla dobra wspólnego – stanowi zjawisko budzące poważny niepokój i wymagające wspólnej reakcji państwa oraz społeczeństwa. Odpowiedzialność zawsze ma charakter indywidualny i powinna być oceniana na podstawie faktów oraz obowiązujących procedur, a nie pod wpływem emocji czy uogólnień.

Zawody zaufania publicznego pełnią szczególną rolę w demokratycznym państwie prawnym, realizując zadania służące ochronie życia i zdrowia, bezpieczeństwa, praw obywatelskich oraz innych istotnych wartości publicznych. Fundamentem wykonywania tych zawodów są kompetencje, odpowiedzialność, etyka oraz społeczne zaufanie. Osłabianie

tego zaufania wpływa negatywnie nie tylko na przedstawicieli poszczególnych profesji, lecz przede wszystkim na bezpieczeństwo obywateli oraz prawidłowe funkcjonowanie państwa. Apelujemy do wszystkich uczestników życia publicznego – przedstawicieli mediów, osób pełniących funkcje publiczne, organizacji społecznych oraz wszystkich uczestników debaty publicznej – o odpowiedzialność za przekaz kierowany do społeczeństwa. Rzetelna dyskusja dotycząca funkcjonowania instytucji i zawodów zaufania publicznego jest potrzebna i stanowi element demokratycznego państwa prawa. Powinna jednak opierać się na faktach, poszanowaniu godności każdego człowieka oraz unikaniu narracji prowadzących do stygmatyzacji całych grup zawodowych. Jednocześnie podkreślamy, że troska o najwyższe standardy wykonywania zawodów zaufania publicznego, transparentność działań oraz rzetelne wyjaśnianie wszelkich sytuacji mogących budzić społeczne wątpliwości pozostają niezbędnym elementem budowania zaufania obywateli. Odpowiedzialność za wykonywanie zawodu oraz odpowiedzialność za słowo powinny pozostawać wartościami wzajemnie się uzupełniającymi, służąc ochronie dobra wspólnego i umacnianiu zaufania do państwa oraz jego instytucji.

*Przewodnicząca Ogólnopolskiego Porozumienia
Samorządów Zawodów Zaufania Publicznego*

Mariola Łodzińska

Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych





ROZMOWA PREZESA ANDRZEJA SOKOŁOWSKIEGO

Prezes Andrzej Sokołowski w rozmowie z „Menedżerem Zdrowia” wskazuje, że aby zwiększyć zainteresowanie zawodem, należy wprowadzić pewne zasady normalności w zawodzie pielęgniarskim.

- Kiedyś pielęgniarki były partnerami lekarzy, wykonywały wiele bardzo ważnych funkcji, a różnica finansowa między nimi nie była aż tak bardzo duża jak dzisiaj. Chętnych do zawodu było więcej, bo szkół pielęgniarskich było całe mnóstwo. Potem pewna grupa postanowiła wybić się na niezależność i bardzo dużo zarabiać. Powstała Naczelna Rada Pielęgniarek i zaczęła ciągnąć ten zawód w górę – przypomina ekspert.

W jego ocenie doprowadziło to do tego, że wiele pielęgniarek chce mieć pensje jak lekarze, mimo że nie mają takich uprawnień jak oni i bez nich nie mogą leczyć.

- Mimo to w wielu miejscach zarabiają już tyle, co lekarze. W efekcie panie chcą być całkowicie niezależne, bo w końcu mają wyższe studia – zwraca uwagę w rozmowie z „Menedżerem Zdrowia” prezes OSSP.
- Trudno jednak te studia porównać do studiów lekarskich, zwłaszcza że wiele uczelni uczyniło z tego metodę zarabiania. Pielęgniarki robiły połowę studiów na comiesięcznych zjazdach w postaci licencjatu, a potem dorabiały dwa lata i były już magistrami. Trudno tak się nauczyć medycyny – dodaje Andrzej Sokołowski.

Wojna w zawodzie pielęgniarskim

Jak mówi prezes OSSP, pielęgniarki te po studiach wracały do szpitali z hasłem „jesteśmy lekarzami, mamy takie same pensje”.

- Spowodowało to wojnę w zawodzie pielęgniarskim. Pielęgniarki, które nie miały wyższych studiów, dostawały grosze, a te z magisterium dostawały relatywnie bardzo duże pieniądze. Poza tym ten zawód się zniszczył, bo pani magister – nie każda, ale w dużej części – nie jest po to, żeby „podcierać tyłek” pacjentom, karmić ich czy pobierać krew. Mówią, że przecież one mają takie samo wykształcenie jak lekarze i nadają się do kierowania jako oddziałowe, przełożone – twierdzi Andrzej Sokołowski.

ski, dodając, że ten zawód się pogubił.

- Kiedyś mówiono, że rolą pielęgniarki jest pielęgnacja pacjentów. Tego już prawie nie ma. Do tego zawodu szły dziewczyny, które nie chciały lub nie mogły – ze względów ekonomicznych czy rodzinnych – iść na studia – dodaje.
- Podkreślę, że był to zawód bardzo szanowany. Dziewczyna, która nie zrobiła matury, ale skończyła pięcioletnią szkołę pielęgniarską, była w pracy bardzo szanowana – mówi ekspert.
- Pracuję w tym zawodzie od 1979 r. i pamiętam, jak pielęgniarki po takiej szkole spokojnie pracowały i dyżurowały. Były w stanie wszystko zrobić, bo przez pięć lat chodziły na oddziały szpitalne, miały praktyki – ocenia.

Skończyć z pielęgniarkami z wyższym wykształceniem

Co zrobić, by młodzi ludzie garnęli się do tego zawodu?

Zdaniem Andrzeja Sokołowskiego należy wrócić do szkół pielęgniarskich, skończyć z pielęgniarkami z wyższym wykształceniem i ich ogromnymi ambicjami.

- Kiedyś pielęgniarka po szkole pielęgniarskiej szła na licencjat czy studia, zostawała magistrem i jako jedna z 15–30 pielęgniarek w rejonie miała kwalifikacje, żeby być przełożoną. Dzisiaj ambicje im w tym przeszkadzają. Ponadto nie przechodzą przez żadne kliniki, zdają egzaminy na uczelniach – twierdzi prezes OSSP.

Sokołowski wspomina, że kiedy otworzył praktykę lekarską, pracował z dwiema pielęgniarkami.

- One były moimi oczami i uszami. Nigdy mnie nie zawiodły, to były dziewczyny z praktyką, dzisiaj zdecydowanie tego brakuje. Za tamtych czasów nie było opiekunek, było za to sporo pielęgniarek – wspomina.

Jak dodaje, czasy komuny były złe, ale panował duży porządek w ochronie zdrowia, który od ćwierćwiecza się wali.

