

Biuletyn



Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi

11-12/2025



Stanowisko dotyczące możliwości zatrudnienia ratowników medycznych w oddziałach szpitalnych

Wybrane zagadnienia z zakresu pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej terapii

Stanowisko w sprawie Pielęgniarki Zaawansowanej Praktyki na oddziale chirurgicznym

Pielęgniarki i położne z pasją: Aleksandra Ochlik

100. rocznica urodzin pielęgniarki Katarzyny Mikuty

**Pomyślności w Nowym 2026 Roku
życzy
Redakcja**

Drogie Koleżanki i Koledzy

Pielęgniarki, Pielęgniarze, Położne, Położni

Niech nadchodzące Święta Bożego Narodzenia będą pełne miłości,
a każda chwila spędzona z rodziną przyniesie Wam radość i wzruszenie.
Życzę zdrowia, spełnienia wszystkich marzeń i ciepła domowego ogniska.
Życzę aby te Święta były pełne magii i wyjątkowe pod każdym względem.

Niech Wasze domy będą pełne bliskich Wam osób,
niech ten wspólnie spędzony czas przyniesie miłość, ciepło i spokój.

Życzę życzliwości wzajemnej i szacunku dla Nas wszystkich.

Niech Nowy Rok 2026 przyniesie dobro i nadzieję.

Niech obdarzy wiarą, siłą i optymizmem.

Z serdecznymi życzeniami wszystkiego co najlepsze
dla Was i Waszych rodzin

Mirosława Olejniczak

Mirosława Olejniczak

Przewodnicząca Okręgowej Rady
Pielęgniarek i Położnych
w Łodzi

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Łodzi

Przewodnicząca ORPiP w Łodzi
Mirosława Olejniczak

Wiceprzewodnicząca ORPiP w Łodzi
Ewa Michalska (pielęgniarka)

Wiceprzewodnicząca ORPiP w Łodzi
Jolanta Parafiniuk (położna)

Sekretarz ORPiP w Łodzi
Bożena Pawłowska

Skarbnik ORPiP w Łodzi
Halina Gmaj-Budziarek

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej
Małgorzata Pniak
dyżuruje w II i IV wtorek miesiąca
w godz. 13.00–15.00
tel. 42 633 23 94

Przewodnicząca Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych
Edyta Ziemkiewicz
dyżuruje w I i III czwartek miesiąca
w godz. 15.00–17.00

Redaktor Naczelny „Biuletynu”
e-mail: biuletyn@oipp.lodz.pl; tel. 42 633 69 63 w. 10

Biuro Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi
ul. Emilii Plater nr 34, 91-762 Łódź
tel. 42 633 69 63; 42 633 71 06; fax 42 633 68 74
czynne: wtorek: 10.00–18.00; środa, czwartek, piątek: 8.00–16.00;
poniedziałek – dzień bez interesantów
www.oipp.lodz.pl; e-mail: biuro@oipp.lodz.pl
– przyjmowanie wniosków o dofinansowanie udziału
w kształceniu podyplomowym

Konto bieżące OIPIP
Santander Bank Polska SA, ul. Sienkiewicza 24, II Oddział w Łodzi
20 1090 1304 0000 0000 3000 3869

Prawo wykonywania zawodu
poniedziałek: dzień bez interesantów; wtorek: 10.00–17.45
środa, czwartek 8.00–15.45; piątek: dzień bez interesantów
tel. 42 633 32 13

Kształcenie podyplomowe
wtorek: 10.00–18.00; środa, czwartek, piątek: 8.00–16.00
tel. 42 639 92 62

Biblioteka OIPIP
poniedziałek, środa, czwartek, piątek: 8.00–16.00;
wtorek: 10.00–18.00

Pośrednictwo pracy i dział socjalny
wtorek: 11.00–18.00; czwartek: 9.00–16.00
tel. 42 633 23 94

Radca prawny
wtorek: 11.00–17.00, środa: 11.00–15.00, czwartek: 11.00–15.00
tel. 42 633 71 06

W NUMERZE:

2 SERWIS INFORMACYJNY

Z prac Okręgowej Rady

Stanowisko Prezydium NRPIP dotyczące możliwości
zatrudnienia ratowników medycznych w oddziałach
szpitalnych

