



BIULETYN
**OKRĘGOWEJ IZBY
PIEŁĘGNIAREK
I POŁOŻNYCH
W WAŁBRZYCHU**

1/2024



WAŁBRZYCH ISSN 1643-4951



OKRĘGOWA IZBA
PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH
W WAŁBRZYCHU

SPIS TREŚCI

Od redakcji	1
Międzynarodowy Dzień Pielęgniarki i Dzień Położnej	2
Życzenia świąteczne	3
Etyka zawodowa jako wyznacznik profesjonalizmu pielęgniarki, położnej. Nowelizacja Kodeksu Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej RP	4
Sprawozdania z konferencji VI ogólnopolski zjazd pielęgniarek, położnych i przedstawicieli innych zawodów medycznych Aktualności w położnictwie i ginekologii	7
Z prac NRPiP Stanowisko nr 3 NRPiP z dnia 6.12.2023 r. Apel nr 1 NRPiP z dnia 7.12.2023 r. Stanowisko nr 2 Prezydium NRPiP z dnia 13.02.2024 r. Stanowisko nr 1, 2, 3 i 4 Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej i Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 14.02.2024 r.	16
Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 22.12.2023 r. w sprawie wzorów dokumentów: Prawo wykonywania zawodu pielęgniarki, Prawo wykonywania zawodu położnej, Ograniczone prawo wykonywania zawodu, Ograniczone prawo wykonywania zawodu położnej	27

Konsultanci wojewódzcy i krajowi w dziedzinach pielęgniarstwa

III

OKRĘGOWA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

58-300 Wałbrzych,
ul. Chrobrego 1/10 (III piętro)
fax: 74 84 23 325
godziny pracy biura: 7:30–15:30

sekretariat@oipip.walbrzych.pl
www.oipip.walbrzych.pl

46 1500 1764 1217 6003 8619 0000
Santander Bank Polska S.A. o/Wałbrzych

Przewodnicząca ORPIP:
Małgorzata Hrycak

Sekretarz:
Iwona Michańcio

Skarbnik:
Aleksandra Walczyk

BIURO Sekretariat:

Anna Stanicka
tel.: 74 84 25 605, 74 81 79 515
fax: 74 84 23 325
sekretariat@oipip.walbrzych.pl

Rejestr prawa wykonywania zawodu,

Rejestr praktyk zawodowych:
Marzena Gidzińska
tel.: 74 81 79 517
rejestrprawa@oipip.walbrzych.pl

Księgowość:

Aleksandra Neter
tel.: 74 81 79 516
ksiegowosc@oipip.walbrzych.pl

Obsługa

administracyjno-prawna:
Adwokat Marek Żegnałek
Radca Prawny mgr Michał Krajcarz

Dyżur prawny:

w siedzibie izby: wtorek 14:30–15:30
W innym terminie po wcześniejszym
uzgodnieniu telefonicznym
z biurem OIPIp w Wałbrzychu

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej:

Edyta Studzińska
Dyżury w siedzibie OIPIp:
wg harmonogramu dostępnego
na stronie internetowej
w zakładce KONTAKT.
W innym terminie po wcześniejszym
uzgodnieniu telefonicznym
z biurem OIPIp w Wałbrzychu

Projekt, skład i druk:
Tereny Weny Agencja Reklamowa

SERDECZNIE ZAPRASZAM PIEŁĘGNIARKI, POŁOŻNE ORAZ PIEŁĘGNIARZY DO LEKTURY NASZEGO BIULETYNU

Po intensywnym roku 2023 wcale nie zwalniamy tempa, a wręcz przeciwnie... Oddajemy w Wasze ręce pierwszy Biuletyn 2024 roku w formie kwartalnika. Wytyczamy działania na kolejny rok, zważając na ich spójność oraz celowość w kreowaniu zawodowego wizerunku.

Ale by tak się stało, potrzebny jest dialog dotyczący ciągle malejącej liczby pielęgniarek i położnych oraz właściwe uregulowania. Celem jest stworzenie odpowiednich warunków na etapie kształcenia przeddyplomowego, a następnie przygotowanie dobrej oferty pracy dla absolwentów kierunków pielęgniarstwo i położnictwo. Wówczas pielęgniarki i położne pozostaną w kraju, by w pełni realizować swoje zawodowe plany oraz te związane z osobistymi marzeniami.

Mija pierwszy rok VIII kadencji działalności samorządu zawodowego. Przed nami Okręgowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych, na którym dokonamy podsumowań cało-

rocznej pracy Organów Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych.

Zakończył się potężny szkoleniowy projekt unijny realizowany w całej Polsce pod przewodnictwem NIPiP, to dobry czas na podsumowanie.

Na posiedzeniu Prezydium NRPiP Pani Prezes bardzo serdecznie podziękowała wszystkim, którzy brali udział w realizacji projektu.

Tu z naszej strony ukłon w stronę:

- ♦ Pani **Marii Pałeczka**, która była koordynatorem okręgowym,
- ♦ Pani **Małgorzaty Przydatek** kierownika szkoleń Akademii Nauk Stosowanych im. Angelusa Silesiusa,

- ♦ Pani **Marty Bernat**, dyrektora do spraw szkoleń Wyższej Szkoły Medycznej w Kłodzku, dziękujemy za trud i ogrom pracy włożonej w przeprowadzenie szkoleń.

Pani Prezes również podkreśliła, że Okręgowe Izby zajmują się dystrybucją tabletek dla Uczestników tych edycji, w których tabletek nie było.

Nie były one obligatoryjne, ale Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych pragnie, aby wszyscy Uczestnicy projektu byli równo traktowani i dlatego podjęto takie działania.

Nasza Izba w Wałbrzychu również chętnie włączyła się w tę dystrybucję.



Sfinansowano w ramach reakcji Unii na pandemię COVID-19

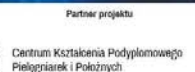
WSPARCIE KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

POWR.07.01.00-00-0004/22

Projekt realizowany w ramach Działania 7.1 Oś priorytetowa VII
Wsparcie REACT-EU dla obszaru zdrowia
Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014–2020
finansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

Szczegóły nipip.pl/projekt

35 000 bezpłatnych
miejsc szkoleniowych na kursach
kwalifikacyjnych i specjalistycznych
dla pielęgniarek i położnych
z całej Polski



SZANOWNE KOLEŻANKI I KOLEDZY!

W związku z naszymi majowymi świętami mam ogromną przyjemność podzielić się z Wami krótką refleksją oraz skierować z serca płynące życzenia.

Międzynarodowy Dzień Pielęgniarki i Dzień Położnej przypomina nam wszystkim o ważnej roli, jaką pełnimy wobec człowieka i społeczeństwa. Promowanie zdrowia, zapobieganie chorobom, opieka nad chorym i umierającym stanowią

odwieczny sens pielęgniarskiej i położniczej troski o drugiego człowieka stanowiąc ostoję każdej organizacji ochrony zdrowia.

Wykonujemy jeden z najtrudniejszych i najbardziej odpowiedzialnych, ale również jeden z najpiękniejszych zawodów wymagających odwagi, pogody ducha i umiejętności radzenia sobie z przeciwnościami. Jesteśmy wielkim potencjałem, co

prawda nie zawsze jeszcze zauważanym i w pełni docenianym, ale jestem przekonana, że przyszłość należeć będzie do nas, że społeczne uznanie, prestiż i pełna satysfakcja z wykonywanej pracy staną się oczywistym dla wszystkich faktem.

Życzę by nigdy nie zabrakło Państwu motywacji i chęci do wykonywania zawodu, by nigdy nie było zwątpienia w zasadność swoich czynów i decyzji.

8 maj Dzień Położnej

12 maj Międzynarodowy Dzień Pielęgniarki





Wesołych
Świąt

Wielkanocnych

*Wielkanoc to święto radości i życia, które pokonało śmierć,
życia, które odradza się i urzeka nas swoim pięknem.*

*Chciałabym życzyć Państwu przede wszystkim dużo zdrowia,
dzięki któremu każdego dnia możemy radzić sobie z nowymi wyzwaniem i radości,
która pozwala nam dostrzec promień słońca nawet w najtrudniejszych chwilach.*

*Mam nadzieję, że każdy z Państwa, będzie mógł spędzić Wielkanoc
wśród bliskich mu osób i nacieszyć się ich obecnością.*

*Życzę też, by w tak szybko pędzącym świecie,
mogli Państwo zatrzymać się, odpocząć i znaleźć chwilę dla siebie.*

*W imieniu własnym
i Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu
Małgorzata Hrycak*



ETYKA ZAWODOWA JAKO WYZNACZNIK PROFESJONALIZMU PIELĘGNIARKI I POŁOŻNEJ

Nowelizacja Kodeksu Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej RP.
Część 1 materiału szkoleniowego z dnia 14.11.2023 r.

Grażyna Rogala-Pawelczyk

Współczesna rola zawodowa pielęgniarki i położnej

Zawód definiowany jest jako czynności czy prace, które są wewnętrznie spójne, skierowane na wytworzenie jakiegoś przedmiotu czy usług zaspokajających określone potrzeby. Wymaga określonego zakresu wiedzy i umiejętności wykonywanych systematycznie, stanowiących podstawę zajmowania określonego miejsca w strukturze społecznej. Rola zawodowa, którą przyjmuje na siebie przedstawiciel określonego zawodu determinuje miejsce

w społeczeństwie. Cele i zadania przypisywane zawodowi, jego pozycja i oczekiwania społeczne skierowane do przedstawicieli grupy zawodowej stanowią dla nich zobowiązanie do przestrzegania specyficznych reguł i zasad. W stosunku do każdej roli zawodowej istnieją określone normy społeczne obowiązujące każdego przedstawiciela zawodu. Szczególną rolę, a więc i szczególne oczekiwania dotyczące norm przypisuje się zawodom o charakterze społecznym, tak zwanym zawodom zaufania społecznego. W grupie tej znajdują się pielęgniarki i położne. Nowoczesne pielęgniarstwo bierze swój początek w połowie XIX wieku, a za jego twórczynię uważa się Florencję Nightinga-

le, która wskazywała na potrzebę kształcenia pielęgniarek, ich samodzielność i odrębność zawodową. Pielęgnowanie miało charakter opiekuńczy i higieniczny. Nightingale zwracała uwagę na wiele aspektów, mających istotne znaczenie w procesie przywracania zdrowia, tj. środowisko w którym przebywa pacjent, czystość, dieta, spokój, uwolnienie od lęku, okazywanie pacjentowi zainteresowania i życzliwości, szacunek dla godności. Przywiązywała uwagę do umiejętności obserwacji pacjenta, interpretacji objawów i wykorzystania tego w opiece. W pracy pielęgniarki wyraźnie rozgraniczała wykonywanie zleceń lekarskich i opiekę pielęgnacyjną. Wielką zasługą Florencji Nightingale było podniesienie pielęgniarstwa świeckiego do godności zawodu, uznanie potrzeby systematycznego kształcenia i rozwoju pielęgniarstwa.

Kolejne lata przyniosły rozwój pielęgniarstwa zawodowego, tworzenie na potrzeby zawodu pielęgniarstwa i położnej teorii pielęgniarstwa i pielęgnowania. Ewolucja zawodu pociągnięta za sobą szereg zmian w systemie wartości, norm i zasad przypisywanych pielęgniarce i położnej jako samodzielnemu profesjonalistce. Pierwsze szkoły pielęgniarstwa za cel główny stawiały przygotowanie pielęgniarek odpowiedzialnych prezentujących wysokie morale i właściwe postawy zawodowe. Pielęgniarstwo zawodowe przeszło długą drogę kształcenia i rozwoju różnych form opieki nad chorymi.

Współczesne pielęgniarki i położne, pielęgniarze i położni posiadają gruntowne wykształcenie ogólne i specjalistyczne. Znają zagadnienia medycyny, pielęgniarstwa, socjologii, psychologii, a także ekonomiki, zarządzania i prawa. To profesjonalści odpowiedzialni za planowanie, wykonanie i ocenę opieki pielęgnacyjnej w zakresie zachowania i umacniania zdrowia, zapobiegania chorobie, pielęgnowania w chorobie i w okresie rehabilitacji. Pełnią ważną funkcję członka zespołu terapeutycznego, mają możliwość decydowania o samodzielnym pielęgnowaniu, w którym decydowanie o sprawach dotyczących pielęgnowania pacjenta i środowiska leży w gestii pielęgniarki, położnej, przedstawiciela samodzielnej dyscypliny, jaką jest pielęgniarstwo.

W pielęgnowaniu samodzielnym pielęgniarka, położna współpracuje z przedstawicielami różnych specjalności medycznych. Samodzielność zawodową pielęgniarek, położnych warunkuje m.in.: wyodrębniony system kształcenia, prawo do wykonywania zawodu, które posiadają osoby o określonym wykształceniu (pielęgniarskim, położniczym), fakt ob-

ligatoryjnego zrzeszenia w samorządzie zawodowym, który administruje wykonywanie zawodu pielęgniarek i położnych, ponoszenie odpowiedzialności zawodowej przed organami kompetencyjnymi.

Samorząd pielęgniarek i położnych jako wyznacznik profesjonalizmu

Samorządność w literaturze jest definiowana m.in. jako sposób organizacji i funkcjonowania grup społecznych, które przejawiają się we współdecydowaniu wszystkich członków o jej działalności w pewnym zakresie. Formą samorządności jest samorząd zawodowy, zrzeszający osoby wykonujące ten sam zawód, mający na celu reprezentowanie ich interesów wobec władz państwa jak również wobec podmiotów korzystających z jej usług. Jest on najwyższą formą organizacji zawodowej, a idea samorządności stanowi istotny wyznacznik zawodu jako zawodu zaufania publicznego. Samorząd zawodowy, zrzeszając osoby wykonujące ten sam zawód w celu reprezentowania ich interesów wobec władz państwa i innych podmiotów, realizuje podstawowe założenia samorządności grupy społecznej. Idea samorządności i funkcjonowania samorządów zawodów zaufania publicznego podlega wpływom społecznym i politycznym. Niezależnie jednak od wspomnianych czynników jest niezmienna w swej dbałości o dobro społeczne i interes przedstawicieli zawodu dla ogólnego dobra i wartości szczególnie ważnych społecznie. Powołanie samorządów zawodowych stanowi istotny element rozwoju państwa demokratycznego.

Początków samorządu można upatrywać już w czasach zaborów i okresu II Rzeczy-

pospolitej, kiedy funkcjonował jako związek publicznoprawny, spełniając funkcje publiczne i rządowe przekazywane w drodze ustawy. Przejmując część obowiązków od organów państwowych odcinał je od niektórych zadań kształtując jednocześnie wśród swoich członków poczucie odpowiedzialności społecznej i kształtując wysokie morale, a także – co nie jest bez znaczenia, wspierając ich materialnie.

Zawód pielęgniarki i zwód położnej to zawody zaufania społecznego, którym przypisuje się takie cechy jak: wysokie kwalifikacje i kompetencje zawodowe, wysoki poziom moralny związany z etosem zawodu, samodzielność i niezależność w podejmowaniu profesjonalnych decyzji, osobistą odpowiedzialność za podejmowane oraz szczególną więź pomiędzy świadczącą a odbiorcą świadczenia opartą na zaufaniu do tego pierwszego. Konstytucja RP w 17. artykule wskazuje na możliwość tworzenia samorządów zawodowych, które reprezentują zawody zaufania społecznego.

W historii zawodu pielęgniarki i zawodu położnej, jako zawodów zaufania publicznego można wskazać kilka niezwykle istotnych momentów. Należy wymienić tu: Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej o Położnej z dnia 16.03.1928 r. i Ustawę o pielęgniarstwie z dnia 21 lutego 1935 roku. W dokumentach tych ustalono podstawy prawne obu zawodów. W latach 80. ubiegłego wieku, w sytuacji zmian ustrojowych i tworzeniu demokratycznego Państwa Polskiego, pielęgniarki i położne podjęły intensywne działania na rzecz utworzenia samorządu zawodowego, które zostały uwieńczone sukcesem, jakim było przyjęciem przez Sejm RP Ustawy o samorządzie pielęgniarek i położnych (19 kwietnia 1991 r.).