Pielęgniarki w dużej mierze rozłożyły ochronę zdrowia

- Od 25 lat żadna ekipa polityczna nie zdecydowała się zrobić porządku. Ministrowie idą do tego resortu po to, żeby zabezpieczyć placówki, z których przyszli i do których wrócą – stwierdza Andrzej Sokołowski.
- To pielęgniarki, poprzez kontrakty, w dużej mierze rozłożyły ochronę zdrowia. Mówiły: „Skoro jeste-

śmy równe lekarzom, a oni miewają takie umowy, to my też chcemy je podpisywać” – dodaje.

W ten sposób – zdaniem prezesa – zdemontowano system.

- Lata temu pracowałem na szpitalnym oddziale ratunkowym i nie przypominam sobie, żeby pacjent czekał na spotkanie ze mną dłużej niż 15 minut. Byłem zatrudniony też w klinice chorób wewnętrznych w gdańskiej Akademii Medycznej. Tam był lekarz oddziału, drugi lekarz oddziału i lekarz izby przyjęć, który przyjmował pacjentów, dawał zlecenia, wypisywał recepty, odsyłał do domu, wzywał karetki... Z dwiema pielęgniarkami. Co jest dzisiaj? Zdeastrowano izby przyjęć – podsumowuje rozmowę z „Menedżerem Zdrowia” Andrzej Sokołowski.

Z prac NRPIiP

ODPOWIEDŹ NIPiP



Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych z niepokojem i oburzeniem przyjmuje wypowiedzi Andrzeja Sokołowskiego, prezesa Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Szpitali Prywatnych sugerujące, że wyższe wykształcenie „zniszczyło” zawód pielęgniarki zawarte w artykule „Wyższe studia zniszczyły zawód pielęgniarki” (autor Bartosz Dyląg, publikacja 1 lipca 2026, r). Tego rodzaju tezy nie znajdują uzasadnienia ani w obowiązującym prawie, ani w standardach europejskich, ani w kierunkach rozwoju systemów ochrony zdrowia w państwach rozwiniętych. W związku z tym Prezes NRPIiP zwróciła się do redaktora naczelnego „Menedżera Zdrowia” z prośbą o publikację odpowiedzi.

Publiczna debata o przyszłości ochrony zdrowia powinna opierać się na faktach, wzajemnym szacunku i odpowiedzialności za bezpieczeństwo pacjentów, a nie na stereotypach, które deprecjonują zawody medyczne i podważają ich dorobek. Rozwój pielęgniarstwa i położnictwa jest jednym z fundamentów nowoczesnego systemu ochrony zdrowia i pozostaje zgodny z kierunkiem wyznaczanym przez światowe oraz europejskie standardy opieki. Trudno zaakceptować narrację, w której podnoszenie kwalifikacji zawodowych pielęgniarek i położnych przedstawiane jest jako problem. Zarzut, że Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych „ciągnie zawód w górę”, powinien być powodem do uznania, a nie krytyki. Rolą samorządu zawodowego jest właśnie rozwój zawodu, podnoszenie standardów kształcenia, wzmacnianie kompetencji i budowanie prestiżu profesji. Tak postępują wszystkie nowoczesne systemy ochrony zdrowia na świecie. Szczególnie bulwersujące jest deprecjonowanie wyższego wykształcenia pielęgniarek i położnych oraz sugerowanie, że studia są jedynie „metodą zarabiania uczelni”. Obowiązujący model kształcenia nie jest efektem środowiskowych ambicji, lecz wynika z prawa krajowego, dyrektyw Unii Europejskiej oraz standardów międzynarodowych. Polska, jako państwo członkowskie Unii Europejskiej, zobowiązała się do realizacji jednolitych standardów kształcenia pielęgniarek odpowiedzialnych za opiekę ogólną, określonych w Dyrektywie Parlamentu Europejskiego i Rady 2005/36/WE oraz jej nowelizacji. Dzisiejsza pielęgniarka i położna zdobywa wiedzę na studiach wyższych, odbywa kształcenie kliniczne, uczestniczy w specjalizacjach, kursach kwalifikacyjnych i ustawicznym doskonaleniu zawodowym. Jest to standard obowiązujący we wszystkich rozwinię-

tych systemach ochrony zdrowia.

Takie słowa obrażają tysiące osób, które poświęciły lata na zdobywanie wiedzy, często łącząc naukę z pracą zawodową, dyżurami i obowiązkami rodzinnymi. Nikt nie kwestionuje wartości wykształcenia lekarzy. Tym bardziej nie wolno podważać wartości wykształcenia innych zawodów medycznych. Niepokojące jest także przeciwstawianie pielęgniarek, położnych lekarzom. Współczesna medycyna opiera się na pracy zespołowej, wzajemnym szacunku i partnerstwie wszystkich zawodów medycznych. Nikt rozsądny nie twierdzi, że pielęgniarki, położne chcą być lekarzami. Chcą natomiast być traktowane zgodnie ze swoimi kwalifikacjami, odpowiedzialnością i rzeczywistym zakresem wykonywanej pracy. Aby to zrozumieć należy poznać kwalifikacje i kompetencje, które posiadamy jako grupa zawodowa. Być może warto przypomnieć, że pielęgniarstwo i położnictwo są samodzielnymi zawodami medycznymi, opartymi na wiedzy, kompetencjach klinicznych, odpowiedzialności zawodowej i etycznej oraz bezpośredniej pracy z pacjentem. Wyższe wykształcenie nie oddaliło pielęgniarek i położnych od pacjentów. Przeciwnie – przygotowało je do sprawowania bezpiecznej, nowoczesnej i kompleksowej opieki w systemie, w którym pacjenci są coraz starsi, częściej chorują przewlekle, wymagają wielospecjalistycznej opieki, edukacji zdrowotnej, profilaktyki, monitorowania terapii i koordynacji świadczeń.

Cały świat inwestuje dziś w rozwój pielęgniarstwa i położnictwa. Światowa Organizacja Zdrowia jednoznacznie wskazuje, że wzmacnianie kompetencji pielęgniarek i położnych jest jednym z kluczowych elementów poprawy bezpieczeństwa zdrowotnego społeczeństw. Kraje o najlepiej funkcjonujących systemach ochrony zdrowia rozszerzają ich kompetencje, zwiększają samodzielność zawodową i zachęcają do zdobywania coraz wyższych kwalifikacji. Polska nie może iść w odwrotnym kierunku.

Szczegółnej ochrony wymaga również zawód położnej. Położna nie jest „odmianą” pielęgniarki ani zawodem pomocniczym. Jest samodzielnym zawodem medycznym, posiadającym odrębny zakres kompetencji, związany z opieką nad kobietą w okresie ciąży, porodu, porożu, nad noworodkiem, a także z edukacją, profilaktyką i opieką nad kobietą na różnych etapach życia. Odrębność zawodu położnej jest wartością systemową i powinna być utrzymana.

W państwach europejskich i w wielu krajach OECD rozwój pielęgniarstwa idzie w kierunku większej, a nie mniejszej samodzielności. Komisja Europejska wskazuje, że kwalifikacje pielęgniarek odpowiedzialnych za opiekę ogólną podlegają automatycznemu uznawaniu w ramach systemu uznawania kwalifikacji

zawodowych. Światowa Organizacja Zdrowia w raporcie „State of the world’s nursing 2025” podkreśla znaczenie inwestowania w edukację, miejsca pracy, przywództwo i rozwój pielęgniarstwa, w tym pielęgniarstwa zaawansowanej praktyki.

W wielu systemach ochrony zdrowia pielęgniarki prowadzą samodzielne poradnie, monitorują pacjentów z chorobami przewlekłymi, ordynują określone leki, zlecają wybrane badania, koordynują opiekę i pełnią funkcje zaawansowanej praktyki klinicznej. Kierunek ten nie wynika z „ambicji” środowiska, lecz z potrzeb pacjentów, niedoborów kadrowych, rozwoju medycyny i konieczności racjonalnego wykorzystania kompetencji wszystkich zawodów medycznych.

Dlatego przeciwstawianie wykształcenia praktycy jest fałszywą alternatywą. Dobre pielęgniarstwo i położnictwo wymagają zarówno doświadczenia klinicznego, jak i solidnego przygotowania akademickiego. Pielęgniarki wykształcone w poprzednich systemach kształcenia wniosły ogromny wkład w rozwój polskiej ochrony zdrowia. Nie może to jednak oznaczać kwestionowania potrzeby nowoczesnego kształcenia kolejnych pokoleń.

Problemem polskiego systemu nie jest to, że pielęgniarki i położne mają zbyt wysokie kwalifikacje. Problemem jest to, że system nadal zbyt często nie wykorzystuje ich kompetencji, nie zapewnia odpowiednich norm zatrudnienia, bezpiecznych warunków pracy, przejrzystych ścieżek rozwoju zawodowego i właściwej organizacji opieki.

Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych podkreśla, że przyszłość ochrony zdrowia nie polega na cofnięciu pielęgniarstwa i położnictwa do modelu zawodów podporządkowanych. Przyszłość systemu wymaga partnerskiej współpracy zawodów medycznych, jasnego podziału kompetencji, wzajemnego szacunku oraz pełnego wykorzystania potencjału pielęgniarek i położnych dla dobra pacjentów. Postulat likwidacji wyższego wykształcenia pielęgniarek i położnych jest nie tylko całkowicie oderwany od realiów współczesnej medycyny, ale pozostaje w sprzeczności z prawem Unii Europejskiej, światowymi standardami kształcenia oraz interesem polskich pacjentów. Cofanie pielęgniarstwa i położnictwa do modelu sprzed kilkudziesięciu lat oznaczałoby świadome obniżanie jakości i bezpieczeństwa opieki zdrowotnej. Na takie działania nie ma naszej zgody.

Siłą współczesnej ochrony zdrowia są kompetencje, współpraca i wzajemny szacunek – nigdy deprecjonowanie tych, którzy każdego dnia stoją najbliżej pacjenta!

35 LAT SAMORZĄDU ZAWODOWEGO

W dniu 16. maja 2026 roku w Centrum Sztuki Mościce odbyły się jubileuszowe obchody 35-lecia samorządu pielęgniarek i położnych. Po wprowadzeniu sztandaru i odśpiewaniu hymnu głos zabrała przewodnicząca ORPiP.

35 lat Samorządu



- **Prezydent miasta Tarnowa**



- **Przedstawiciel wojewody małopolskiego**



Obchody rozpoczęły się w Kościele – mszę św. celebrował ksiądz proboszcz Parafii Królowej Polski w Mościcach. W mszy uczestniczył sztandar okręgowej izby pielęgniarek i położnych wraz z poczem sztandarowym oraz panie pielęgniarki i położne.

W spotkaniu w Centrum Sztuki w Mościcach uczestniczyli zaproszeni goście:

- Przedstawiciele OIPiP z Krakowa, Krosna i Nowego Sącza.
- Wiceprezes OIL w Tarnowie
- Dyrektorzy szpitali, naczelnie pielęgniarki
- Członkowie rady okręgowej, członkowie organów
- Dyrektor MCS



- Pielęgniarki i położne
- Pracownicy biura

Zarozszeni goście składali gratulacje przewodniczącej ORPIP w Tarnowie.





Podczas części oficjalnej zostały wręczone odznaczenia samorządowe:

- **Anna Fido** - srebrna odznaka za zasługi dla samorządu pielęgniarek i położnych
- **Lucyna Sułek** - brązowa odznaka za zasługi dla samorządu pielęgniarek i położnych
- **Elżbieta Lisak** - brązowa odznaka za zasługi dla samorządu pielęgniarek i położnych



Oraz statuetki:

- Anna Bogusz
- Danuta Sępek
- Jadwiga Tarsia
- Krystyna Florek-Tarczoń
- Grażyna Prząda-Radziszewska
- Damian Matusik



Ponieważ 12 maja obchodzony jest dzień pielęgniarki a 8 maja dzień położnej ORPIP podjęła decyzję aby połączyć obchody jubileuszowe z obchodami święta pielęgniarek i położnych.

W roku 2026 panie pielęgniarki, które rozwijają swoje artystyczne pasje miały okazję zaprezentować swoje prace-obrazy, rękodzieła, zdjęcia. Prace prezentowały:

Sara Śledź, Ewa Kuliś, Ewa Urbanik, Kornelia Urbaś, Ewa Milewska, Urszula Morańska

Paniom zostały wręczone listy gratulacyjne oraz kwiaty.



Zaprezentowany został film, który obrazuje 35 lat pracy samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych.

Po części oficjalnej pani **Małgorzata Markowska** wraz z zespołem zaprezentowała repertuar Agnieszki Osieckiej.



35 lat Samorządu

Uczestnicy spotkania jubileuszowego otrzymali pamiątkowe pinsy, które z okazji jubileuszu 35-lecia samorządu zostały zaprojektowane i wykonane dla wszystkich osób które uczestniczyły w obchodach.



W spotkaniu uczestniczyło 257 osób.





ROK JUBILEUSZOWY: 35-LECIE SAMORZĄDU ZAWODOWEGO

Rok jubileuszowy: 35-lecie samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych.

Obchodzimy ważny jubileusz - 35 lat istnienia samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych. Historia samorządu powinna być powodem do dumy: pielęgniarki i położne stały się oficjalnym głosem środowiska w kształtowaniu polityki zdrowotnej, podnoszeniu standardów zawodowych i bezpieczeństwa pacjentów.