Dla samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych istotne są zagadnienia i problemy związane z wykonywaniem zawodów, standardami kwalifikacji i praktyki zawodowej, poziom usług zdrowotnych realizowanych przez przedstawicieli tych zawodów, etyka zawodowa i rozwój pielęgniarstwa jako nowoczesnej profesji. W obrębie korporacji zawodowej budowane są postawy poszanowania dla wartości i norm uznawanych za najcenniejsze dla pielęgniarek i położnych.

Członkowie samorządu, pielęgniarki i położne, pielęgniarze i położni czuwają nad należyłym wykonywaniem zawodu, przestrzeganiem prawa korporacyjnego, prawa powszechnego i praw pacjenta, podopiecznego. Wypowiadają się w kwestiach istotnych nie tylko dla funkcjonowania zawodów pielęgniarki i położnej ale również w sprawach ważnych dla zdrowia społeczeństwa i systemu opieki zdrowotnej. Członkowie samorządu pielęgniarek i położnych przyjęli na siebie trudny obowiązek nadzoru nad należytym wykonywaniem zawodu poprzez działania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej. Prowadzą szeroko rozumianą prewencję wykroczeń zawodowych a także w razie zaistnienia konieczności, postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej wobec osób naruszających zasady wykonywania zawodu czy zapisy kodeksu etyki zawodowej. W samorządzie zawodowym tworzy się wizerunek pielęgniarki, położnej, pielęgniarza, położnego, profesjonalisty, osoby wykonującej swój zawód zgodnie z regułami oraz oczekiwaniami społeczeństwa w zakresie opieki w zdrowiu i chorobie.

Pielęgniarki i położne poprzez zintegrowane działania w korporacji zawodowej tworzą nowoczesne, profesjonalne, samodzielne, odpowiedzialne pielęgniarstwo, rozumiane jako działalność praktyczna i naukowa. Samodzielność zawodowa pielęgniarki i położnej jako profesjonalisty sprzyja umacnianiu pozycji przedstawicieli tych zawodów w grupie pracowników medycznych. Należy podkreślić, że dzięki wysiłkom samorządu pielęgniarek i położnych w lipcu 1996 roku Sejm RP przyjął nową Ustawę o zawodach pielęgniarki i położnej, gdzie jednym z kluczowych zapisów jest ten, w którym ustawodawca stwierdza, że zawód pielęgniarki i zawód położnej to zawody samodzielne. Fakt uznania samodzielności zawodowej wiąże się z przyjęciem na siebie olbrzymiej odpowiedzialności, co też uczyniły polskie pielęgniarki i położne.

Wykonywanie zawodu zaufania publicznego to nobilitacja dla jego wykonawców, a powszechna przynależność do samorządu zawodowego do nie tylko nobilitacja, ale także olbrzymia odpowiedzialność za



tych, którzy zawód pielęgniarki, położnej wykonują i tych, dla których pielęgniarki i położne podejmują działania profesjonalne, za pacjentów i podopiecznych.

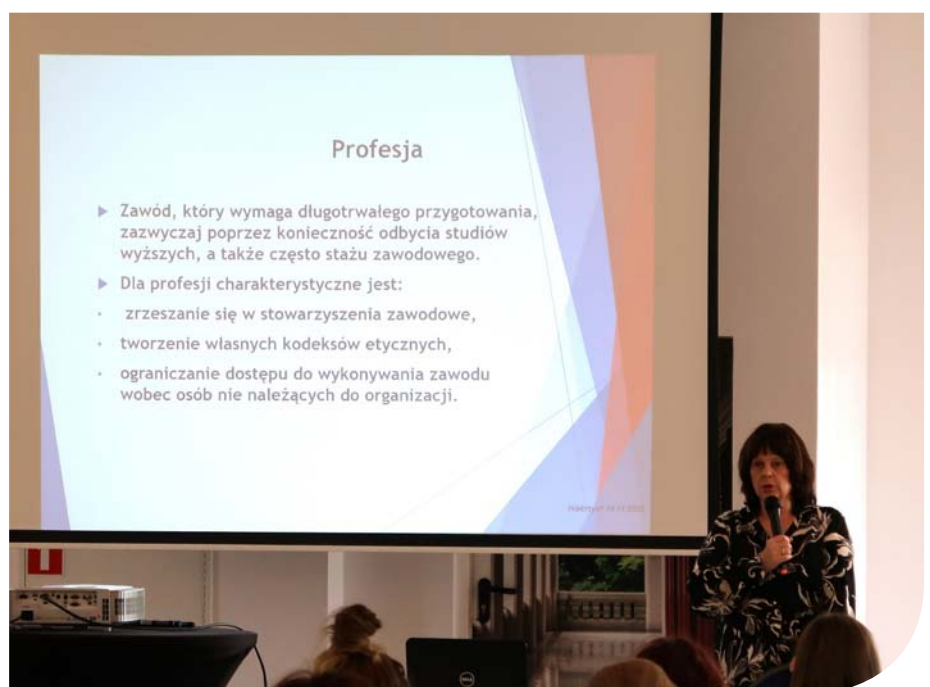
Należy również wskazać na działania samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych w zakresie tworzenia prawa na szczeblu centralnym i na poziomie terytorialnym. Poprzez związki z samorządami terytorialnymi przedstawiciele samorządu pielęgniarek i położnych mają wpływ na stan opieki nad człowiekiem chorym i zdrowym w jednostkach ochrony zdrowia.

Można więc z całą stanowczością stwierdzić, że samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych powstał dla szeroko rozumia-

nego dobra pielęgniarek i położnych oraz społeczeństwa polskiego, a samorządność zawodowa tych grup zawodowych stanowi element tworzenia tożsamości zawodowej pielęgniarki, położnej, pielęgniarza, położnego.

Samorząd zawodowy pielęgniarek stoi na straży interesów pacjenta, pielęgniarek i położnych, co jest szczególnie ważne w czasach tzw. gospodarki rynkowej, która wkrada się w obszar zdrowia i opieki zdrowotnej. Istnienie korporacji zawodowej to dowód na istnienie demokratycznego państwa, przestrzegającego swobód obywatelskich.

Piśmiennictwo w redakcji



Profesja

- ▶ Zawód, który wymaga długotrwałego przygotowania, zazwyczaj poprzez konieczność odbycia studiów wyższych, a także często stażu zawodowego.
- ▶ Dla profesji charakterystyczne jest:
 - zrzeszanie się w stowarzyszenia zawodowe,
 - tworzenie własnych kodeksów etycznych,
 - ograniczanie dostępu do wykonywania zawodu wobec osób nie należących do organizacji.

SPRAWOZDANIE Z VI OGÓLNOPOLSKIEGO ZJAZDU PIEŁĘGNIAREK, POŁOŻNYCH I PRZEDSTAWICIELI INNYCH ZAWODÓW MEDYCZNYCH

W dniach 20–22 listopada 2023 roku w Szklarskiej Porębie odbyła się konferencja zorganizowana przez Polskie Centrum Edukacji pod tytułem „Prawo i bezpieczeństwo w zawodzie pielęgniarki i położnej”.

Edyta Kuchta
Rozita Weiss

Na konferencji poruszono różnorodne tematy. Niektóre przedstawiamy poniżej.

Zasady minimalizowania ryzyka odpowiedzialności prawnej w zawodzie pielęgniarki i położnej

W ostatnim czasie obserwuje się znaczny wzrost skarg pacjentów kierowanych zarówno wobec placówek medycznych jak i konkretnych osób wykonujących zawody medyczne, czego skutkiem może być pociągnięcie personelu medycznego do odpowiedzialności zawodowej, cywilnej a nawet prawnej.

Radca prawny Pan Paweł Strzelec – ekspert ds. odpowiedzialności cywilnej, karnej, dyscyplinarnej personelu medycznego, przekazał w trakcie konferencji kilka praktycznych rad dla pielęgniarki/położnej wezwanej w charakterze świadka:

- Przygotuj się do zeznań (przeczytaj dokumentację medyczną dotyczącą sprawy, porozmawiaj ze współpracownikami lub radcą prawnym placówki)
- Staw się nawezwanie (nieusprawiedliwione niestawiennictwo – kara pieniężna)
- Upewnij się, że zwolniono cię z tajemnicy zawodowej
- Złóż szczere zeznania (składanie fałszywych zeznań jest przestępstwem)
- Odpowiadaj zwięźle na pytania
- Staraj się nie oceniać zachowania innych osób - to rola biegłego
- Nie obawiaj się odpowiedzi „nie pamiętam”, „nie jestem pewna”
- Przysługuje Ci zwrot kosztów przejazdu oraz utraconych zarobków.

Zaleca się zawieranie umów ubezpieczeniowych. Obowiązkowe ubezpieczenie OC pielęgniarki/położnej dotyczy osób wykonujących działalność leczniczą w formie jednoosobowej lub grupowej praktyki zawodowej.



Designed by Freepix

Pozostałe osoby pracujące w ochronie zdrowia mogą zawrzeć ubezpieczenie dobrowolnie.

Mobbing w ochronie zdrowia. Relacje w zespołach pielęgniarskich. Jak rozpoznać mobbera?

Mobbing oznacza działania lub zachowania dotyczące pracownika lub skierowane przeciwko niemu, które polegają na uporczywym i długotrwałym nękaniu lub zastraszaniu go. To przedłużające się, systematyczne psychiczne ataki, znęcanie się, dyskryminowanie, umniejszanie zasług pracownika przez przełożonego, współpracownika lub grupę osób.

Według badań, ochrona zdrowia, to sektor najbardziej narażony na jego występowanie. Ogromne zmęczenie, praca w stresie i zagrożeniu zakażeniem, kryzys kadrowy spowodował, iż skala tego zjawiska nie tylko wciąż jest duża, ale ciągle rośnie.

Mobbingu w pracy może doświadczyć każdy, zarówno ze strony pracodawcy, przełożonego, jak i współpracowników. Oczywiście najczęściej mobberem jest pracownik tej samej firmy – przełożony, współpracownik, jednak warto wspomnieć, że również pracownik może być mobberem dla swojego przełożonego.

Mobbera cechuje:

- Źle pojęta władza, wykorzystanie pozycji do niszczenia pracowników
- Satysfakcja z szykanowania i upokarzania innych



Designed by Freepik

- Niski poziom refleksyjności
- Wysoki poziom agresji
- Brak empatii, cynizm
- Bezwzględność w dążeniu do wytyczonego celu, dbanie wyłącznie o własne korzyści
- Zazdrość o sukcesy innych
- Wyolbrzymione lub zaniżone poczucie własnej wartości

Zgodnie z art. 943 kodeksu pracy § 1 pracodawca ma obowiązek przeciwdziałania mobbingowi poprzez wdrażanie wewnętrznej polityki antymobbingowej.

Jak wpływać na jakość snu w aspekcie pracy zmianowej

Według badań z 2019 roku, na bezsenność w Polsce cierpi 69% personelu pracującego na dyżurach nocnych. Występuje u nich zarówno skrócenie długości snu jak i zmniejszenie jego jakości.

Skutki zaburzeń snu to m.in. dolegliwości i schorzenia żołądkowo-jelitowe, ryzyko wystąpienia choroby wieńcowej, które wzrasta wraz z ilością lat przepracowanych w systemie zmianowym, udary niedokrwienne mózgu, choroby nowotworowe zwłaszcza rak piersi i jelita grubego.

Spośród osób cierpiących na bezsenność, ponad 66% spożywało nałogowo alkohol, leki nasenne i uspokajające. Prawie 15% respondentów miało wypadek komunikacyjny po dyżurze nocnym. Pracownicy są stale przemęczeni.

Podstawowe zasady higieny snu:

- Kładzenie się spać i wstawanie o tych samych porach
- Zapewnienie odpowiednich warunków do spania
- Unikanie picia alkoholu i palenia tytoniu przed spaniem
- Ograniczenie ilości płynów wieczorem
- Ograniczenie w łóżku innych aktywności niż spanie np. oglądanie TV, spożywanie posiłków, praca przy komputerze itp.
- Unikanie intensywnej aktywności fizycznej przed snem
- Unikanie ciężko strawnych posiłków i kofeiny wieczorem
- Unikanie rozmyślania i zamartwiania się
- Usunięcie zegarka z sypialni
- Unikanie drzemek w ciągu dnia.

Metody radzenia sobie ze stresem

Stres to po prostu napięcie, czasem chwilowe, czasem długotrwałe. Może być spowodowany różnymi bodźcami, zakłócającymi naszą równowagę. Te bodźce - stresory to przykre, traumatyczne przeżycia, lęki, obawy, nasze myśli, wykonywanie wielu zadań na raz, ale również zbyt mocne światło, hałas itp. Są naturalnym elementem naszego życia, często pobudzają do działania.

Niestety długotrwałe działanie stresorów, napięcie może spustoszyć nasze życie. Gdy trwają długo potrafią sparaliżować czyniąc nas niezdolnymi do działań.

Nasza obrona przed stresem to zaporą zbudowana z poszczególnych elementów. Te elementy to nasze zdrowe organy, nasz zegar biologiczny, dieta, styl życia, nawyki, sposób myślenia i postrzegania rzeczywistości, aktywność fizyczna, równowaga hormonalna, aktywność umysłowa, odpoczynek itd.

Obrona przed stresem jest najbardziej skuteczna, gdy wszystkie te elementy są dobrej jakości.

Wymaga to wysiłku z naszej strony i czasu, ale przynosi długotrwałe efekty.

W sytuacji, kiedy chcemy pomóc sobie od razu, należy znaleźć taki sposób, który będzie dla nas najbardziej skuteczny, przy czym dla każdego z nas może to być coś innego.

Kiedy nagle się zestresujemy możemy np.:

- Spojrzeć na naturę - skoncentrować się na jej elemencie 2-10 min.
- Posłuchać odgłosów przyrody
- Posłuchać muzyki medytacyjnej
- Zrobić coś absorbującego i męczącego co odwróci naszą uwagę od sytuacji stresowej
- Poćwiczyć wolne oddychanie ok. 15 min.
- Wykorzystać aktywność fizyczną, która sprawia nam przyjemność

Ważne jest, aby zrobić coś, co sprawi nam przyjemność.



SPRAWOZDANIE Z KONFERENCJI POŁOŻNYCH I PIELEŃNIAREK „AKTUALNOŚCI W POŁOŻNICTWIE I GINEKOLOGII”

W dniu 13.01.2024 roku w Warszawie odbyła się konferencja położnych i pielęgniarek pod hasłem „Aktualności w położnictwie i ginekologii”. Omówiono zagadnienia dotyczące m.in. realizacji standardów opieki okołoporodowej, nowych rekomendacji KTG, szczepień ochronnych w okresie ciąży, konfliktu serologicznego, nowoczesnych metod opieki nad ciężarną z cukrzycą oraz czym dysponujemy w nowoczesnej antykoncepcji. Konferencję prowadził prof. dr hab. n. med. Mirosław Wielgoś.

Anna Wachowiak-Bobkiewicz
Dorota Sikora

Nowoczesna antykoncepcja

Antykoncepcja stanowi podstawowy element kontroli urodzin. Celem antykoncepcji jest niedopuszczenie do zapłodnienia lub zagnieżdżenia zapłodnionej komórki jajowej. Efekt ten osiąga się poprzez stosowanie różnych metod farmakologicznych, mechanicznych lub chirurgicznych. Idealna antykoncepcja powinna być bezpieczna, skuteczna, odwracalna, prosta w użyciu, szeroko dostępna i mieć niską cenę.