Samorząd pielęgniarek i położnych powstał 19 kwietnia 1991 roku, na mocy ustawy o samorządzie pielęgniarek i położnych, uchwalonej przez Sejm. Było to wynikiem przemian społeczno - politycznych po 1989 roku, które doprowadziły do powołania Ogólnopolskiego Tymczasowego Komitetu Organizacyjnego Samorządu Pielęgniarek i Położnych

Po obradach Okrągłego Stołu i reformach w 1989 roku zaczęto tworzyć struktury samorządowe.

Trzeba było nadzwyczajnego wysiłku kilku tysięcy pielęgniarek, pielęgniarzy i położnych, wywodzących się z różnych środowisk zawodowych, politycznych i związkowych, by po raz pierwszy w historii, zostali uznani za odrębną grupę zawodową. 35 lat temu przestaliśmy być pomocą medyczną.

Dziś, wykonujemy zawody samodzielne, które zyskały rangę zawodów zaufania publicznego. Przez ten okres wypracowane zostały wysokie standardy kształcenia zawodowego i kształcenia podyplomowego, budujące nasz profesjonalizm.

Utworzenie samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych to praca ogromnej rzeszy pielęgniarek i położnych w Polsce, wywodzących się z różnych środowisk zawodowych, politycznych i związkowych. Po kilku latach niełatwych zmagających powstała organizacja, której celem działania jest reprezentowanie, a w sytuacjach trudnych obrona interesów środowiska zawodowego.

Jednostkami organizacyjnymi samorządu jest Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych oraz Okręgowe Izby powołane uchwałą Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych.

Od momentu powstania samorządu w 1991 roku do chwili obecnej, nastąpiło wiele zmian dotyczących naszych zawodów.

Dokonała się transformacja kształcenia przed i podyplomowego. Dzięki niej pielęgniarki i położne są coraz lepiej wykształconymi profesjonalistami, a kształcenie zostało dostosowane do wymogów Unii Europejskiej. Odbyna się ono na poziomie wyższym zawodowym.

Zorganizowany został również system kształcenia podyplomowego. Samorząd podejmuje także decyzje i wydaje zezwolenia na indywidualną i grupową praktykę pielęgniarek i położnych, dzięki czemu sprawowany jest nadzór nad wykonywaniem zawodu, a tym samym nad jakością świadczeń zdrowotnych. Wszystkie działania podejmowane przez samorząd pielęgniarek i położnych mają na celu zapewnienie bezpieczeństwa polskiemu społeczeństwu, które korzysta z usług świadczonych przez pielęgniarki i położne.

Dziękuję z całego serca wszystkim pielęgniarkom i położnym, które tworzyły ten samorząd. Dziękuję za wasze poświęcenie, za wasz czas, za waszą społeczną pracę. Mam nadzieję, że nadal będziemy działać tak prężnie i robić wszystko, by poprawić sytuację pielęgniarek i położnych

Składam serdeczne podziękowania wszystkim pionierkom i kontynuatorkom za ogromny wkład pracy w tworzenie podwalin i korzeni Naszego samorządu. Nie każdy zawód może tworzyć samorząd zawodowy. Nam się udało. Miejmy, zatem odwagę, aby realizować swoje marzenia. Dziękuję za trzydzieści pięć lat wspólnej pracy i współpracy, za zaangażowanie, wierność wartościom i bezinteresowność. Życzę wytrwałości i satysfakcji, a przede wszystkim wiary w to, że razem możemy zdziałać więcej

Można śmiało powiedzieć, że powołując do życia samorząd, otwarto nowy rozdział w historii pielęgniarstwa i położnictwa, którego motto brzmi: „NIC O NAS BEZ NAS”. Poprzez przyznanie samorządowi prawa do sprawowania pieczy i nadzoru nad należytych wykonywaniem naszych zawodów w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony, każdy z nas stał się immanentną częścią władztwa państwowego. Poprzez przejęcie jego uprawnień i obowiązków, każdy z nas daje wyraz wiarygodności i rzetelności w prowadzeniu spraw zawodowych. Oznacza to również zaufanie członków do własnej organizacji, ale także obywateli do naszej organizacji i jej członków. Uprawnienia, które uzyskaliśmy to następny etap. Wynikające z ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej, która reguluje status zawodowy pielęgniarek i położnych

jako zawodów samodzielnych. Zawody pielęgniarstwa i położnictwa są zawodami zaufania publicznego. Oznacza to społeczne zaufanie, polegające na założeniu, że wszyscy, którzy wykonują zawód pielęgniarstwa czy położnictwa, kierują się dobrą wolą i właściwymi motywacjami, dokładają należytej staranności zawodowej oraz prezentują wartości i postawy etyczne takie, jakich społeczeństwo od tych zawodów oczekuje. Byliśmy i jesteśmy środowiskiem, które nie czeka biernie, aż ktoś ofiaruje mu lepsze jutro. Od lat aktywnie włączamy się w proces zmian.

Dzieje samorządu zawodowego pielęgniarstwa i położnictwa to także w pewnym sensie historia karier zawodowych osób, które miały odwagę, siłę i determinację podjąć się dzieła przekształcenia pielęgniarstwa polskiego. Trzydzieści pięć lat samorządu zawodowego sprzyja refleksji i dyskusji nad przyszłością i dalszym funkcjonowaniem organizacji, której istotą jest wzmacnianie struktury demokratycznego państwa, umacnianie społeczeństwa świadomego i odpowiedzialnego za określony obszar aktywności zawodowej i społecznej.

ILONA TUŁODZIECKA

„po raz pierwszy w historii pielęgniarstwa w Polsce pozwolono naszej grupie zawodowej decydować o sobie oraz zwrócono uwagę, że stanowimy odrębną grupę zawodową, a nie tylko pomoc medyczną. Można śmiało powiedzieć, że powołując do życia samorząd otworzyliśmy nowy rozdział w historii”.

Polska historia legislacyjna samorządu zawodowego jest długa. Zrozumienie jej ewolucji jest fundamentalne. Pozwala to w pełni pojąć rolę samorządu w systemie ochrony zdrowia. Początki autonomii zawodowej sięgają okresu przedwojennego. Jednak formalna, powojenna regulacja nastąpiła znacznie później. Ustawa o samorządzie pielęgniarstwa i położnictwa z 1991 roku stanowiła przełom. Akt ten uchwalono 19 kwietnia 1991 roku. Wszedł on w życie 14 maja 1991 roku. Samorząd chroni zawód, dając pielęgniarkom i położnym własną reprezentację. Ustawa z 1991 roku miała na celu uregulowanie statusu zawodowego. Dawała ona narzędzia do sprawowania pieczy nad wykonywaniem zawodu. Była odpowiedzią na potrzeby środowiska medycznego. Na przykład, potrzebę standaryzacji kwalifikacji oraz etyki. Był to pierwszy tak

kompleksowy akt prawny.

Zrozumienie funkcji i znaczenia samorządu jest kluczowe. Samorząd pielęgniarstwa i położnictwa to niezależna reprezentacja zawodowa. Podlega on wyłącznie przepisom prawa. Jest to podmiot publiczny, ale działa autonomicznie. Posiada on osobowość prawną. Główny cel samorządu zawodowego to sprawowanie pieczy nad należytym wykonywaniem zawodów. Obejmuje to dbanie o etykę oraz podnoszenie kwalifikacji. Samorząd jest niezależny w wykonywaniu swoich zadań. Dbą o interesy zawodowe i społeczne pielęgniarstwa i położnictwa.





STANOWISKI GŁÓWNEGO INSPEKTORA SANITARNEGO

STANOWISKO GŁÓWNEGO INSPEKTORA SANITARNEGO W SPRAWIE STANDARDU HIGIENY RĄK PERSONELU WYKONUJĄCEGO CZYNNOŚCI W OBSZARZE OPIEKI NAD PACJENTAMI

Międzynarodowy konsensus dotyczący higieny rąk jest najbardziej efektywnym sposobem przerywania transmisji drobnoustrojów w środowisku opieki nad pacjentami. Światowa Organizacja Zdrowia w 2004 r. zainicjowała Światowy Sojusz na Rzecz Bezpieczeństwa Pacjentów. W ramach tego programu, w 2009 r. opublikowano wytyczne oparte na aktualnej wiedzy medycznej dotyczące higieny rąk personelu medycznego w szpitalach, a w 2012 r., w placówkach leczenia otwartego. Wytyczne te wprowadziły zasadę higieny rąk opartą na dezynfekcji, pozostawiając mycie rąk wodą i mydłem w sytuacjach, gdy ręce są wizualnie brudne lub skażone materiałem biologicznym, w którym mogą występować laseczki *C. difficile*. Przenoszenie drobnoustrojów chorobotwórczych za pośrednictwem skażonych rąk personelu medycznego stanowi najczęstszą drogę transmisji zakażeń związanych z opieką zdrowotną. Wynika to z właściwości ludzkiej skóry oraz specyfiki drobnoustrojów. Skóra rąk, która ulegnie skażeniu drobnoustrojami chorobotwórczymi, może nawet przez kilka godzin stwarzać warunki do ich przeniesienia na inne osoby oraz ich otoczenie. Udowodniono, że m.in. gronkowce mogą przeżyć na skórze bez dezynfekcji przez 60 min, pałeczki *Acinetobacter* i *Pseudomonas* i spory *C. difficile* ponad 120 min, a rotawirusy 240 min. Ręce personelu medycznego, w szczególności paznokcie, są trudno dostępnym obszarem do dezynfekcji, co ma szczególne znaczenie dla bezpieczeństwa pracy z pacjentami. Jak wykazały badania naukowe, obecność obcych przedmiotów na rękach czy sztucznych powłok na paznokciach zmniejsza skuteczność higieny rąk, co zwiększa ryzyko transmisji drobnoustrojów chorobotwórczych podczas pracy w opiece zdrowotnej. Wynika to, między innymi, z poniższych procesów: powstawanie mikroodprysków i mikroszczelin w sztucznych powłokach na paznokciach, które stanowią sprzyjające środowisko dla drobnoustrojów chorobotwórczych, - obecność sztywnej, sztucznej powłoki utrudnia dokładne oczyszczanie paznokci i skóry na wałach paznokciowych podczas mycia i dezynfekcji rąk, - szczeliny między płytką paznokcia a sztywną, sztuczną powłoką stanowią miejsce sprzyjające depozytom

drobnoustrojów chorobotwórczych, - nieprzezroczyste, sztuczne powłoki uniemożliwiają ocenę wizualną zanieczyszczeń gromadzących się pod paznokciami. Ponadto, nie są znane interakcje między środkami antyseptycznymi do dezynfekcji rąk i materiałami z których wykonane są sztuczne powłoki na paznokciach, co może oznaczać obniżenie efektywności procedur higieny rąk. Obowiązki personelu medycznego i pomocniczego Personel medyczny i pomocniczy jest obowiązany do przestrzegania zasad bezpieczeństwa epidemiologicznego, w szczególności przestrzegania procedur, które minimalizują ryzyko występowania zdarzeń niepożądanych, w tym zakażeń związanych z opieką zdrowotną. Fundamentem wymagań higieniczno-sanitarnych w zakresie higieny rąk jest potwierdzona obserwacja, że skuteczna dezynfekcja skażonej mikrobiologicznie skóry rąk jest możliwa wyłącznie wtedy, gdy nie ma na nich obcych przedmiotów (m.in. biżuteria, w tym obrączki, sygnety, zegarki nadgarstkowe, bransoletki, tipsy) i sztucznych powłok na paznokciach. Główny Inspektorat Sanitarny ul. Targowa 65 | 03-729 Warszawa +48 22 34 53 300 inspektorat@sanepid.gov.pl gov.pl/gis adres e-doręczeń: AE: PL-72760-97472-ESGVB-36Zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, w obszarze opieki nad pacjentem oraz przy wykonywaniu czynności wymagających zachowania zasad aseptyki, personel medyczny i pomocniczy obowiązuje przestrzeganie zasady „Nic poniżej łokcia” (ang. „Bare Below the Elbows”). Jest to podstawa współczesnej strategii zapobiegania zakażeniom związanym z opieką zdrowotną przenoszonym drogą kontaktową, posiadająca silną podbudowę naukową wg EBM (ang. Evidence based medicine) i kliniczną, która obejmuje następujące elementy przygotowania personelu do wykonywania czynności w obszarze opieki nad pacjentem: 1. Ręce wolne od wszelkich ozdób i obcych przedmiotów (m.in. zegarek nadgarstkowy, bransoletki, pierścionki, obrączki, sygnety itp.). 2. Paznokcie naturalne, krótkie, wystające maksymalnie ok. 1-2 mm ponad opuszkę palca, bez żadnych sztucznych, trwałych powłok (m.in. lakieru hybrydowego, innych lakierów i produktów pozostawiających sztywną, trwałą powłokę). 3. Bluza robocza z rękawem powyżej łokcia, zmieniana nie rzadziej niż po każdym dyżurze. Uzupełnieniem powyższych zasad są wymagania określające sposób przygotowania personelu do opieki nad pacjentem: 1. Skóra rąk i paznokcie pielęgnowane profesjonalnymi środkami nietworzącymi trwałych powłok. 2. Paznokcie czyszczone, jeśli wskazane, miękkimi szczotkami jednorazowego użycia. 3. Ręce dezynfekowane zgodnie z aktualnym standardem WHO. 4. Niesterylne rękawiczki ochronne stosowane wyłącznie w sytuacjach bezpośredniego narażenia pracownika na skażenie biologiczne skóry rąk. 5. Stosowanie rękawiczek ochronnych nie zwalnia z obowiązku dezynfekcji rąk przed i po ich użyciu. 6.