Środki blokujące owulację

Do tej grupy należy antykoncepcja hormonalna. Istotą jej działania jest blokowanie owulacji poprzez działanie antygonadotropinowe gestagenów. Działanie antykoncepcji hormonalnej jest w pełni odwracalne.

Antykoncepcja hormonalna jest dostępna w Polsce w postaci tabletek, plastrów, implantu podskórnego, iniekcji oraz aplikatora uwalniającego hormony dopochwowo. Tabletki antykoncepcyjne różnią się między sobą dawką hormonów, zarówno estrogenów jak i gestagenów oraz schematem podawania.

Hormony w postaci tabletek stosowane są codziennie przez 21, 24 lub 28 dni.

Hormony zawarte w plastrach aplikowane są raz w tygodniu, a te zawarte w aplikatorze dopochwowym raz w miesiącu.

Dawki estrogenów, jak i gestagenów różnią się w poszczególnych preparatach.

Można wyróżnić preparaty niskodawkowe (zawierające 0,2 mg etynyloestradiolu + niską dawkę gestagenu) oraz preparaty średniodawkowe (zawierają 0,3 mg lub więcej etynyloestradiolu+ gestagen). Aplikator dopochwowy zawiera etonogestrel (uwalnia się 0,12 mg/dobę) i etynyloestradiol (uwalnia się 0,015 mg/dobę).

Tabletki niskodawkowe wymagają ścisłego przestrzegania reżimu przyjmowania. Obarczone są też większym ryzykiem pojawienia się plamień i krwawień w czasie cyklu. Tabletki jednoskładnikowe zawierają tylko gestagen. Są stosowane u kobiet karmiących oraz u tych, które nie mogą przyjmować estrogenów a także jako antykoncepcja awaryjna, doraźna.

Gestageny podawane w iniekcji (150 mg medroksyprogesteronu) działają przez około 3 miesiące. Implant podskórny, który jest zarejestrowany w Polsce, zawiera 68 mg etonogestrelu uwalnianego przez 3 lata- należy do metod antykoncepcji długodziałającej.

Środki antykoncepcyjne wewnątrzmaciczne

Do tych środków należą wkładki wewnątrzmaciczne zawierające miedź lub systemy zawierające lewonorgestrel w małej dawce, niewystarczającej do jego działania antygonadotropinowego, czyli hamowania owulacji. Należą do środków antykoncepcji w pełni odwracalnej, długodziałającej.

Wkładki z miedzią są aplikowane do macicy i ich działanie antykoncepcyjne, w zależności od rodzaju (producenta) trwa 3, 5 lub więcej lat. Po okresie używalności przewidzianym przez producenta należy wkładkę wymienić. U zdrowej kobiety nie są wymagane przerwy pomiędzy usunięciem zużytej wkładki a aplikacją nowej. W czasie stosowania wkładek z miedzią czynność gonad jest w pełni zachowana i występują naturalne krwawienia miesięczkowe. Powrót płodności następuje natychmiast po usunięciu wkładki.

Systemy z zawartością lewonorgestrelu mają najniższy wskaźnik Pearl'a, czyli należą do najskuteczniejszych metod antykoncepcyjnych. Nie zawierają miedzi, natomiast mają wbudowany zbiornik uwalniający lewonorgestrel przez 3 lub 5 lat. Hormon powoduje wystąpienie zmian w endometrium polegających na spadku wrażliwości na endogenne estrogeny

i progesteron oraz wywołuje decyduację podścieliska. Systemy z lewonorgestrel różnią się między sobą wielkością oraz zawartością hormonu (13,5 mg vs. 52 mg) i dobową ilością jego uwalniania.

Oba systemy różnią się także między sobą efektem biologicznym wywieranym w macicy.

Mniejszy z nich nie hamuje krwawień miesięczkowych a efekt progestagenny na endometrium i otaczające tkanki jest słabszy. System większy powoduje prawie całkowite zahamowanie krwawień miesięczkowych, co jest jego dodatkowym, pożądanym w określonych stanach patologicznych efektem pozaantykoncepcyjnym. Aplikacja i wymiana systemów z lewonorgestrel przebiega w taki sam sposób jak opisane powyżej dla wkładek z miedzią. Powrót płodności po usunięciu systemu następuje w ciągu pierwszego naturalnego cyklu miesięczkowego. System wewnątrzmaciczny z lewonorgestrel, szczególnie ten o mniejszych wymiarach, można zakładać u nieródek.

Warunki ogólne stosowania antykoncepcji hormonalnej oraz wewnątrzmacicznej

Wybierając metodę antykoncepcji należy wykonać następujące badania: badanie podmiotowe, obejmujące wywiad personalny i rodzinny, szczególnie w zakresie występowania zakrzepicy, należy przeprowadzić badanie ginekologiczne oraz USG dopochwowe, wykonać cytologię, zmierzyć ciśnienie krwi oraz zbadać piersi. Kobieta stosująca antykoncepcję hormonalną lub wewnątrzmaciczną powinna mieć wykonywane wszystkie powyższe badania, oprócz cytologii (raz na 3 lata), przynajmniej raz w roku.

Przeciwwskazania bezwzględne do stosowania antykoncepcji hormonalnej

Użycie tabletek, plastrów oraz aplikatorów dopochwowych jest przeciwwskazane w ciąży, u kobiet z rakiem piersi,

u kobiet z otosklerozą (preparaty zawierające estrogeny), przebytą lub czynną zakrzepicą, cukrzycą ze zmianami naczyniowymi, niestabilizowanym lub leczonym, ale wysokim nadciśnieniem, powyżej 35 roku życia, u kobiet palących powyżej 15 papierosów/ dobę, u kobiet z trombofilią i długotrwale unieruchomionych oraz w innych, rzadkich sytuacjach klinicznych.

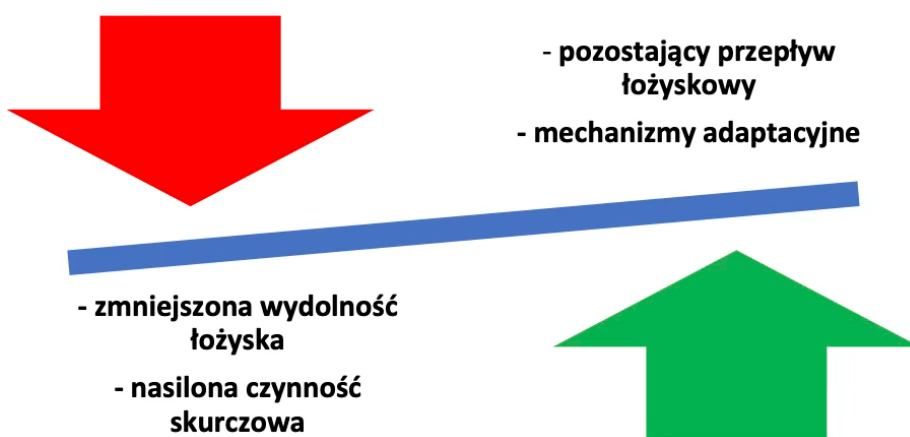
Skuteczność metod antykoncepcji hormonalnej i wewnątrzmacicznej

Wskaźnik Pearl'a osiąga najniższą wartość przy stosowaniu metod długodziałających, ponieważ wtedy istnieje najmniejsze ryzyko popełnienia przez kobietę błędu związanego z działaniem danej metody antykoncepcyjnej.

Kardiotokograficzne monitorowanie płodu podczas porodu

Kardiotokografia (KTG) jest powszechnie dostępną metodą monitorowania dobrostanu płodu podczas porodu. Wstępny zapis kardiotokograficzny po przyjęciu na blok porodowy powinien być wykonany u każdej rodzącej. Mamy wówczas możliwość ustalenia wyjściowego stanu płodu i ewentualne wykrycie nieprawidłowości. Decyzja o kontynuacji monitorowania KTG podczas porodu powinna być podjęta w oparciu o czynniki medyczne oraz wolę pacjentki.

W przypadkach występowania stanów mogących wskazywać na zwiększone ry-



Czynniki wpływające na utlenowanie płodu w trakcie skurczów macicy

zyko wystąpienia niedotlenienia płodu tylko ciągły zapis KTG umożliwia ocenę mechanizmów adaptacyjnych w odpowiedzi na sters hipoksemiczny związany z czynnością skurczową macicy.

Stopień reakcji płodu zależy zarówno od wydolności łożyska jak i nasilenia czynności skurczowej.

Zarówno zbyt częste jak i przedłużone skurcze macicy mogą doprowadzić do dekompensacji nawet u zdrowego płodu. Badania wykazują, że najniższą saturację w OUN płód wykazywał w 90 sekundzie po szczycie skurczu i potrzebował kolejnych 90 sekund, aby powrócić do stanu wyjściowego. Krótsze niż 2 minuty przerwy pomiędzy kolejnymi skurczami uniemożliwiają wyrównanie i mogą prowadzić do rozwoju kwasicy i niedotlenienia

centralnych narządów u płodu. Szczególne znaczenie w rozwoju stresu hipoksemicznego mają skurcze macicy w drugim okresie porodu. Odruch Fergusona przy pełnym rozwarciu powoduje uwalnianie oksytocyny, co zwiększa siłę, częstość i długość skurczów macicy wpływając niekorzystnie na wymianę gazową w łożysku. Skurcze partę dodatkowo podnoszą ciśnienie wewnątrzmaciczne stanowiąc kolejny czynnik ograniczający utlenowanie płodu.

Również farmakologiczna stymulacja czynności skurczowej macicy podczas porodu wymaga intensywnego nadzoru kardiotokograficznego.

W tabeli 1 przedstawiono wskazania medyczne do ciągłego monitorowania KTG podczas porodu.

Tabela 1 – Wskazania medyczne do ciągłego monitorowania KTG podczas porodu

WSKAZANIA ZE STRONY MATKI	WSKAZANIA ZE STRONY PŁODU	WSKAZANIA PORODOWE
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nadciśnienie tętnicze ▪ Cukrzyca przedciążowa ▪ Wady serca ▪ Ch. nerek ▪ Ch. wątroby ▪ Cholestaza ▪ Infekcja uogólniona (np. covid, grypa) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hipotrofia płodu ▪ Cięża bliźniacza ▪ Poród przedwczesny >28tyg 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Farmakologiczna stymulacja czynności skurczowej oksytocyną ▪ Poród trwający ponad 24h ▪ Gorączka u rodzącej ▪ Zielony płyn owodniowy ▪ Krwawienie z dróg rodnych ▪ Stan po przebytych cięciu cesarskim

Tabela 2 – Zasady okresowego osłuchiwania czynności serca płodu podczas porodu

OCENA CZYNNOŚCI SERCA PŁODU POPRZEC OSŁUCHIWANIE
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Osłuchiwanie czynności serca płodu należy wykonywać przez 1 minutę z równoczesnym monitorowaniem tętna matki ▪ Wartość FHR powinna być zapisana na partogramie jako liczba a nie zakres ▪ Osłuchiwanie należy rozpocząć natychmiast po skurczu macicy, aby wykluczyć występowanie deceleracji ▪ W celu oceny akceleracji należy osłuchiwać czynność serca płodu podczas spontanicznych lub stymulowanych ruchów płodu ▪ W pierwszym okresie porodu osłuchiwanie należy wykonywać co 15 minut ▪ W drugim okresie porodu osłuchiwanie należy wykonywać co 5 minut lub po każdym skurczu ▪ W przypadku odchyłań lub wątpliwości w uzyskiwanych pomiarach należy wykonać co najmniej 30 minutowy zapis kardiotokograficzny. Jeśli jest prawidłowy można powrócić do nieciągłego osłuchiwania czynności serca płodu

Należy poinformować rodzącą o zaletach KTG w ocenie dobrostanu płodu podczas porodu i kontynuować monitorowanie na jej życzenie także w przypadkach ciąży o niskim ryzyku powikłań śródporodowych. Kontrola czynności serca płodu podczas naturalnie rozpoczętych porodów bez dodatkowych czynników ryzyka, w której nie stosujemy ciągłego nadzoru KTG, powinna być stosowana regularnie według określonych zasad i znajdować odzwierciedlenie w dokumentacji medycznej. W tabeli 2 przedstawiono szczegółowe wytyczne dotyczące okresowej oceny czynności serca płodu.

Cukrzyca w okresie ciąży

Cukrzyca jest najczęstszym powikłaniem metabolicznym wikłającym ciążę. Częstość występowania cukrzycy ciążowej (GDM, *gestational diabetes mellitus*) w Europie szacuje się na 5,4% z dynamiczną tendencją wzrostową.

Cukrzycą nazywa się grupę zaburzeń metabolicznych, których wspólną cechą jest hiperglikemia, będąca wynikiem bezwzględnego lub względnego niedoboru insuliny.

Przewlekła hiperglikemia prowadzi do zaburzeń w metabolizmie białek, tłuszczów i gospodarki wodno-elektrolitowej. W konsekwencji tych zaburzeń może dochodzić do uszkodzenia różnych narządów i układów, a szczególnie naczyń krwionośnych, mięśnia sercowego, nerek, nerwów i narządu wzroku.

Cukrzyca w okresie ciąży zależnie od stopnia wyrównania glikemii i obecności powikłań zwiększa ryzyko wielu powikłań zarówno matczyńskich, jak i płodowych, w tym poronień, wad wrodzonych, obumarć wewnątrzmacicznych, nadmiernego wzrastania płodu, urazów okołoporodowych, hipoglikemii oraz innych problemów adaptacyjnych u noworodka.

W okresie planowania ciąży oraz w ciąży niezbędne jest uzyskanie wartości glikemii na czczo i przed posiłkami: 70–90 mg/dl (3,9–5,0 mmol/l); maksymalna glikemia w 1 godzinie po rozpoczęciu posiłku: < 140 mg/dl (< 7,8 mmol/l); międzygodzinna 2.00 a 4.00 > 70–90 mg/dl (> 3,9–5,0 mmol/l).

Dla oceny retrospektywnej skuteczności leczenia w ostatnich 3 miesiącach służy badanie hemoglobiny glikowanej (HbA_{1c}). Rekomenduje się w okresie planowania ciąży i w I trymestrze odsetek HbA_{1c} < 6,5%, a w kolejnych trymestrach ciąży < 6,0%. Odsetek HbA_{1c} < 6,5% (48 mmol/mol) w okresie poprzedzającym zapłodnienie jest związany z najniższym ryzykiem występowania wad wrodzonych u potomstwa.



© PZU, IZ, MZ, NPZ

Jeśli chorujesz na choroby przewlekłe skonsultuj swój sposób żywienia z dietetykiem.

Talerz Zdrowego Żywienia zastąpił piramidę Zdrowego Żywienia i Stylu Życia – połowa talerza wypełniona jest warzywami i owocami, jedna ćwiartka zawiera produkty zbożowe, a na ostatniej ćwiartce powinny znaleźć się źródła białka, w tym mięso.

Dieta cukrzycowa

Dieta cukrzycowa jest podstawą leczenia cukrzycy. Pacjentka z cukrzycą przedciążową powinna otrzymać zindywidualizowaną poradę dietetyczną uwzględniającą takie parametry, jak: przedciążowe BMI, poziom aktywności fizycznej, zalecany przyrost masy ciała w ciąży, dynamikę wzrastania płodu. Nadmierny przyrost masy ciała ciężarnej jest związany z większym ryzykiem makrosomii płodu, potęgując ryzyko urazów okołoporodowych, ciężych cesarskich i otyłości w przyszłości.

W trakcie pierwszej wizyty ciążyowej na podstawie przedciążowego BMI powinno się ustalić zakres prawidłowego przyrostu masy ciała w ciąży. Należy opracować z pacjentką plan spożywania posiłków oparty na w miarę stałych godzinach spożywania posiłków głównych i przekąsek, zawierających odpowiednią ilość kalorii, produktów białkowych, tłuszczu oraz przyswajalnych węglowodanów na dobę.

Zasadniczo przyjmuje się, że ciężarna o prawidłowej wyjściowej masie ciała powinna spożywać 30 kcal na kilogram masy ciała na dobę, a dobową dawkę kalorii dla ciężarnej powinna wynosić pomiędzy 1800 a 2500 kcal.

Dobowy jadłospis ciężarnej powinien być zrealizowany w formie trzech posiłków głównych oraz trzech przekąsek (I i II śniadanie, obiad, podwieczorek, kolacja, przekąska przed snem). Owoce i węglowodany proste powinny wchodzić w skład posiłków głównych. Taki rozkład posiłków i skład diety zapewnia stabilny transfer substancji odżywczych do płodu i pozwala na lepszą kontrolę metaboliczną cukrzycy.

Szczególnie istotny jest niewielki posiłek spożywany przed snem, ponieważ zabezpiecza on ciężarną przed hipoglikemią nocną i ketogenezą głodową. Posiłek ten powinien zawierać około 25 g węglowodanów o niskim indeksie glikemicznym lub produkty zawierające skrobię oporną. Poranna ketonemia u źle wyrównanej pacjentki z cukrzycą może korelować z niższym rozwojem intelektualnym potomstwa i upośledzeniem ruchowym.

Monitorowanie glikemii

Każdej pacjentce z cukrzycą przedciążową stosującej intensywną czynnościową insulinoterapię zaleca się codzienną kontrolę glikemii rano na czczo, przed i godzinę po posiłkach oraz przed snem. Okresowo również wskazana jest kontrola nocnych glikemii, między 2 a 4 w nocy. Pacjentki z cukrzycą typu 2 będące na diecie lub stosujące pojedynczą dawkę insuliny o pośrednim czasie działania lub długodziałającej powinny kontrolować glikemię na czczo i godzinę po posiłkach.

Aktywność fizyczna

W badaniach randomizowanych przeprowadzonych w niewielkich grupach ciężarnych z cukrzycą ciążową wykazano korzystny wpływ odpowiednio dobranych ćwiczeń na normalizację glikemii. Szczególnie zalecane dla ciężarnych są aktywności fizyczne o intensywności od lekkiej do umiarkowanej, angażujące duże grupy mięśniowe (marsz, *nordic walking*, pływanie, aqua-aerobik, ćwiczenia aerobowe, jazda na rowerze, joga). Sesja ćwiczeń powinna się rozpoczynać i kończyć kilkuminutową rozgrzewką i rozciąganiem. Optymalny czas trwania właściwej sesji ćwiczeniowej to 30 minut przez większość dni w tygodniu (minimum 150 minut tygodniowo).

Ciężarne, które nie uprawiały regularnie żadnej aktywności fizycznej, powinny rozpocząć od 10-minutowych sesji, a następnie stopniowo je wydłużać.

Nowoczesny system ciągłego monitorowania glikemii z odczytami stężenia glukozy przesyłanymi automatycznie na smartfon

Wystarczy założyć na tylną powierzchnię ramienia mały sensor i aktywować go zbliżając smartfon z włączoną aplikacją.

Prosty i dyskretny pomiar cukru dla pacjentów z cukrzycą

Z systemu FreeStyle Libre 2 mogą korzystać osoby chorujące na cukrzycę od ukończenia 4. roku życia.

- Sprawdzaj w aplikacji FreeStyle Libre-Link odczyty glukozy aktualizowane automatycznie co 1 minutę
- Obniż wartość HbA1c bez nakłuwania palców
- Prosty w użyciu. Bezbolesny w aplikacji. Wygodny w noszeniu. Dokładny przez 14 dni użytkowania.
- Potwierdzona badaniami klinicznymi wysoka dokładność pomiarów – nawet przy niskich zakresach glikemii

- W łatwy sposób sprawdzisz poziom glukozy i trendy jego zmian – wystarczy dyskretne spojrzenie na smartfon
- Dostęp do czytelnych raportów, które w łatwy sposób możesz udostępnić swojemu lekarzowi i bliskim.

Korzyści dla osób z cukrzycą typu 1

- **Koniec z kluciem palców.** System FreeStyle Libre 2 nie wymaga bolesnego klucia opuszki palca aby wyniki były pod kontrolą.
- **Prosty i szybki odczyt stężenia glukozy.** Sprawdzaj poziom cukru na ekranie swojego smartfona! Dzięki systemowi FreeStyle Libre 2 odczyt stężenia glukozy możliwy jest w czasie rzeczywistym, w każdej minucie. To zdecydowanie ułatwia kontrolowanie cukrzycy i podejmowanie codziennych decyzji.
- **Mniej hipoglikemii i dłuższy czas w zakresie.** Częstsze pomiary oznaczają krótszy okres w hipoglikemii, dzięki czemu czas w zakresie ulega wydłużeniu.

Korzyści dla kobiet w ciąży

System FreeStyle Libre 2 pomoże Ci stać w zakresie docelowym i kontrolować cukrzycę ciążową.

- **Bezpieczeństwo i zdrowie.** Dzięki systemowi FreeStyle Libre 2 łatwiej regularnie kontrolować glukozę i pozostawać w zakresach docelowych, a to jest kluczowe dla zdrowej ciąży i porodu.
- **Spokój.** Sensor automatycznie mierzy Twój poziom cukru w ciągu dnia i w nocy, gdy śpisz.
- **Wiedza i pewność.** Dowiedz się jak jedzenie, aktywność fizyczna i insulina wpływają na Twoje stężenia glukozy i wykorzystaj tę wiedzę w codziennych decyzjach.

System FreeStyle Libre 2 do pomiaru poziomu cukru bez nakłuwania palców jest objęty refundacją NFZ



Kobiety w okresie ciąży i połogu, z cukrzycą – odpłatność 30% za 14-dniowy sensor..

Nowoczesne przygotowanie do porodu jako alternatywa dla tradycyjnej szkoły rodzenia (mgr Anna Bulczak oraz dr n. med. Maciej W. Socha)

Poród – czy do tak emocjonalnego i nieprzewidywalnego wydarzenia w ogóle można się przygotować?

Obok „sztuki położniczej”, która jest domeną personelu fachowego rozwija się „sztuka rodzenia”, czyli umiejętność świadomego, czynnego i sprawnego przejścia przez poród przez rodzącą. Szkoła Rodzenia powinna stawiać sobie za cel staranne przygotowanie obojga rodziców do aktu narodzin w harmonii z naturą, z pełnym zaangażowaniem sił jakimi dysponuje organizm kobiety.

Hasło „poród” często mrozi krew w żyłach, kojarzy się z filmowym odejściem wód płodowych, męczarniami rodzącej, z pojmowaniem go jako dotykającego stricte kobiety.

Poród, akt narodzin, to coś o wiele więcej niż tylko głośne oddychanie na piłce i oddychaniem a’la „dmuchanie świeczek”. Głównym założeniem **Szkoły Rodzenia Zaufaj Położnej** jest praktyczne przygotowanie zarówno do porodu, jak i następującego po nim macierzyństwa. Podczas zajęć w szkole rodzenia przyszli rodzice mają dostęp do aparatu TENS łagodzącego ból porodowy. Każda para uczestników zajęć otrzymuje do dyspozycji własne stanowisko z przewijakiem i wanienką oraz certyfikowany model noworodka do ćwiczenia niezbędnych czynności pielęgnacyjnych.

Jak przygotować się do karmienia piersią jeszcze w ciąży?

Aby przygotować się do laktacji, warto zdobyć wiedzę na temat tego, jak prawidłowo karmić piersią, jakie są korzyści dla dziecka i matki oraz jakie mogą pojawić się problemy podczas karmienia. W trakcie wizyty w poradni może odbyć się instruktaż dotyczący przystawiania dziecka do piersi, korekta przystawienia, czy dobnie odpowiedniej pozycji uwzględniającej preferencje mamy i dziecka.

Czym jest indukcja porodu? Indukcja porodu to procedura medyczna mająca na celu wywołanie porodu w sytuacji, gdy nie rozpoczął się on samoistnie. W jej trakcie pobudzone zostają mechanizmy, które odpowiadają za wystąpienie czynności skurczowej mięśnia macicy. Zanim zdecydujesz się na indukcję, warto poznać dostępne metody i ich potencjalne konsekwencje. Wywołanie porodu wskazane jest w każ-



dym przypadku, w którym jest korzystniejsze, niż czekanie na samoistne rozpoczęcie akcji porodowej. Warto pamiętać, że indukcja porodu jest interwencją medyczną, w związku z tym może zostać wdrożona tylko w określonych przypadkach, jeśli życie lub zdrowie matki i/lub dziecka jest w jakiś sposób zagrożone.

Polskie Towarzystwo Ginekologów i Położników opisuje kilka przypadków, w których rozważa się indukcję porodu:

- ciąża po terminie,
- przedwczesne pęknięcie błon płodowych,
- podejrzenie hipotrofii lub zbyt dużej masy u dziecka,
- ciąża bliźniacza,
- zaawansowany wiek matki,
- ciąża powikłana nadciśnieniem tętniczym, cukrzycą lub cholestatą ciążową.

Przygotowanie do indukcji

Przed przystąpieniem do indukcji porodu konieczne jest wcześniejsze zakwalifikowanie ciężarnej do procedury. Obejmuje to wywiad położniczy, ocenę ryzyka i dojrzałości szyjki macicy. Ten ostatni element ma kluczowe znaczenie dla skuteczności przeprowadzanej indukcji porodu. Jeśli szyjka macicy jest nieprzygotowana do porodu (tzn. jest twarda, nieskrócona) konieczna może okazać się preindukcja, która polega na stymulacji dojrzałości szyjki.

Metody preindukcji porodu

Najczęściej stosowanymi metodami preindukcji są prostaglandyny i cewnik Foleya. Pierwsza z metod polega na dopochwowym wprowadzeniu żelu lub tasiemki z hormonami, które wpływają na zmiękczenie i skrócenie szyjki macicy. Cewnik Foleya natomiast wprowadzany jest do kanału szyjki macicy. Na jego końcu znajduje się balonik, który wypełniony płynem

utrzymuje się w przestrzeni pomiędzy pęcherzem płodowym a szyjką stymulując jej rozwieranie się. Może to również wpływać na wydzielanie prostaglandyn i pobudzenie skurczy.

Procedura indukcji porodu

Jeśli szyjka macicy jest dojrzała można rozpocząć indukcję porodu podając syntetyczną oksytocynę we wlewie dożylnym. Dawka początkowa jest zazwyczaj minimalna, tak aby móc ją zwiększać adekwatnie do postępu porodu. Może się okazać, że nasz organizm pobudzony sztucznym hormonem zacznie wydzielać go naturalnie, co spowoduje wystąpienie skurczy porodowych, przy których wlew będzie mógł zostać odłączony. Wszystko zależy od tego jak intensywne skurcze się pojawią i czy utrzymają się do końca porodu.

Dodatkowe metody stymulacji. W niektórych przypadkach stosuje się amniotomię, czyli przebicie pęcherza płodowego, jako dodatkową metodę stymulacji skurczów porodowych. Nie jest to zabieg bolesny, może pojawić się jednak dyskomfort związany z wprowadzeniem do kanału rodnego specjalnego narzędzia, którym przerywa się błony płodowe. Taka metoda indukcji powoduje wydzielanie hormonów – prostaglandyn oraz oksytocyny, które mogą wywołać lub nasilić skurcze macicy.

Monitorowanie dobrostanu dziecka podczas indukcji porodu

Podczas indukcji porodu może być konieczne prowadzenie zapisu KTG w sposób ciągły. Nie wyklucza to jednak porodu aktywnego, w pozycji wygodnej dla Ciebie. Rodząca powinna wiedzieć, że ruch oraz pozycje wertykalne będą pozytywnie wpływać na postęp porodu i sprawne przejście malucha przez kanał rodny. Podsumowując zanim ciężarna zdecyduje się na indukcję porodu, powinna rozumieć

metody, wskazania i potencjalne konsekwencje. Przygotowanie do porodu powinno ją uświadomić, że proces narodzin jest dynamiczny, a świadome podejście może wpłynąć pozytywnie na doświadczenie porodu.

Z oksytocyną za pan brat czyli ogromny wpływ oksytocyny na ciążę, poród, macierzyństwo

Oksytocyna jest to hormon endogeny, czyli wytwarzany przez organizm człowieka. Produkowana jest dokładnie w podwzgórzcu, a następnie komórkami nerwowymi (neuronami) przekazywana do tylnego płata przysadki mózgowej, gdzie później jest magazynowana. Estrogeny wzmagają wydzielanie oksytocyny, a progesteron je hamuje. Oksytocyna uwalniana jest w wielu przypadkach, najczęściej w odpowiedzi na sygnały płynące z pochwy, macicy lub piersi, najbardziej znany i bliski nam sposób, a mianowicie po podrażnieniu mechanoreceptorów brodawek sutkowych np. podczas ssania piersi, co ułatwia wydzielanie mleka. Należy zwrócić uwagę na to, że oksytocyna nierozdzielnie łączy się z ciążą, porodem i relacjami matka – dziecko. Wpływa na związek emocjonalny między dzieckiem a mamą, a także na siłę więzi między jego rodzicami. Oksytocyna, tym razem syntetyczna, znowu może przyjść z pomocą, gdyż prawdopodobnie niedobór tego hormonu jest przyczyną problemów. Poród indukowany oksytocyną (hormon podaje się dożylnie) jest zazwyczaj szybszy, gdyż wywołuje ona silniejsze skurcze macicy tym samym postęp akcji porodowej. Część kobiet twierdzi, że poród indukowany jest bardziej bolesny. Inne nie widzą różnicy między porodem indukowanym a fizjologicznym, poza korzyściami związanymi ze skróceniem czasu porodu. Nie zawsze jednak jest tak kolorowo. W tym przypadku jest to lek, substancja obca, które może powodować różnego rodzaju skutki uboczne. Wiele kobiet może zmylić fakt, że zarówno hormon wydzielany w przysadce rodzącej kobiety jak i preparat farmakologiczny noszą tę samą nazwę – oksytocyna. To sugeruje, że działają w identyczny sposób i że są równie bezpieczne. Tak niestety nie jest. Sztuczna oksytocyna wydziela się w inny sposób niż naturalna. Oksytocyna endogenna (czyli naturalna), wydziela się w sposób pulsacyjny, a jej ilość zmienia się w zależności od etapu porodu. Wydzielanie pulsacyjne jest ważne dla rytmu porodu: umożliwia przerwy między skurczami i odpoczynek rodzącej. Oksytocyna syntetyczna podawana jest w kroplówce i dostaje się do organizmu kobiety w sposób ciągły. To powoduje dłuższe i mocniejsze skurcze, z którymi macicy i dziecku czasami trudno jest sobie poradzić. Jeśli skur-

cze są zbyt silne, a przerwy między nimi zbyt krótkie, może to prowadzić do niedotlenienia dziecka. Jeśli rodzisz naturalnie, Twoje ciało odpowiada na skurcze wydzielaniem endorfin – są to produkowane przez organizm rodzącej naturalne opiaty pomagające zmniejszyć odczuwanie bólu. Gdy dodatkowo zaczyna działać sztuczna oksytocyna, naturalnych endorfin jest za mało, gdyż są blokowane. Stąd też poród wspomagany sztucznie jest dla niektórych kobiet dużo bolesniejszy. Pierwsze godziny po przyjściu dziecka na świat wywierają ogromny wpływ na jego zdrowie, kondycję fizyczną i psychiczną. Kontakt skóra do skóry to niezbędny element, który pozwala na zniwelowanie wielu innych niedogodności na jakie napotyka noworodek. Wczesny i niezakłócony kontakt mamy i dziecka po porodzie jest bardzo ważny.