Eliminacja zawieszek na szyję, krawatów, identyfikatorów na długiej taśmie, naszyjników, długich kolczyków, słuchawek lekarskich noszonych na szyi. 7. Włosy trwale spięte lub zakryte w sposób zapobiegający ich kontaktowi z pacjentem lub jego otoczeniem. Odpowiedzialność etyczna i prawna. Polskie przepisy określają odpowiedzialność w zakresie wdrażania procedur zapobiegania przenoszeniu zakażeń. Zgodnie z art. 11 i 14 ustawy z 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, kierownicy podmiotów leczniczych oraz inne osoby udzielające świadczeń zdrowotnych są obowiązani do podejmowania działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych, niezależnie od miejsca ich udzielania. Należy to osiągnąć przez m.in. opracowywanie, wdrożenie i aktualizację odpowiednich procedur wewnętrznych, szkolenie personelu oraz prowadzenie kontroli wewnętrznej. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 27 maja 2010 r. w sprawie zakresu, sposobu i częstotliwości prowadzenia kontroli wewnętrznej w obszarze realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych określa zakres kontroli wewnętrznej, która obejmuje ocenę poprawności i skuteczności m.in. procedur zapobiegania zakażeniom i chorobom zakaźnym związanym z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, w tym procedur dekontaminacji, w oparciu o zasady współczesnej wiedzy medycznej, ogólnodostępne standardy i wytyczne ośrodków referencyjnych i konsultantów krajowych. W opinii Głównego Inspektora Sanitarnego, w związku z aktualnymi dowodami naukowymi oraz międzynarodowymi i polskimi zaleceniami oraz standardami akredytacyjnymi, ze względu na ryzyko transmisji drobnoustrojów chorobotwórczych, w tym wielolekoopornych, w podmiotach wykonujących działalność leczniczą należy bezwzględnie egzekwować wszystkie wyżej wymienione zasady przygotowania personelu medycznego i pomocniczego, 2/3 wykonującego czynności związane z opieką nad pacjentami oraz inne czynności wymagające efektywnej higieny rąk, co powinno być uregulowane w wewnętrznych procedurach i regulaminie organizacyjnym podmiotu leczniczego. Osobom, które nie są w stanie zapewnić efektywnej higieny rąk, nie można powierzać prac, podczas których, jest ona wymagana. Należy podkreślić szczególny wymiar etyczny ww. zasad, ponieważ, zgodnie z ustawą z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, podstawowym prawem pacjenta jest prawo do świadczeń medycznych zgodnych z aktualną wiedzą medyczną, w tym, realizowanych z należytą starannością w bezpiecznym środowisku.

Z wyrazami szacunku
Paweł Grzesiowski
Główny Inspektor Sanitarny





STANOWISKO KONSULTANTA WOJEWÓDZKIEGO I

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 pielęgniarstwa asysty do zabiegów operacyjnych w różnych dyscyplinach zabiegowych.

Zgodnie z Załącznikiem nr 1 do Uchwały Nr 277/YI/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 wewnątrzszkolowego 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 r., 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 pielęgniarstwa na odpowiednim poziomie pielęgniarka / położna powinna ukończyć szkolenie podyplomowe prze-

znaczane 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 określone 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



Poznań, dnia 22 czerwca 2026 roku

Stanowisko Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie pielęgniarstwa opieki długoterminowej w sprawie **ordynowania refundowanych opatrunków w leczeniu ran przewlekłych.**

W związku z pojawiającymi się w praktyce przypadkami odmowy wystawienia recept refundowanych na specjalistyczne opatrunki dla pacjentów z ranami przewlekłymi, przedstawiam następujące stanowisko: Podstawy ordynowania refundowanych opatrunków. Osoba uprawniona do wystawiania recept, w tym lekarz, a w zakresie własnych uprawnień również pielęgniarka lub położna posiadająca wymagane kwalifikacje, może ordynować refundowane wyroby medyczne, w tym opatrunki, jeżeli wynika to z oceny stanu klinicznego pacjenta oraz spełnione są warunki refundacji. Od dnia 12 grudnia 2015 r. nie ma obowiązku zawierania odrębnych umów upoważniających do wystawiania recept refundowanych. Warunki wystawienia recepty refundowanej. Wystawienie recepty refundowanej powinno następować po dokonaniu oceny stanu pacjenta, rozpoznaniu wskazań klinicznych, doborze właściwego wyrobu medycznego zgodnie z aktualną wiedzą medyczną oraz udokumentowaniu podjętej decyzji terapeutycznej. Warunkiem zastosowania refundacji jest spełnienie kryteriów określonych w aktualnym wykazie refundacyjnym oraz ustalenie uprawnienia pacjenta do refundacji. Brak obowiązku kierowania wyłącznie do poradni specjalistycznej. Należy podkreślić, że aktualne przepisy dotyczące ordynowania refundowanych opatrunków nie wymagają kierowania wyłącznie do poradni specjalistycznych lub lekarzy określonych specjalności. Leczenie miejscowe rany, w tym dobór i ordynowanie opatrunków, może być prowadzone na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej, opieki długoterminowej albo w ramach praktyki zawodowej osoby posiadającej odpowiednie uprawnienia i kompetencje. Kiedy skierowanie do poradni specjalistycznej jest zasadne. Skierowanie pacjenta do poradni specjalistycznej jest zasadne w szczególności w przypadku potrzeby pogłębionej diagnostyki, podejrzenia powikłań, braku postępu leczenia, konieczności kwalifikacji do leczenia zabiegowego albo gdy stan pacjenta wykracza poza możliwości bezpiecznego prowadzenia terapii na danym poziomie opieki. Sam fakt występowania rany przewlekłej lub potrzeby zastosowania refundowanego

opatrunku nie stanowi jednak samodzielnej przesłanki do obligatoryjnego kierowania pacjenta do poradni specjalistycznej. Kontynuacja skutecznego leczenia opatrunkowego. W przypadku uzyskania poprawy stanu rany podczas stosowania opatrunków nabywanych dotychczas pełnopłatnie zasadne może być kontynuowanie tej terapii, jeżeli jest ona nadal wskazana klinicznie, zgodna z aktualną oceną rany oraz spełnia warunki refundacji. Rana przewlekła i znaczenie szybkiego leczenia. Za ranę przewlekłą należy uznać ranę, która pomimo prawidłowego leczenia nie wykazuje postępu gojenia lub nie ulega wygojeniu w okresie około 6 tygodni. W takich przypadkach szybkie wdrożenie właściwego leczenia miejscowego ma istotne znaczenie dla ograniczenia ryzyka zakażenia, progresji rany, bólu oraz wydłużenia procesu leczenia. Dostęp pacjenta do leczenia refundowanego. W przypadku stwierdzenia wskazań klinicznych oraz spełnienia warunków refundacji osoba uprawniona do wystawiania recept powinna rozważyć wystawienie recepty refundowanej zgodnie z oceną kliniczną, wskazaniami oraz obowiązującymi zasadami refundacji. Nieuzasadnione kierowanie pacjenta wyłącznie do poradni specjalistycznej lub do innej osoby uprawnionej do wystawiania recept, jedynie w celu uzyskania recepty, może prowadzić do opóźnienia terapii i pogorszenia stanu klinicznego. Konsekwencje nieuzasadnionego ograniczania dostępu do świadczeń. Nieuzasadniona odmowa wystawienia recepty refundowanej lub nieuzasadnione ograniczanie dostępu pacjenta do świadczenia, mimo istnienia wskazań klinicznych i spełnienia warunków refundacji, może skutkować złożeniem skargi do podmiotu udzielającego świadczeń, Narodowego Funduszu Zdrowia albo Rzecznika Praw Pacjenta. Jeżeli w następstwie opóźnienia leczenia dojdzie do pogorszenia stanu zdrowia lub powstania szkody, pacjent może dochodzić roszczeń na drodze cywilnej, zgodnie z zasadami odpowiedzialności określonymi w przepisach prawa.





STANOWISKO KONSULTANTA WOJEWÓDZKIEGO

Stanowisko Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie pielęgniarstwa opieki długoterminowej **w sprawie cewnikowania pęcherza moczowego u mężczyzn z podejrzeniem lub rozpoznaniem raka gruczołu krokowego.**

W związku z pojawiającymi się w praktyce klinicznej sytuacjami polegającymi na zobowiązaniu pielęgniarek do wykonania cewnikowania pęcherza moczowego u mężczyzn z rozpoznaniem lub podejrzeniem raka gruczołu krokowego, przedstawiam następujące stanowisko.

Cewnikowanie pęcherza moczowego jest świadczeniem zdrowotnym, do którego wykonywania pielęgniarki są przygotowywane w toku kształcenia przeddyplomowego oraz podyplomowego i które może być realizowane w ramach posiadanych kompetencji zawodowych.

Jednocześnie należy podkreślić, że rozpoznanie raka gruczołu krokowego nie w każdym przypadku oznacza występowanie trudności w cewnikowaniu pęcherza moczowego. Procedura ta może przebiegać bez powikłań, jednak u części pacjentów - w szczególności z zaawansowanymi zmianami, przerostem prostaty lub przebytymi zabiegami urologicznymi - istnieje zwiększone ryzyko trudności technicznych oraz powikłań, takich jak uraz cewki moczowej czy krwawienie.

W związku z powyższym każdorazowo konieczna jest indywidualna ocena sytuacji klinicznej przez osobę wykonującą świadczenie, z uwzględnieniem:

- stanu pacjenta,
- przewidywanego stopnia trudności procedury,
- własnych kompetencji i doświadczenia zawodowego,
- warunków, w jakich świadczenie ma być realizowane (w szczególności w warunkach domowych).

Przyjmuje się, że w przypadku wystąpienia trudności technicznych liczba prób cewnikowania powinna być ograniczona, a ich powtarzanie bez powodzenia zwiększa ryzyko powikłań. W praktyce

klinicznej zasadne jest przyjęcie, że po maksymalnie 2-3 nieudanych próbach należy odstąpić od dalszego wykonywania procedury i zapewnić pacjentowi dostęp do świadczenia w warunkach specjalistycznych.

Zgodnie z obowiązującymi przepisami oraz zasadami wykonywania zawodu, pielęgniarka ma obowiązek realizować świadczenia zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, posiadanymi kwalifikacjami oraz z należytą starannością, a także ma prawo odmówić wykonania świadczenia w sytuacji, gdy jego realizacja może stwarzać zagrożenie dla zdrowia lub życia pacjenta, w szczególności w przypadku braku odpowiednich warunków lub doświadczenia, zgodnie z art. 12 Ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej z dnia 15 lipca 2011 roku.

Należy podkreślić, że ostateczna decyzja o podjęciu lub odstąpieniu od wykonania cewnikowania należy do pielęgniarki, która ponosi odpowiedzialność zawodową za realizowane świadczenie.

Jednocześnie lekarz podstawowej opieki zdrowotnej posiada kompetencje do wykonania cewnikowania i w uzasadnionych przypadkach może samodzielnie podjąć próbę wykonania procedury.

W sytuacjach, w których przewiduje się trudności lub istnieje zwiększone ryzyko powikłań, najbardziej właściwym postępowaniem jest skierowanie pacjenta do specjalisty urologa lub do oddziału urologicznego, gdzie procedura może być wykonana w warunkach zapewniających odpowiednie zaplecze diagnostyczne i terapeutyczne. W takich przypadkach istnieje możliwość wystawienia skierowania do leczenia specjalistycznego oraz zlecenia transportu sanitarnego, co pozwala na zapewnienie pacjentowi właściwego poziomu bezpieczeństwa.

Podsumowując:

- pielęgniarki są przygotowane do wykonywania cewnikowania pęcherza moczowego,
- rozpoznanie raka prostaty nie stanowi bezwzględnego przeciwwskazania do wykonania procedury,
- każdorazowo wymagana jest indywidualna ocena ryzyka i trudności,
- liczba prób cewnikowania powinna być ograniczona (maksymalnie 2-3),
- pielęgniarka ma prawo odstąpić od wykonania świadczenia w przypadku zagrożenia bezpieczeństwa pacjenta,
- lekarz może wykonać procedurę samodzielnie,

- w przypadkach trudnych właściwe jest skierowanie do opieki specjalistycznej,
- ostateczna decyzja należy do pielęgniarki jako osoby wykonującej świadczenie.

Stanowisko to ma na celu zapewnienie bezpieczeństwa pacjentów oraz właściwej organizacji świadczeń zgodnie z kompetencjami zawodowymi personelu medycznego.

Konsultant Wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa opieki długoterminowej w województwie wielkopolskim

mgr piel. Maciej Kaczkowski
specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa opieki długoterminowej



STANOWISKO KONSULTANTA WOJEWÓDZKIEGO

Szanowna Pani Bożena Grodny – Wilk

Przewodnicząca Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Tarnowie

Szanowna Pani Przewodnicząca,

Dotyczy: Odpowiedź na pismo OIPiP-97 -537/26

w sprawie pracy położnych na oddziale intensywnej terapii.

W mojej opinii występuje brak formalnych kompetencji oraz uprawnień prawnych położnych do wykonywania zawodu i udzielania świadczeń zdrowotnych na ogólnym Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii.