Kontakt skóra do skóry po porodzie

To nie jest jakaś ekologiczna moda, ale standard bezwzględnie zalecany przez wiele środowisk naukowych oraz przez Światową Organizację Zdrowia (WHO). Rozpoczęcie kontaktu skóra do skóry powinno przerwy matka powinna mieć przy sobie noworodka przynajmniej jedną godzinę lub dłużej, jeśli nie nastąpiło zakończenie pierwszego karmienia piersią. Personel medyczny powinien w momencie kontaktu skóra do skóry zachęcać matkę do rozpoznania u dziecka gotowości do ssania. Należy też oferować pomoc w ułożeniu dziecka prawidłowo do piersi matki, jeśli kobieta będzie tego potrzebowała.

Dlaczego kontakt skóra do skóry jest tak ważny?

Psychologia od samego początku swe go istnienia wskazywała na doniosłą rolę pierwszych chwil życia człowieka. Wraz z rozwojem nauk biologicznych i medycznych otrzymaliśmy ogromne spektrum argumentów przemawiających za szczególną dbałością o pierwsze minuty i godziny życia człowieka. Wpływają one diametralnie na jego późniejszy rozwój fizyczny i psychiczny. Szpital to miejsce, w którym ratuje się to, co najcenniejsze – ludzkie zdrowie i życie. Poród w oddziale położniczym cechuje więc wysoki stopień bezpieczeństwa, który zapewniają standardy placówki medycznej, odpowiednia kadra i niezbędny sprzęt. Medykalizacja porodu niweluje możliwość tragedii. Niestety, noworodek tego nie zrozumie i nie doceni. Szpital nie jest jego naturalnym środowiskiem życia. Kontakt z matką, z łoną której dopiero przed chwilą wyszedł jest kluczowym i jedynym w szpitalu naturalnym procesem adaptacji. Dlatego kontakt skóra do skóry ma tak kluczowe

znaczenie. Jak się okazuje, kontakt skóra do skóry po porodzie może ułatwić wyrzut oksytocyny, która nie tylko powoduje obkurczenie się macicy i poród łóżyska, ale wpływa na miłość macierzyńską i dobry stan emocjonalny kobiety po porodzie.

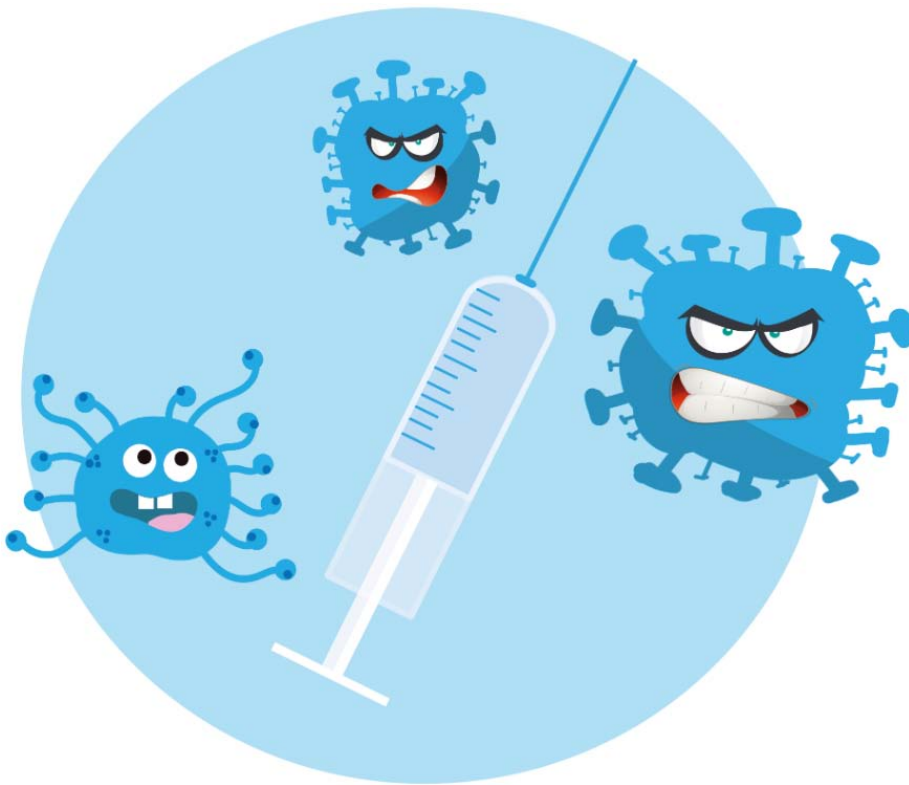
Obowiązujące w Polsce przepisy dotyczące kontaktu skóra do skóry

Obowiązujące od 2011 przepisy w ramach standardów opieki okołoporodowej w Polsce nakazują kontakt mamy z dzieckiem bezpośrednio po porodzie, o ile nie ma przeciwwskazań medycznych wynikających ze stanu kobiety po porodzie lub ze stanu zdrowia noworodka.

Szczepienia w ciąży (prof. dr hab. n. med. Mirosław Wielgoś)

Do szczepionek zalecanych do wykonania w czasie ciąży lub przed planowaną ciążą należą: szczepienie przeciw krztuścowi, grypie oraz szczepienie przeciwko COVID-19

Szczepienie kobiet w ciąży może zapewnić ochronę przed ciężkimi chorobami zakaźnymi zarówno samej zaszczepionej, jak i jej dziecku. Zapobieganie zakażeniu poprzez szczepienie kobiet w czasie ciąży zmniejsza ryzyko kontaktu dziecka z daną chorobą, wpływa na zwiększenie stężenia swoistych matczynych przeciwciał transportowanych przezłożyskowo i chroni niemowlę w okresie jego wrażliwości na zachorowanie. Korzyści związane ze szczepieniem kobiety w ciąży są większe niż teoretyczne ryzyko z tym związane, jeżeli istnieje możliwość ekspozycji na chorobę zakaźną, która zagraża zdrowiu matki lub noworodka. Inaktywowane szczepionki przeciwbakteryjne i przeciwwirusowe są bezpieczne i nie powodują powikłań ani u matki, ani u płodu. „Żywe” szczepionki przeciwwirusowe lub przeciwbakteryjne są przeciwwskazane w czasie ciąży, istnieje bowiem teoretyczne ryzyko wywołania zakażenia u płodu. Jednak jak dotąd żadne dane nie wskazują, że podanie kobiecie ciężarnej szczepionki zawierającej żywe wirusy może się wiązać z uszkodzeniem płodu. Zgodnie z dostępną wiedzą stosowanie preparatów immunoglobulin w czasie ciąży nie powoduje powikłań u płodu. Należy szczepić kobiety ciężarne planujące podróż zagraniczną lub te, w przypadku których nie można uniknąć kontaktu z chorobami zakaźnymi, którym zapobiega się poprzez szczepienia. Karmienie piersią nie stanowi przeciwwskazania do podawania szczepionek inaktywowanych i większości atenuowanych. Jeżeli szczepienia przeciwko grypie oraz szczepienia DTPa nie



przeprowadzono w okresie ciąży, można je wykonać niezwłocznie po porodzie. Kobieta, która ma aktualne szczepienia, jest lepiej przygotowana do ciąży i urodzenia zdrowego dziecka. Wszystkie noworodki mogą uzyskać ochronę dzięki aktywnemu przezłożyskowemu transportowi przeciwciał swoistych dla drobnoustrojów, z którymi kobieta miała wcześniej kontakt lub które wytworzyła po szczepieniu. Ten naturalny proces wykorzystuje się, szczepiąc kobiety ciężarne. Po podaniu szczepionek u kobiet w ciąży zwiększa się stężenie przeciwciał, które mogą być przekazane dziecku w II i III trymestrze i zapewniają mu ochronę w pierwszych miesiącach życia, czyli w okresie większej podatności na zachorowanie na choroby zakaźne, wynikającej z większego ryzyka ekspozycji i względnej niedojrzałości układu odpornościowego niemowlęcia. Do szczepionek rutynowo zalecanych kobietom w ciąży należą inaktywowane szczepionki przeciwko grypie oraz szczepionki przeciwko krztuścowi.

Pierwsze zalecenia dotyczące szczepienia przeciwko COVID-19 kobiet w ciąży pojawiły się już w grudniu 2020 roku, niedługo po dopuszczeniu do stosowania pierwszych preparatów. Wówczas rzeczywiście nie dysponowaliśmy danymi z badań dotyczących bezpieczeństwa szczepionek przeciwko COVID-19 u kobiet w ciąży, ponieważ z zasady nie włącza się ich do prób klinicznych. Zalecenia te wydano na podstawie zebranego już wcześniej ogrom-

nego doświadczenia w stosowaniu u ciężarnych innych szczepionek „zabitych, głównie przeciwko grypie i krztuścowi, a także wyników przedklinicznych badań toksyczności rozwojowej i reprodukcyjnej, w których oceniono, czy szczepienie przeciwko COVID-19 zwiększa ryzyko różnych powikłań ciąży oraz niekorzystnych następstw dla płodu i dziecka. Zdecydowana większość z nich dotyczyła preparatów mRNA. Wykazano w nich, że szczepienie przeciwko COVID-19 w okresie ciąży jest bezpieczne i nie zwiększa ryzyka zaburzeń wewnątrzmacicznego wzrastania płodu, samoistnego poronienia i/lub urodzenia martwego dziecka, wcześniactwa, wad wrodzonych u płodu, hospitalizacji na oddziale intensywnej terapii noworodka, małej urodzeniowej masy ciała, urodzenia dziecka za małego w stosunku do wieku płodowego, małej liczby punktów w skali Apgar, stanu przedrzucawkowego lub rzucawki, odklejenia łożyska, konieczności rozwiązania ciąży cięciem cesarskim, krwotoku poporodowego, nadciśnienia tętniczego u ciężarnej lub zapalenia błon płodowych.

Kiedy najlepiej podać szczepionkę...

W Polsce tak jak w wielu innych krajach zgodnie z Programem Szczepień Ochronnych oraz zaleceniami Towarzystwa Ginekologicznego, zaleca się wykonanie szczepień przed planowaną ciążą oraz w ostatnich tygodniach ciąży pomiędzy 27 a 36 tygodniem ciąży, po to, aby przyszła

mama przekazała przeciwciała ochronne swojemu dziecku, co zapewni mu ochronę w pierwszych miesiącach życia.

Konflikt serologiczny

Profilaktyka konfliktu w zakresie antygeny D z układu Rh. Jeżeli Rh (-) ujemna kobieta zajdzie w ciążę z Rh (+) dodatnim mężczyzną, to najczęściej dziecko jest Rh (+) dodatnie ale może mieć również Rh(-) ujemną grupę krwi. Zależy to od tego czy ojciec jest homo czy heterozygotą pod względem genu D, tzn. czy ma dwa geny D czy tylko jeden. Choć w okresie ciąży krwioobieg matki jest oddzielony od krwioobiegu dziecka dzięki barierze łożyska stanowi łożysko. Jednak zdarza się, że krwinki dziecka mogą się w niewielkiej ilości przedostać do krążenia matki. Zazwyczaj nie stanowi to zagrożenia. Większa ilość krwi dziecka może przedostać się do układu krążenia matki w trakcie ciąży na skutek szczególnych zdarzeń jakimi są:

- pobieranie płynu owodniowego do badań,
- zewnętrzny obrót płodu,
- czy krwawienia z dróg rodnych najczęściej podczas porodu czy poronienia.

Dostające się do układu krążenia Rh ujemnej matki krwinki Rh dodatniego dziecka powodują reakcję układu immunologicznego matki. Rozpoczyna ona produkcję przeciwciał skierowanych przeciwko krwinkom dziecka, które traktuje jak ciała obce. Przechodzą one przez łożysko powodując rozpad krwinek i rozwój anemii w organizmie płodu. Nasilenie choroby noworodka może być różne, zależy od liczby przeciwciał i stopnia niszczenia przez nie krwinek czerwonych. Najczęstsze powikłania to niedokrwistość i żółtaczka. W ciężkich nieleczonych prenatalnie postaciach choroby możliwe jest wystąpienie uogólnionego obrzęku, drgawki, uszkodzenie narządów i mózgu, które w konsekwencji mogą doprowadzić do śmierci dziecka.

Aby zapobiec rozwojowi konfliktu serologicznego, należy podczas ciąży wdrażać profilaktykę poprzez podawanie immunoglobuliny anti-D kobietom, których organizm nie wytworzył przeciwciał anti-D podczas jak i po każdej ciąży. Każdej Rh ujemnej ciężarnej między 21 a 26 tygodniem ciąży wykonuje się oznaczenie poziomu przeciwciał anti-D. Następnie w okresie 28 do 30 tygodnia ciąży podaje się 300 mikrogramów immunoglobuliny anti-D. Po porodzie oznacza się grupę krwi dziecka, jeśli okaże się, że jego krew jest Rh dodatnia matce podaje się kolejną dawkę immunoglobuliny anti-D możliwie szybko czyli w ciągu 72 godzin po porodzie.

NACZELNA RADA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH
z siedzibą w Warszawie
02-757 Warszawa, ul. Pory 78, lok. 30
tel. (22) 327 61 61, fax (22) 327 61 60

Stanowisko nr 3
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
z dnia 6 grudnia 2023 r.

w sprawie tworzenia w strukturach podmiotów leczniczych stanowisk zastępcy kierownika podmiotu leczniczego do spraw pielęgniarstwa oraz zastępcy kierownika podmiotu leczniczego do spraw położnictwa

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych zwraca się do Ministra Zdrowia w celu podjęcia działań legislacyjnych w sprawie zmiany art. 49 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2023, poz. 991) poprzez stworzenie jednoznacznej podstawy normatywnej dla wyodrębniania w strukturze organizacyjnej podmiotów leczniczych stanowisk zastępcy kierownika do spraw pielęgniarstwa oraz zastępcy kierownika do spraw położnictwa.

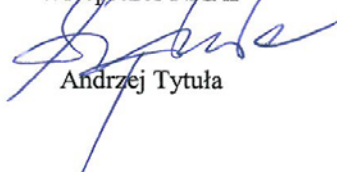
Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych pozytywnie ocenia praktykę tworzenia w strukturach organizacyjnych podmiotów leczniczych, ze szczególnym uwzględnieniem podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorcami, stanowiska zastępcy kierownika podmiotu leczniczego do spraw pielęgniarstwa oraz zastępcy kierownika podmiotu leczniczego do spraw położnictwa.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych wyraża przekonanie, że wyodrębnienie w strukturze podmiotu leczniczego stanowisk zastępców kierownika do spraw pielęgniarstwa lub położnictwa istotnie przyczynia się do wzmocnienia rangi zawodów pielęgniarki i położnej, a także przyczynia się do profesjonalizacji oraz wzrostu efektywności funkcjonowania pionów pielęgniarstwa i położnictwa w strukturach podmiotów leczniczych. W konsekwencji zaś wpływa pozytywnie na zwiększenie bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych zwraca uwagę, że w świetle postanowień rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 lipca 2023 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz. U. 2023, poz. 1515) stanowiska zastępcy kierownika do spraw pielęgniarstwa oraz zastępcy kierownika do spraw położnictwa w zakresie kwalifikacji wymaganych na ww. stanowiskach są zrównane z kwalifikacjami wymaganymi na stanowiskach, odpowiednio, naczelnej pielęgniarki i naczelnej położnej. Mając powyższe na uwadze, nie istnieją przeciwwskazania natury systemowej lub funkcjonalnej do zatrudniania przez podmioty lecznicze pielęgniarek oraz położnych na stanowiskach, odpowiednio, naczelnej pielęgniarki lub naczelnej położnej w randze zastępcy kierownika do spraw, odpowiednio, pielęgniarstwa lub położnictwa.

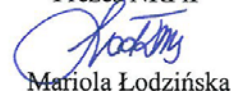
Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych wskazuje, że zarówno przepisy ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2023, poz. 991), w tym art. 49 ustawy, jak i rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 lutego 2012 r. w sprawie sposobu przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcami (tekst jedn. Dz. U., 2021, poz. 430 ze zm.) nie stoją w sprzeczności z praktyką wyodrębniania w strukturach podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorstwami, stanowisk zastępcy kierownika do spraw pielęgniarstwa lub położnictwa.

Wiceprezes NRPIP



Andrzej Tytuła

Prezes NRPIP



Mariola Łodzińska

NACZELNA RADA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH
z siedzibą w Warszawie
02-757 Warszawa, ul. Póry 78, lok. 10
tel. (22) 327 61 61, fax (22) 327 61 60

**Apel nr 1
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
z dnia 7 grudnia 2023 r.**

**w sprawie należytego używania uroczystego stroju zawodowego pielęgniarki,
pielęgniarsza, położnej, położnego.**

skierowany do:

Członków Samorządu Pielęgniarek i Położnych

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych apeluje o należyte stosowanie uroczystego stroju zawodowego pielęgniarek i położnych zgodnie z uchwałą nr 96/VII/2016 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 22 czerwca 2016 r. *W sprawie określenia wzoru uroczystego stroju zawodowego pielęgniarki, pielęgniarsza, położnej, położnego oraz zasady jego używania.*

Apelujemy, aby zgodnie z ww. uchwałą czepki pielęgniarki i czepki położnej stanowił nieodłączny element uroczystego stroju zawodowego oraz był zakładany zgodnie z obowiązującym wzorem opisanym w ww. uchwale. Podkreślamy w ten sposób szacunek wobec symboli zawodowych oraz ich wyjątkowość.

Czepki pielęgniarki i czepki położnej, jest jednym z najważniejszych symboli zawodu pielęgniarki i położnej, któremu należy się szacunek i ochrona przed wszelkimi przejawami znieważania i ośmieszania.

Także my, jako członkowie samorządu jesteśmy zobowiązani do chronienia go przed powyższymi zagrożeniami i obniżenia jego rangi.

W związku z powyższym przypominamy o zapisach powyższej uchwały:

„Uroczysty strój zawodowy pielęgniarki, pielęgniarsza, położnej, położnego noszony jest podczas: 1) uroczystości państwowych i kościelnych, 2) wręczania odznaczenia samorządu pielęgniarek i położnych, 3) jubileuszy i uroczystych spotkań, 4) uroczystości w miejscach pamięci narodowej, 5) innych uroczystości i wystąpień indywidualnych.”

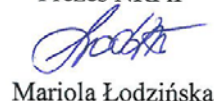
W tym celu, apelujemy, aby stosowanie uroczystego stroju zawodowego było zgodne z ww. uchwałą, a używanie czepki pielęgniarki i czepki położnej było zarezerwowane na ww. uroczystości, jako nieodłączny element tego stroju.

Wiceprezes NRPIP



Andrzej Tytuła

Prezes NRPIP



Mariola Łodzińska



SAMORZĄD PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH ZA OBYWATELSKIM PROJEKTEM USTAWY O MINIMALNYM WYNAGRODZENIU PRACOWNIKÓW MEDYCZNYCH

Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych przyjęło stanowisko popierające nowelizację obywatelskiego projektu ustawy o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych.

– Jesteśmy często pytani, jako samorząd zawodowy, o stanowisko w sprawie projektu obywatelskiego. Braliśmy udział w zbieraniu podpisów, wielu z nas podpisało się pod tym projektem. Dostrzegamy szereg problemów i wielokrotnie apelowaliśmy o pozytywne zmiany. Problem zmniejszania się liczby pielęgniarek, w wielu regionach stały już ich deficyt, szybki wzrost *średniego* wieku oraz nowe wyzwania, z którymi spotykają się pielęgniarki i położne w związku ze zmianami demograficznymi i rozwojem medycyny nie są fantazją, a realiami, z którymi mierzymy się w codziennej pracy – mówi Mariola Łodzińska, prezes NIPiP. – Celem jest zatrzymanie pielęgniarek z dużym doświadczeniem i kilkudziesięcioma latami

pracy i równoczesne przyciągnięcie młodych. Bo oni zazwyczaj, jeśli podejmują prace w zawodzie, to w prywatnych podmiotach, a nie systemie publicznym. Obowiązująca dzisiaj ustawa o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych doprowadziła do konfliktów w środowisku oraz stworzyła pracodawcom możliwość stosowania praktyki oszczędzania przez sztuczne obniżanie wymagań na poszczególnych stanowiskach bez związku z realnie wykonywanymi obowiązkami. W stanowisku czytamy: „Najważniejsze postulaty to zmniejszenie różnic płacowych bez pomijania kompetencji, czyli zarówno wykształcenia jaki i doświadcze-

nia. Oba te aspekty są bardzo ważne w naszym zawodzie. Po drugie bardzo ważny jest postulat uznania wykształcenia posiadanego, a nie wymaganego na danym stanowisku.”

Zdaniem Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych zawody pielęgniarki i położnej są szczególnymi zawodami, ze względu na specyficzne warunki pracy, dbanie o bezpieczeństwo zdrowotne pacjenta podczas realizowania świadczeń zdrowotnych, dlatego organizacja i funkcjonowanie tych zawodów wymaga ujednolicenia rozwiązań systemowych, poprzez wprowadzenie motywacyjnego poziomu wynagrodzeń i zapobieganiu nierównościom w poszczególnych grupach wynagrodzeń.

NACZELNA RADA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH
z siedzibą w Warszawie
02-757 Warszawa, ul. Pory 78, lok. 10
tel. (22) 327 61 61, fax (22) 327 61 60

Stanowisko nr 2
Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
z dnia 13 lutego 2024 r.

w sprawie poparcia nowelizacji obywatelskiego projektu ustawy o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych

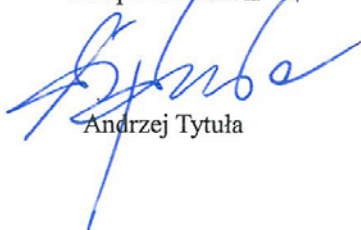
Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych popiera propozycje zapisów zawartych w projekcie ustawy o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych, który został złożony przez Komitet Inicjatywy Ustawodawczej w Sejmie RP.

W opinii Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych obywatelski projekt jest pożądaną i konieczną nowelizacją ww. ustawy, ze względu na sukcesywne i ostateczne zniwelowane różnic i dysproporcji w zakresie poziomu wynagrodzeń pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych. Ostatnia nowelizacja ustawy wprowadziła krzywdzące zasady wynagrodzeń, szczególnie wśród grupy pielęgniarek i położnych, które charakteryzują się bardzo dużym doświadczeniem zawodowym.

Zdaniem Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych zawody pielęgniarki i położnej są szczególnymi zawodami, ze względu na specyficzne warunki pracy, dbanie o bezpieczeństwo zdrowotne pacjenta podczas realizowania świadczeń zdrowotnych, dlatego organizacja i funkcjonowanie tych zawodów wymaga ujednoczenia rozwiązań systemowych, poprzez wprowadzenie motywacyjnego poziomu wynagrodzeń i zapobieganiu nierównościom w poszczególnych grupach wynagrodzeń.

Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych zwraca szczególną uwagę na właściwy przepis w projekcie ustawy, gdyż kryterium faktycznie posiadanych kwalifikacji na zajmowanym stanowisku, będą podstawą do ustalenia współczynników pracy dla danej grupy zawodowej. Niezwykle ważnym elementem będzie wniesienie przepisu gwarantującego przekazywanie środków finansowych na pokrycie wzrostu minimalnego wynagrodzenia wprowadzone przedmiotową ustawą, a także stworzenie mechanizmu podnoszenia wynagrodzeń zasadniczych pracowników w sposób ciągły, przez cały rok kalendarzowy.

Wiceprezes NRPIP



Andrzej Tytuła

Prezes NRPIP



Mariola Łodzińska

STANOWISKO nr 1
PREZYDIUM NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
I PREZYDIUM NACZELNEJ RADY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH
z dnia 14 lutego 2024 r.
w sprawie zmiany zasad odpowiedzialności personelu medycznego

Samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych oraz samorząd zawodowy lekarzy oczekują pilnej zmiany modelu odpowiedzialności personelu medycznego za zdarzenia niepożądane. Aktualny system, skoncentrowany na poszukiwaniu winnych celem pociągnięcia ich do odpowiedzialności karnej, nie realizuje podstawowego priorytetu polityki zdrowotnej, jakim jest poprawa jakości opieki nad pacjentem, przy tym niszczy zaufanie między pacjentami a personelem medycznym, nie sprzyja także rozwojowi i kształceniu kadr medycznych, zwłaszcza w obszarach medycyny, w których ryzyko powikłań czy niepowodzenia leczniczego jest wyższe i sprzyja emigracji wykwalifikowanego personelu medycznego za granicę.

Zawody medyczne oczekują przywrócenia możliwości bezpiecznego wykonywania pracy.

Zmiana podejścia do zdarzeń niepożądanych jest niezbędna dla zapewnienia prawidłowego funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej w Polsce i w żadnym stopniu nie przyczyni się do obniżenia standardów opieki medycznej, a wręcz przeciwnie – powinna zapewnić poprawę jej funkcjonowania.

W ciągu ostatnich lat wielokrotnie obserwowaliśmy starania, aby maksymalnie zwiększyć rygor odpowiedzialności karnej za przestępstwa, które brane są pod uwagę w przypadku wystąpienia błędu medycznego. Mieliśmy zapowiedzi zmian kodeksu karnego idące w kierunku zaostrzenia kar, było także nagłaśnianie spraw medycznych w mediach i wydawanie tym trybem przedwczesnych wyroków, zanim zapadły jakiegokolwiek orzeczenia sądowe. Wszystkie te działania – w istocie nastawione na krótkotrwały efekt polityczny – oceniane w perspektywie długofalowej zupełnie nie sprzyjają poprawie jakości w ochronie zdrowia, negatywnie wpływają na rozwój i kształcenie kadr medycznych, psują nasze relacje z pacjentami. Przyjęto całkowicie błędne założenie, że strach przed odpowiedzialnością karną jest metodą na budowanie jakości w opiece medycznej, tymczasem presja na karanie personelu medycznego prowadzi do braku kadry w specjalnościach, w których występuje ryzyko niepowodzenia leczniczego, tym samym zmniejszenia dostępności usług medycznych. Do tego zapadające w indywidualnych

sprawach orzeczenia sądowe nie pozwalają na systemową ocenę czynników sprzyjających występowaniu niepowodzenia leczniczego.

System opieki zdrowotnej w Polsce powoli zbliża się do momentu, w którym ważniejsze stanie się bezpieczeństwo prawne leczącego, niż dobro leczonego, a w placówkach medycznych podejmowane będą działania nieryzykowne dla personelu medycznego, niekoniecznie zaś najskuteczniejsze dla pacjenta.

Przy pracach nad zmianą aktualnego systemu oceny zdarzeń niepożądanych należy wziąć pod uwagę takie okoliczności jak: niedostateczne finansowanie świadczeń zdrowotnych i placówek, które ich udzielają, powszechnie występujące braki kadrowe, wykonywanie przez personel medyczny pracy w wielkim stresie, dynamicznie zmieniający się poziom wiedzy na temat schorzeń i metod leczenia, występowanie różnic poglądów w gremiach naukowych. Przede wszystkim jednak należy brać pod uwagę szczególny rodzaj działalności, jaką jest udzielanie świadczeń zdrowotnych, gdzie działania personelu medycznego nie są podejmowane w złej wierze, ale wprost przeciwnie – każdemu z nas przyświeca motywacja niesienia pomocy choremu.

Ze wskazanych powodów samorząd pielęgniarek i położnych oraz samorząd lekarski oczekują od władz państwowych zdecydowanej zmiany podejścia do sytuacji, w których procedury medyczne zakończyły się niepowodzeniem. Należy zdjąć z osób wykonujących zawody medyczne ryzyko odpowiedzialności karnej za czyny nieumyślne wynikające z udzielania świadczeń zdrowotnych. Pacjentowi należy zapewnić natomiast mechanizmy pozwalające na efektywne, szybkie i pozasądowe uzyskanie odpowiedniej rekompensaty za poniesione szkody.

PREZES NRPIP

Mariola Łodzińska

SEKRETARZ NRPIP

Kamilla Gólc

PREZES NRL

Łukasz Jankowski

SEKRETARZ NRL

Grzegorz Wrona

STANOWISKO nr 2
PREZYDIUM NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
I PREZYDIUM NACZELNEJ RADY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH
z dnia 14 lutego 2024 r.

w sprawie kształcenia pielęgniarek, położnych, lekarzy i lekarzy dentystów

Samorządy zawodowe pielęgniarek i położnych oraz lekarzy i lekarzy dentystów od wielu lat nieustannie zabiegają aby kształcenie studentów na kierunku: lekarskim, lekarsko-dentystycznym, pielęgniarstwie i położnictwie było oparte o jak najwyższe standardy edukacyjne. Prezydium NRPIP i NRL zwracają uwagę, że brak zachowania wymogów gwarantujących wysoką jakość kształcenia niesie za sobą realne zagrożenie z punktu widzenia bezpieczeństwa pacjentów, które zależy od jakości świadczonych usług medycznych.

Dostrzegając pojawiające się w ostatnim czasie rozwiązania legislacyjne, które istotnie obniżają jakość kształcenia pielęgniarek, położnych, lekarzy i lekarzy dentystów Prezydium NRPIP i NRL stoją na stanowisku, że konieczne jest pilne podjęcie następujących działań dotyczących kształcenia polegających na:

w zakresie kształcenia lekarzy i lekarzy dentystów:

- 1) zamknięciu lub wygaszeniu kierunków lekarskich i lekarsko-dentystycznych, które nie uzyskały pozytywnej opinii Polskiej Komisji Akredytacyjnej i wykorzystaniu potencjału uniwersytetów medycznych i akredytowanych jednostek do kształcenia personelu lekarskiego, samo kształcenie zaś powinno być oparte o model akademicki, a nie zawodowy.
- 2) wsparciu rozwoju i zwiększaniu naboru na studia w uczelniach o profilu ogólnoakademickim prowadzących kształcenie w zawodach lekarza i lekarza dentysty. Wykształcenie lekarza wymaga nie tylko nabycia kompetencji czysto zawodowych, ale także nabycia umiejętności pracy naukowej, przygotowania w szerokim kontekście humanistycznym, ze szczególnym zwróceniem uwagi na postawę etyczną, co jest możliwe wyłącznie w warunkach uniwersyteckich. Zapewnienie właściwej jakości kształcenia w tych zawodach wymaga przede wszystkim posiadania wykwalifikowanej i zróżnicowanej kadry dydaktycznej oraz dostępu do bazy klinicznej, które zorganizowanej i utrzymanie jest niezwykle trudne i kosztowne. Uczelnie zawodowe mają bardzo ograniczone możliwości, aby te warunki spełnić.
- 3) zwiększeniu finansowania Polskiej Komisji Akredytacyjnej na działania zmierzające do zapewnienia wysokiej jakości kształcenia.