Jako Konsultant Wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej terapii, w odpowiedzi na zapytanie dotyczące możliwości zatrudnienia i realizacji świadczeń przez osobę z tytułem zawodowym położnej na ogólnym Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii (dla dorosłych), przed-

stawiam poniższe, jednoznaczne stanowisko prawne i merytoryczne. Położna nie posiada kompetencji oraz uprawnień prawnych do pracy na ogólnym Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii. Zatrudnienie położnej na stanowisku zabiegowym lub opiekuńczym na tym oddziale stanowi rażące naruszenie obowiązujących przepisów prawa, standardów medycznych oraz warunków realizacji umów z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Uzasadnienie Prawne i Merytoryczne

1. Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej - Odrębność zawodowa

Zgodnie z ustawą z dnia 15 lipca 2011 r., o zawodach pielęgniarki i położnej, zawód pielęgniarki oraz zawód położnej to dwie odrębne profesje medyczne.

Art. 4 ustawy precyzuje zakres wykonywania zawodu pielęgniarki (opieka nad człowiekiem zdrowym lub chorym na wszystkich etapach życia).

Art. 5 ustawy ściśle definiuje zawód położnej, wskazując, że polega on na realizacji świadczeń wobec kobiety, kobiety w okresie ciąży, porodu, połogu, w schorzeniach ginekologicznych oraz opiece nad noworodkiem.

Wykonywanie świadczeń pielęgniarstwa w intensywnej terapii dorosłych wykracza poza ustawowy profil zawodowy położnej. Próby powierzania obowiązków pielęgniarki anestezjologicznej położnej są bezprawne.

2. Brak tożsamości programowej w kształceniu przeddyplomowym.

Standardy kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu położnej nie obejmują wiedzy ani umiejętności z zakresu ogólnej anestezjologii i intensywnej terapii dorosłych. Położna w toku studiów nie nabywa uprawnień do np. Samodzielnego prowadzenia i interpretacji zaawansowanego monitorowania hemodynamicznego pacjentów w stanie zagrożenia życia (wstrząsy, niewydolność wielonarządowa), obsługi i programowania specjalistycznego sprzętu OAiT (np. respiratorów, aparatów do ciągłych terapii nerkozastępczych - CRRT, Ecmo), farmakoterapii stosowanej w stanach krytycznych (leki naczyniokurczące, inotropowe, sedacja itp.).

3. Standard Organizacyjny w dziedzinie Anestezjologii i intensywnej Terapii Zgodnie z dnia 16 grudnia 2016 r. (z późn. zm., w tym najnowszą nowelizacją przesuwającą terminy dostosowawcze), przepisy prawa jednoznacznie określają strukturę personelu medycznego. Wymogi kadrowe dla OAiT

wprost wskazują, że opiekę nad pacjentem w oddziale intensywnej terapii sprawować może wyłącznie pielęgniarka. Przepisy te wymagają obsady składającej się z pielęgniarek posiadających tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki lub pielęgniarek w trakcie takiej specjalizacji, bądź po odpowiednim kursie kwalifikacyjnym. Położna, ze względów formalnych, nie może przystąpić do specjalizacji ani kursów kwalifikacyjnych dedykowanych pielęgniarkom w tym obszarze.

4. Kryteria Narodowego Funduszu Zdrowia - Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego określają bezwzględne warunki personelu pielęgniarskiego na OAiT.

Wprowadzenie położnej do harmonogramu równego z pielęgniarkami stanowi podstawę do:

- nałożenia kar finansowych na podmiot leczniczy przez NFZ;
- zakwestionowania finansowania świadczeń udzielonych pacjentowi, przy którego łóżku dyżurował personel bez kwalifikacji;
- uznania personelu za niespełniający warunków umowy (tzw. „brak potencjału kadrowego”).

Wyjątek Intensywna Terapia Noworodka - Należy wyraźnie zaznaczyć, że jedynym obszarem intensywnej terapii, w którym położna posiada pełne, legalne kompetencje, jest Oddział Intensywnej Terapii Noworodka. Położne, zgodnie z posiadanym wykształceniem oraz możliwościami rozwoju zawodowego (np. specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa neonatologicznego), są w pełni uprawnione do opieki nad pacjentem neonatologicznym w stanie krytycznym. Świadczenia te mieszczą się w definicji opieki nad noworodkiem (art. ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej),

Wnioski Końcowe:

- Położna nie posiada uprawnień do udzielania świadczeń pielęgniarstwach oraz specjalistycznych wobec pacjentów dorosłych hospitalizowanych na Oddziałach Anestezjologii i Intensywnej Terapii.
- Kierownik podmiotu leczniczego, ordynator oddziału, pielęgniarka oddziałowa dopuszczający położną do pracy na OAiT w charakterze personelu zabiegowo-opiekuńczego ponoszą pełną odpowiedzialność prawną (cywilną, karną i zawodową) za ewentualne błędy w sztuce medycznej lub powikłania wynikające z braku właściwych

kwalifikacji personelu. Dyżury pełnione przez położną na OAiT nie mogą być kwalifikowane jako praca w zawodzie i stanowią naruszenie dyscypliny finansów publicznych w relacji z płatnikiem (NFZ).

Biorąc pod uwagę bezpieczeństwo pacjentów znajdujących się w stanie bezpośredniego zagrożenia życia oraz konieczność bezwzględnego przestrzegania porządku prawnego, wydaję opinię negatywną w przedmiotowej sprawie.

Z poważaniem

Marzena Pęgiel

*Konsultant Wojewódzki wojewody małopolskiego
w dziedzinie pielęgniarstwa anestezyjologicznego
i intensywnej opieki*



SZKOLENIA DLA PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH



rozpoczęcie
w zależności
od terminu
zebrania
grupy

ROZWÓJ KOMPETENCJE BEZPIECZEŃSTWO PACJENTA



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



KURSY 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



KURSY 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



Wykwalifikowani
wykładowcy



Praktyczna
wiedza



Małe grupy
szkoleniowe



Zaświadczenie
o ukończeniu kursu



ZAPISY W SYSTEMIE
MONITOROWANIA
KSZTAŁCENIA (SMK)

- ✓ Wejdź na stronę: smk.ezdrowie.gov.pl
- ✓ Zaloguj się do swojego konta
- ✓ Wyszukaj interesujący Cię kurs
- ✓ Wypełnij wniosek i wyślij

OKRĘGOWA IZBA PIEŁĘGNIAREK
I POŁOŻNYCH W TARNOWIE

14 696 54 54
14 696 54 55

ksztalcenie@oiptarnow.pl

oiptarnow.pl

Okręgowa Izba Pielęgniarek
i Położnych w Tarnowie

ul. Południowa 10,
33-100 Tarnów