- 4) zwiększeniu finansowania Centrum Egzaminów Medycznych w Łodzi i zmiana formuły Lekarskiego Egzaminu Końcowego, tak aby faktycznie weryfikować wiedzę absolwentów lekarskich i lekarsko-dentystycznych.
- 5) zmianie organizacji zarządzenia kształceniem tak, aby nadzór sprawowany był przez jedno, a nie dwa ministerstwa.
- 6) wprowadzeniu zmian legislacyjnych nadających Polskiej Komisji Akredytacyjnej większy zakres uprawnień – uczynienie opinii Polskiej Komisji Akredytacyjnej wiążących dla Ministra Edukacji i Nauki.
- 7) wprowadzeniu zmian w składzie zespołu nauk medycznych i nauk o zdrowiu w Polskiej Komisji Akredytacyjnej opiniujących kierunki lekarski i lekarsko-dentystyczny, tak aby w każdym takim zespole oceniającym znajdował się przedstawiciel samorządu lekarskiego.

w zakresie kształcenia pielęgniarek i położnych:

1. określeniu poziomów kompetencji zawodowych po ukończeniu poszczególnych rodzajów i dziedzin kształcenia podyplomowego, oraz wskazaniu uprawnień do realizacji konkretnych świadczeń zdrowotnych,
2. wdrożeniu systemu akredytacji dla podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych,
3. wprowadzeniu mechanizmu weryfikacji obowiązku aktualizacji i podnoszenia kwalifikacji zawodowych przez pielęgniarki i położne w formie aktu prawnego.
4. studia I stopnia na kierunku pielęgniarstwo i położnictwo powinny odbywać się w systemie stacjonarnym, co zapewni wysoką jakość kształcenia,
5. studia II stopnia na kierunku pielęgniarstwo i położnictwo należy prowadzić na uniwersytetach medycznych lub w akademiach, które prowadzą i finansują badania naukowe na danym kierunku, w tym badania naukowe z udziałem nauczycieli i studentów. Przyczyni się to do poprawy jakości prowadzonego kształcenia na pielęgniarstwie i położnictwie,
6. liczbę członków Krajowej Rady Akredytacyjnej Szkół Pielęgniarek i Położnych (KRASzPiP) należy zwiększyć do 20, w tym 10 członków - przedstawicieli szkół kształcących pielęgniarki i położne, 6 przedstawicieli Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych i po 2 przedstawicieli pozostałych stowarzyszeń i organizacji zawodowych pielęgniarek i położnych, których powołuje i odwołuje minister właściwy do spraw zdrowia spośród zgłoszonych kandydatów. Obecny zapis uniemożliwia sprawne przeprowadzenie oceny (akredytacji) poszczególnych kierunków, a także monitoringów w tych

uczelniah Członkami KRASZPiP powinni być przedstawiciele zawodu pielęgniarek i położnych,

7. wypracowaniu i wdrożeniu modelu współpracy uczelni z podmiotami leczniczymi w zakresie realizacji kształcenia praktycznego (zajęć praktycznych i praktyk zawodowych)

Prezydium NRPIP i NRL wskazują, że realizacja postulatów, kierowanych wielokrotnie do decydentów jest niezbędna do zachowania jak najwyższej jakości kształcenia na wydziałach: pielęgniarskich, położniczych, lekarskich i lekarsko-dentystycznych. Brak zachowania odpowiednich standardów w tym zakresie niesie za sobą realne zagrożenie w postaci obniżenia jakości kształcenia, a w długofalowym efekcie pogorszenia bezpieczeństwa zdrowotnego Polaków. W związku z powyższym Prezydium NRPIP i NRL apelują do Rządu RP o jak najszybsze wdrożenie wskazanych działań dotyczących kształcenia naszych środowisk.

PREZES NRPIP



Mariola Łodzińska

PREZES NRL



Łukasz Jankowski

SEKRETARZ NRPIP



Kamilla Gólc

SEKRETARZ NRL



Grzegorz Wrona

STANOWISKO nr 3
PREZYDIUM NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
I PREZYDIUM NACZELNEJ RADY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH
z dnia 14 lutego 2024 r.

w sprawie znajomości języka polskiego przez osoby wykonujące zawód medyczny

Samorządy zawodowe pielęgniarek i położnych oraz lekarzy i lekarzy dentyistów w związku z obowiązującymi regulacjami w zakresie przyznawania prawa wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentyisty, zawodu pielęgniarki i zawodu położnej w tzw. „uproszczonych trybach” tj. warunkowego prawa wykonywania zawodu, prawa wykonywania zawodu na określony zakres czynności, które nie wymagają od pielęgniarek, położnych, lekarzy i lekarzy dentyistów wykazania odpowiedniej znajomości języka polskiego, stwierdzają, że znajomość języka polskiego (zarówno w mowie i piśmie) powinna stanowić jeden z najważniejszych warunków wymaganych od osób z innych państw, które zamierzają wykonywać zawód medyczny w Polsce.

Prezydium NRL i Prezydium NRPIP stoją na stanowisku, że pielęgniarki, położne, lekarze i lekarze dentyści, którzy przyjeżdżają z zagranicy w celu udzielania świadczeń zdrowotnych w Polsce muszą bezwzględnie posiadać znajomość języka polskiego, która zapewni właściwą komunikację z pacjentem i zespołem terapeutycznym.

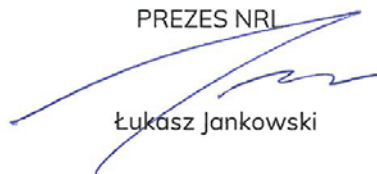
Kontakt osób wykonujących zawód medyczny z pacjentem wynika z bezwzględnych warunków realizacji gwarantowanych świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjenta, zgodnie z należytą starannością, poszanowaniem praw pacjenta, dbałością o jego bezpieczeństwo, wykorzystując wskazania aktualnej wiedzy medycznej. Tym samym nie jest dopuszczalny taki standard komunikacji, w którym ww. osoby nie posługują się językiem, którym włada pacjent, a któremu udzielane są świadczenia zdrowotne. Znajomość języka polskiego, która umożliwi właściwą komunikację jest konieczna z punktu widzenia bezpieczeństwa zdrowotnego każdego pacjenta leczonego na terenie Rzeczypospolitej Polskiej.

PREZES NRPIP



Mariola Łodzińska

PREZES NRL



Łukasz Jankowski

SEKRETARZ NRPIP



Kamilla Gólc

SEKRETARZ NRL



Grzegorz Wrona

STANOWISKO nr 4
PREZYDIUM NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
I PREZYDIUM NACZELNEJ RADY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH
z dnia 14 lutego 2024 r.

**w sprawie zasadności uregulowania zasad wykonywania zabiegów medycyny
estetycznej**

Mając na uwadze sygnały docierające do środowisk zrzeszających lekarzy, lekarzy dentyistów, pielęgniarki i położne, dotyczących wzrostu liczby osób poszkodowanych wskutek wykonywania zabiegów z zakresu medycyny estetycznej przez osoby nieuprawnione, połączone Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej oraz Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych zauważają pilną konieczność uregulowania materii wykonywania zabiegów z zakresu medycyny estetycznej.

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej i Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych niejednokrotnie podejmowały próbę uporządkowania prawnych aspektów udzielania świadczeń z zakresu medycyny estetycznej. Katalog świadczeń w zakresie medycyny estetycznej powinien być opracowany i wydany w formie aktu prawnego przez ministra właściwego do spraw zdrowia.

Świadczenia zdrowotne, umieszczone w wydanym przez Ministra Zdrowia akcie prawnym, mogą być wykonywane w zależności od kompetencji, wyłącznie przez lekarza i lekarza dentyistę lub pielęgniarkę i położną.

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej oraz Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych dysponują właściwymi ekspertami i deklarują współpracę z Ministerstwem zdrowia celem najszybszego uregulowania przedmiotowej kwestii.

PREZES NRPIP


Mariola Łodzińska


SEKRETARZ NRPIP


Kamilla Gólc

PREZES NRL


Łukasz Jankowski

SEKRETARZ NRL


Grzegorz Wrona



DZIENNIK USTAW

RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Warszawa, dnia 4 stycznia 2024 r.

Poz. 16

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA¹⁾

z dnia 22 grudnia 2023 r.

w sprawie wzorów dokumentów: Prawo wykonywania zawodu pielęgniarki, Prawo wykonywania zawodu położnej, Ograniczone prawo wykonywania zawodu pielęgniarki, Ograniczone prawo wykonywania zawodu położnej

Na podstawie art. 41 ust. 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2022 r. poz. 2702 i 2705 oraz z 2023 r. poz. 185 i 1234) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa:

- 1) wzory dokumentów: „Prawo wykonywania zawodu pielęgniarki”, „Prawo wykonywania zawodu położnej”, „Ograniczone prawo wykonywania zawodu pielęgniarki” oraz „Ograniczone prawo wykonywania zawodu położnej” wydawanych w postaci spersonalizowanej dwustronnej karty identyfikacyjnej oraz udostępnianych w postaci dokumentu mobilnego, o którym mowa w art. 2 pkt 7 ustawy z dnia 26 maja 2023 r. o aplikacji mObywatel (Dz. U. poz. 1234), zwanego dalej „dokumentem mobilnym”;
- 2) szczegółowe rodzaje zabezpieczenia przed przerobieniem, podrobieniem lub użyciem przez osobę nieuprawnioną.

§ 2. 1. Wzory dokumentów: „Prawo wykonywania zawodu pielęgniarki” oraz „Prawo wykonywania zawodu położnej” wydawanych w postaci spersonalizowanej dwustronnej karty identyfikacyjnej określa załącznik nr 1 do rozporządzenia.

2. Wzory dokumentów: „Prawo wykonywania zawodu pielęgniarki” oraz „Prawo wykonywania zawodu położnej” udostępnianych w postaci dokumentu mobilnego określa załącznik nr 2 do rozporządzenia.

§ 3. 1. Wzory dokumentów: „Ograniczone prawo wykonywania zawodu pielęgniarki” oraz „Ograniczone prawo wykonywania zawodu położnej” wydawanych w postaci spersonalizowanej dwustronnej karty identyfikacyjnej określa załącznik nr 3 do rozporządzenia.

2. Wzory dokumentów: „Ograniczone prawo wykonywania zawodu pielęgniarki” oraz „Ograniczone prawo wykonywania zawodu położnej” udostępnianych w postaci dokumentu mobilnego określa załącznik nr 4 do rozporządzenia.

§ 4. Dokumenty, o których mowa w § 1 pkt 1, wydawane w postaci spersonalizowanej dwustronnej karty identyfikacyjnej, zawierają elementy zabezpieczające przed przerobieniem, podrobieniem lub użyciem przez osobę nieuprawnioną w postaci:

- 1) technik druku: offset i sitodruk;
- 2) dwukolorowego tła giloszowego z efektem reliefu wykonanego w technice druku irysowego;
- 3) mikrodruków;
- 4) zastosowania farby aktywnej w promieniowaniu ultrafioletowym (dwuzakresowej);
- 5) zastosowania farby w polu zdjęcia, aktywnej w promieniowaniu ultrafioletowym;
- 6) zastosowania farby irydyscentnej nanoszonej techniką sitodruku.

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 grudnia 2023 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 2704).

§ 5. Dokumenty, o których mowa w § 1 pkt 1, udostępniane w postaci dokumentu mobilnego, zawierają elementy zabezpieczające przed przerobieniem, podrobieniem lub użyciem przez osobę nieuprawnioną w postaci:

- 1) hologramu w kształcie odpowiadającym godłu Rzeczypospolitej Polskiej, w którym kolory zmieniają się w wyniku działania użytkownika;
- 2) ruchomego elementu graficznego prezentującego flagę państwową Rzeczypospolitej Polskiej;
- 3) giloszu umieszczonego jako tło, w którym kolory zmieniają się w wyniku działania użytkownika;
- 4) kryptograficznej, polegającej na opatrzeniu dokumentu zaawansowaną pieczęcią elektroniczną ministra właściwego do spraw informatyzacji pozwalającą na potwierdzenie ważności, integralności, autentyczności i pochodzenia tego dokumentu.

§ 6. Dokumenty „Prawo wykonywania zawodu pielęgniarki”, „Prawo wykonywania zawodu położnej”, „Ograniczone prawo wykonywania zawodu pielęgniarki” oraz „Ograniczone prawo wykonywania zawodu położnej” wydane przed dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia zachowują ważność.

§ 7. Traci moc rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 grudnia 2022 r. w sprawie wzorów dokumentów: Prawo wykonywania zawodu pielęgniarki, Prawo wykonywania zawodu położnej, Ograniczone prawo wykonywania zawodu pielęgniarki, Ograniczone prawo wykonywania zawodu położnej (Dz. U. poz. 2710).

§ 8. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia, z wyjątkiem § 2 ust. 2, § 3 ust. 2 oraz § 5, które wchodzi w życie z dniem określonym w komunikacie ministra właściwego do spraw informatyzacji, o którym mowa w art. 76 ust. 1 ustawy z dnia 26 maja 2023 r. o aplikacji mObywatel.

Minister Zdrowia: *I. Leszczyńska*

Załączniki do rozporządzenia Ministra Zdrowia
z dnia 22 grudnia 2023 r. (Dz. U. z 2024 r. poz. 16)

Załącznik nr 1

WZORY DOKUMENTÓW: „PRAWO WYKONYWANIA ZAWODU PIELEŃNIARKI”
ORAZ „PRAWO WYKONYWANIA ZAWODU POŁOŻNEJ” WYDAWANYCH W POSTACI
SPERSONALIZOWANEJ DWUSTRONNEJ KARTY IDENTYFIKACYJNEJ

1. Wzór Prawa wykonywania zawodu pielęgniarki awers:



3. Wzór Prawo wykonywania zawodu położnej awers:



2. Wzór Prawa wykonywania zawodu pielęgniarki rewers:



4. Wzór Prawa wykonywania zawodu położnej rewers:



Opis wzorów:

1. Dokumenty „Prawo wykonywania zawodu pielęgniarki” oraz „Prawo wykonywania zawodu położnej” mają postać spersonalizowanej dwustronnej karty identyfikacyjnej formatu ID-1, wykonanej z poliwęglanu.

2. W dokumentach „Prawo wykonywania zawodu pielęgniarki” oraz „Prawo wykonywania zawodu położnej” w warstwie graficznej na stronie pierwszej (awers) umieszcza się:

- 1) nazwę dokumentu „Prawo wykonywania zawodu pielęgniarki” albo „Prawo wykonywania zawodu położnej” i nazwę dokumentu w języku angielskim;
- 2) imię (imiona) i nazwisko pielęgniarki albo położnej;
- 3) tytuł zawodowy;

- 4) datę uzyskania prawa wykonywania zawodu;
- 5) numer prawa wykonywania zawodu;
- 6) wizerunek orła ustalony dla godła Rzeczypospolitej Polskiej;
- 7) wizerunek twarzy pielęgniarki albo położnej, zgodny z zasadami określonymi w ustawie z dnia 6 sierpnia 2010 r. o dowodach osobistych (Dz. U. z 2022 r. poz. 671, z późn. zm.).

3. W dokumentach „Prawo wykonywania zawodu pielęgniarki” oraz „Prawo wykonywania zawodu położnej” w warstwie graficznej na stronie drugiej (rewers) umieszcza się:

- 1) numer seryjny dokumentu;
- 2) organ przyznający prawo wykonywania zawodu;
- 3) adnotację o treści odpowiednio: „Prawo wykonywania zawodu jest dokumentem uprawniającym do wykonywania zawodu pielęgniarki na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej” albo „Prawo wykonywania zawodu jest dokumentem uprawniającym do wykonywania zawodu położnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej”;
- 4) wpis lub adnotacje urzędowe:
 - a) „Weryfikacja prawa wykonywania zawodu dostępna na stronie: nipip.pl/weryfikacja-pwz”;
 - b) „Dokument uprawnia do wykonywania zawodu pielęgniarki/położnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej na czas określony” – w przypadku przyznania prawa wykonywania zawodu na podstawie art. 35 ust. 3 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2022 r. poz. 2702, z późn. zm.) albo
 - c) „Dokument uprawnia do wykonywania zawodu pielęgniarki/położnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej wyłącznie w określonym zakresie czynności zawodowych, przez określony czas oraz w określonym miejscu zatrudnienia” – w przypadku przyznania prawa wykonywania zawodu na podstawie art. 35a ust. 6 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, albo
 - d) „Dokument jest prawem warunkowym uprawniającym do wykonywania zawodu pielęgniarki/położnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej samodzielnie/pod nadzorem innej pielęgniarki/położnej” – w przypadku przyznania prawa wykonywania zawodu na podstawie art. 35a ust. 18 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej.

Załącznik nr 2

WZORY DOKUMENTÓW: „PRAWO WYKONYWANIA ZAWODU PIEŁĘGNIARKI”
ORAZ „PRAWO WYKONYWANIA ZAWODU POŁOŻNEJ” UDOSTĘPNIANYCH
W POSTACI DOKUMENTU MOBILNEGO

1. Wzór Prawa wykonywania zawodu pielęgniarki:

2. Wzór Prawa wykonywania zawodu położnej:

Prawo wykonywania zawodu pielęgniarki
The license to pursue the profession
of a nurse



Imię (imiona)
Nazwisko
Tytuł zawodowy
Numer PWZ
Data uzyskania PWZ

Organ przyznający PWZ

i Prawo wykonywania zawodu jest dokumentem uprawniającym do wykonywania zawodu pielęgniarki na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

Weryfikacja prawa wykonywania zawodu dostępna na stronie: nipip.pl/weryfikacja-pwz

i

Prawo wykonywania zawodu położnej
The license to pursue the profession
of a midwife



Imię (imiona)
Nazwisko
Tytuł zawodowy
Numer PWZ
Data uzyskania PWZ

Organ przyznający PWZ

i Prawo wykonywania zawodu jest dokumentem uprawniającym do wykonywania zawodu położnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

Weryfikacja prawa wykonywania zawodu dostępna na stronie: nipip.pl/weryfikacja-pwz

i

Opis wzorów:

1. Dokumenty „Prawo wykonywania zawodu pielęgniarki” oraz „Prawo wykonywania zawodu położnej” są udostępniane w postaci dokumentu mobilnego.

2. W dokumentach „Prawo wykonywania zawodu pielęgniarki” oraz „Prawo wykonywania zawodu położnej” w warstwie graficznej umieszcza się:

- 1) nazwę dokumentu „Prawo wykonywania zawodu pielęgniarki” albo „Prawo wykonywania zawodu położnej” i nazwę dokumentu w języku angielskim;
- 2) wizerunek twarzy pielęgniarki albo położnej, zgodny z zasadami określonymi w ustawie z dnia 6 sierpnia 2010 r. o dowodach osobistych;
- 3) imię (imiona) i nazwisko pielęgniarki albo położnej;
- 4) tytuł zawodowy;
- 5) numer PWZ;
- 6) datę uzyskania PWZ;
- 7) organ przyznający PWZ;
- 8) adnotację o treści odpowiednio „Prawo wykonywania zawodu jest dokumentem uprawniającym do wykonywania zawodu pielęgniarki na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej” albo „Prawo wykonywania zawodu jest dokumentem uprawniającym do wykonywania zawodu położnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej”;
- 9) wpis lub adnotacje urzędowe:
 - a) „Weryfikacja prawa wykonywania zawodu dostępna na stronie: nipip.pl/weryfikacja-pwz”,
 - b) „Dokument uprawnia do wykonywania zawodu pielęgniarki/położnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej na czas określony” – w przypadku przyznania prawa wykonywania zawodu na podstawie art. 35 ust. 3 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej albo
 - c) „Dokument uprawnia do wykonywania zawodu pielęgniarki/położnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej wyłącznie w określonym zakresie czynności zawodowych, przez określony czas oraz w określonym miejscu zatrudnienia” – w przypadku przyznania prawa wykonywania zawodu na podstawie art. 35a ust. 6 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, albo
 - d) „Dokument jest prawem warunkowym uprawniającym do wykonywania zawodu pielęgniarki/położnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej samodzielnie/pod nadzorem innej pielęgniarki/położnej” – w przypadku przyznania prawa wykonywania zawodu na podstawie art. 35a ust. 18 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej.

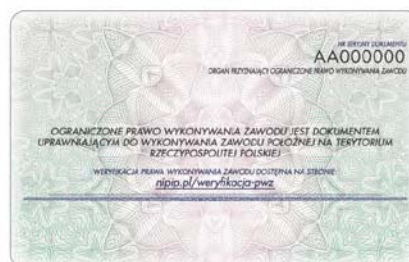
Załącznik nr 3

WZORY DOKUMENTÓW: „OGRANICZONE PRAWO WYKONYWANIA ZAWODU PIELEŃNIARKI”
ORAZ „OGRANICZONE PRAWO WYKONYWANIA ZAWODU POŁOŻNEJ” WYDAWANYCH
W POSTACI DWUSTRONNEJ KARTY IDENTYFIKACYJNEJ

1. Wzór Ograniczonego prawa wykonywania zawodu pielęgniarki awers: 3. Wzór Ograniczonego prawa wykonywania zawodu położnej awers:



2. Wzór Ograniczonego prawa wykonywania zawodu pielęgniarki rewers: 4. Wzór Ograniczonego prawa wykonywania zawodu położnej rewers:



Opis wzorów:

1. Dokumenty „Ograniczone prawo wykonywania zawodu pielęgniarki” oraz „Ograniczone prawo wykonywania zawodu położnej” mają postać spersonalizowanej dwustronnej karty identyfikacyjnej formatu ID-1, wykonanej z poliwęglanu.

2. W dokumentach „Ograniczone prawo wykonywania zawodu pielęgniarki” oraz „Ograniczone prawo wykonywania zawodu położnej” w warstwie graficznej na stronie pierwszej (awers) umieszcza się:

- 1) nazwę dokumentu „Ograniczone prawo wykonywania zawodu pielęgniarki” albo „Ograniczone prawo wykonywania zawodu położnej” i nazwę dokumentu w języku angielskim;
- 2) imię (imiona) i nazwisko pielęgniarki albo położnej;
- 3) tytuł zawodowy;
- 4) datę uzyskania ograniczonego prawa wykonywania zawodu;

- 5) numer ograniczonego prawa wykonywania zawodu;
- 6) wizerunek orła ustalony dla godła Rzeczypospolitej Polskiej;
- 7) wizerunek twarzy pielęgniarki albo położnej, zgodny z zasadami określonymi w ustawie z dnia 6 sierpnia 2010 r. o dowodach osobistych.

3. W dokumentach „Ograniczone prawo wykonywania zawodu pielęgniarki” oraz „Ograniczone prawo wykonywania zawodu położnej” w warstwie graficznej na stronie drugiej (rewers) umieszcza się:

- 1) numer seryjny dokumentu;
- 2) organ przyznający ograniczone prawo wykonywania zawodu;
- 3) adnotację o treści odpowiednio: „Ograniczone prawo wykonywania zawodu jest dokumentem uprawniającym do wykonywania zawodu pielęgniarki na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej” albo „Ograniczone prawo wykonywania zawodu jest dokumentem uprawniającym do wykonywania zawodu położnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej”;
- 4) wpis lub adnotacje urzędowe:
 - a) „Weryfikacja prawa wykonywania zawodu dostępna na stronie: nipip.pl/weryfikacja-pwz”,
 - b) „Dokument uprawnia do wykonywania zawodu pielęgniarki/położnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w celu i na czas odbycia stażu adaptacyjnego/kształcenia podyplomowego” – w przypadku przyznania ograniczonego prawa wykonywania zawodu na podstawie art. 36 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej.

Załącznik nr 4

WZORY DOKUMENTÓW: „OGRANICZONE PRAWO WYKONYWANIA ZAWODU PIELEŃNIARKI”
ORAZ „OGRANICZONE PRAWO WYKONYWANIA ZAWODU POŁOŻNEJ” UDOSTĘPNIANYCH
W POSTACI DOKUMENTU MOBILNEGO

1. Wzór Ograniczonego prawa
wykonywania zawodu pielęgniarki:

Ograniczone prawo wykonywania zawodu pielęgniarki
The limited license to pursue the profession of a nurse

Imię (imiona)

Nazwisko

Tytuł zawodowy

Numer ograniczonego PWZ

Data uzyskania ograniczonego PWZ

Organ przyznający ograniczone PWZ

i Ograniczone prawo wykonywania zawodu jest dokumentem uprawniającym do wykonywania zawodu pielęgniarki na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

Weryfikacja prawa wykonywania zawodu dostępna na stronie: nipip.pl/weryfikacja-pwz

i

2. Wzór Ograniczonego prawa
wykonywania zawodu położnej:

Ograniczone prawo wykonywania zawodu położnej
The limited license to pursue the profession of a midwife

Imię (imiona)

Nazwisko

Tytuł zawodowy

Numer ograniczonego PWZ

Data uzyskania ograniczonego PWZ

Organ przyznający ograniczone PWZ

i Ograniczone prawo wykonywania zawodu jest dokumentem uprawniającym do wykonywania zawodu położnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

Weryfikacja prawa wykonywania zawodu dostępna na stronie: nipip.pl/weryfikacja-pwz

i

Opis wzorów:

1. Dokumenty „Ograniczone prawo wykonywania zawodu pielęgniarki” oraz „Ograniczone prawo wykonywania zawodu położnej” są udostępniane w postaci dokumentu mobilnego.

2. W dokumentach „Ograniczone prawo wykonywania zawodu pielęgniarki” oraz „Ograniczone prawo wykonywania zawodu położnej” w warstwie graficznej umieszcza się:

- 1) nazwę dokumentu „Ograniczone prawo wykonywania zawodu pielęgniarki” albo „Ograniczone prawo wykonywania zawodu położnej” i nazwę dokumentu w języku angielskim;
- 2) wizerunek twarzy pielęgniarki albo położnej, zgodny z zasadami określonymi w ustawie z dnia 6 sierpnia 2010 r. o dowodach osobistych;
- 3) imię (imiona) i nazwisko pielęgniarki albo położnej;
- 4) tytuł zawodowy;
- 5) numer ograniczonego PWZ;
- 6) datę uzyskania ograniczonego PWZ;
- 7) organ przyznający ograniczone PWZ;
- 8) adnotację o treści odpowiednio „Ograniczone prawo wykonywania zawodu jest dokumentem uprawniającym do wykonywania zawodu pielęgniarki na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej” albo „Ograniczone prawo wykonywania zawodu jest dokumentem uprawniającym do wykonywania zawodu położnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej”;
- 9) wpis lub adnotacje urzędowe:
 - a) „Weryfikacja prawa wykonywania zawodu dostępna na stronie: nipip.pl/weryfikacja-pwz”,
 - b) „Dokument uprawnia do wykonywania zawodu pielęgniarki/położnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w celu i na czas odbycia stażu adaptacyjnego/kształcenia podyplomowego” – w przypadku przyznania ograniczonego prawa wykonywania zawodu na podstawie art. 36 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej.

KONSULTANCI WOJEWÓDZCY I KRAJOWI:

PIELĘGNIARSTWO ANESTEZJOLOGICZNE I INTENSYWNEJ OPIEKI KONSULTANT WOJEWÓDZKI – mgr Ewa Pielichowska

4 Wojskowy Szpital Kliniczny SP ZOZ, ul. Weigla 5, 53-114 Wrocław
tel. 26 166 02 07, e-mail: epielichowska@wp.pl

PIELĘGNIARSTWO CHIRURGICZNE I OPERACYJNE KONSULTANT WOJEWÓDZKI – mgr Beata Maria Łabowicz

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Legnicy, ul. Iwaskiewicza 5 59-220 Legnica
tel. 602 795 368, e-mail: beata.labowicz@szpital.legnica.pl

PIELĘGNIARSTWO GINEKOLOGICZNO – POŁOŻNICZE KONSULTANT WOJEWÓDZKI – dr n. med. Monika Przestrzelska

Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu, Zakład Położnictwa i Pielęgniarstwa Ginekologiczno-Położniczego, ul. Bartla 5, 51-618 Wrocław
tel. 71 784 18 24, 608 509 727, e-mail: mprzestrzelska.konsultant@gmail.com

PIELĘGNIARSTWO ONKOLOGICZNE KONSULTANT WOJEWÓDZKI – dr n. med. Elżbieta Garwacka-Czachor

Dolnośląskie Centrum Onkologii, pl. Hirszfelda 12, 53-413 Wrocław
tel. 71 368 92 01, e-mail: garwacka.e@dco.com.pl

PIELĘGNIARSTWO OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ KONSULTANT WOJEWÓDZKI – mgr Dorota Rudnicka

Ośrodek Medycyny Paliatywnej i Hospicyjnej Sp. z o.o. Sk, Będkowo 1, 55-100 Trzebnica
tel. 71 312 02 20, e-mail: drudnicka@hospicjumbedkowo.pl

PIELĘGNIARSTWO OPIEKI PALIATYWNEJ KONSULTANT WOJEWÓDZKI – mgr Anna Szachowska

Bonifrackie Centrum Zdrowia Sp. z o.o., ul. Traugutta 57, 50-417 Wrocław
e-mail: anna.szachowska@gmail.com

PIELĘGNIARSTWO PSYCHIATRYCZNE KONSULTANT WOJEWÓDZKI – mgr Jerzy Twardak

Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu, ul. wyb. L. Pasteura 10, 50-367 Wrocław
tel. 668 193 147, e-mail: jerzy.twardak@umed.wroc.pl

PIELĘGNIARSTWO RATUNKOWE KONSULTANT WOJEWÓDZKI – dr n. o zdr. Wiesław Zielonka

Pogotowie Ratunkowe w Legnicy, ul. Dworcowa 7, 59-220 Legnica
tel. 502 676 039, e-mail: w.zielonka@pogotowie-legnica.pl

PIELĘGNIARSTWO EPIDEMIOLOGICZNE KONSULTANT WOJEWÓDZKI – mgr Dorota Kaczor

Dolnośląskie Centrum Rehabilitacji w Kamiennej Górze, ul. Janusza Korczaka 1, 58-400 Kamienna Góra
tel. 606 226 655, e-mail: dorota.kaczor.ds@gmail.com

PIELĘGNIARSTWO DIABETOLOGICZNE KONSULTANT KRAJOWY – mgr Alicja Szewczyk

Klinika Endokrynologii i Diabetologii Instytut „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”, Al. Dzieci Polskich 20, 04-730 Warszawa
tel./fax 22 815 10 42, e-mail: alicja.szewczyk@gmail.com

PIELĘGNIARSTWO GERIATRYCZNE KONSULTANT KRAJOWY – dr n. med. Ewa Kądalska

Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji, ul. Spartańska 1, 02-637 Warszawa
tel. 22 670 94 67, e-mail: ewa.kadalska@gmail.com

PIELĘGNIARSTWO PEDIATRYCZNE KONSULTANT KRAJOWY – dr n. med. Krystyna Piśkorz-Ogórek

Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy, ul. Żołnierska 18A, 10-561 Olsztyn
tel. 89 539 34 55, e-mail: piskorz@wssd.olsztyn.pl

PIELĘGNIARSTWO RODZINNE KONSULTANT KRAJOWY – mgr Beata Ostrzycka

Samodzielny Gminny Zakład Opieki Zdrowotnej w Dywitach, ul. Jeżynowa 16 11-001 Dywity
tel. 89 512 01 22, e-mail: bostrzycka@wp.pl

DS. OBRONNOŚCI W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA – POWOŁANA PRZEZ MSWiA KONSULTANT KRAJOWY – dr n. med. Lidia Sierpińska

1 Wojskowy Szpital Kliniczny w Lublinie, Al. Racławickie 23, 20-049 Lublin
tel. 81 718 23 00, 507 810 339, e-mail: sierpinska1@wp.pl

◆

Czasami można wyleczyć.
Często złagodzić dolegliwości,
pielęgnować trzeba zawsze.

Edward L. Trudeau

◆