Stanowisko NRPIP w sprawie poparcia stanowiska
Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek
i Położnych

Wybrane zagadnienia z zakresu pielęgniarstwa
anestezjologicznego i intensywnej terapii

Podmiot etyczny w pielęgniarstwie i położnictwie
– sprawozdanie z konferencji

12 PRAKTYKA ZAWODOWA

Stanowisko w sprawie Pielęgniarki Zaawansowanej
Praktyki (APN) na oddziale chirurgicznym

Standardy postępowania w przypadku
wszawicy w placówkach szkolnych

Sprawozdanie z konferencji szkoleniowej
okiem pielęgniarki medycyny szkolnej

Ciąża bliźniacza

21 PODZIĘKOWANIA

22 GŁOS ZE ŚRODOWISKA

Pielęgniarki i położne z pasją:
Aleksandra Ochlik. Moja pasja fotografia

Medycyna pola walki – szkolenie w OIPIP w Łodzi

100. rocznica urodzin pielęgniarki Katarzyny Mikuty

Spotkanie opłatkowe Koła
Emerytowanych Pielęgniarek i Położnych

28 POŻEGNANIA

Wydawca: Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Łodzi
Adres redakcji: 91-762 Łódź, ul. Emilii Plater 34
tel. 42 633 69 63 w. 10; fax 42 633 68 74;
e-mail: biuletyn@oipp.lodz.pl
Redaktor Naczelny: Joanna Gąsiorowska
Bank Zdjęć Photogenica: okładka, ss. 16, 18, 20
Do użytku wewnętrznego. Otrzymują bezpłatnie członkowie OIPIP.
Redakcja zastrzega sobie prawo do skracania nadesłanych
materiałów oraz zmiany tytułów, nie zwraca materiałów
niezamówionych, nie ponosi odpowiedzialności za treść ogłoszeń.
ISSN: 1640-7679
Skład: OIPIP – Agnieszka Wypych
Nakład: 3700 egzemplarzy
Druk: BiK – M. Bernaciak, tel. 42 676 07 78, biuro@drukarnia-bik.pl

Z PRAC OKRĘGOWEJ RADY

**XX posiedzenia ORPiP VIII kadencji
w dniu 14 października 2025 r.**

Podjęto uchwały i decyzje i związane z działalnością OIPIP w Łodzi w sprawie:

- pokrycia kosztów organizacji spotkania szkoleniowo-świątecznego „Odpowiedzialność zawodowa pielęgniarek i położnych” dla członków organów, komisji problemowych, pełnomocników, zaproszonych gości oraz członków OIPIP w Łodzi;
- pokrycia kosztów szkolenia „Medycyna pola walki”;
- zatwierdzenia realizacji i kosztów kursów specjalistycznych i kwalifikacyjnych realizowanych w ramach projektu: Wsparcie kształcenia pielęgniarek, pielęgniarzy i położnych w Polsce, w ramach Działania 01.12 Programu Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego 2021–2027 (FERS) współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus, numer FERS.01.12-IP.07-0001/25, na podstawie umowy z Naczelną Izbą Pielęgniarek i Położnych;
- decyzji na przystąpienie do przetargu i organizacji szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa internistycznego dla pielęgniarek;
- zatwierdzenia Polityki Rachunkowości OIPIP w Łodzi.
- sfinansowania wymiany grzejników w siedzibie OIPIP w Łodzi.
- sfinansowania zakupu programu do fakturowania.
- Podjęto uchwałę w sprawie rozliczenia środków z tytułu obsługi administracyjno-księgowej i technicznej umowy na przeprowadzenie kursów specjalistycznych i kwalifikacyjnych dla pielęgniarek, pielęgniarzy i położnych realizowanych w ramach projektu: Wsparcie kształcenia pielęgniarek, pielęgniarzy i położnych w Polsce, w ramach Działania 01.12 Programu Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego 2021–2027 (FERS) współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus, numer FERS.01.12-IP.07-0001/25.
- Podjęto uchwałę w sprawie obsługi informatycznej umowy na przeprowadzenie kursów specjalistycznych i kwalifikacyjnych dla pielęgniarek, pielęgniarzy i położnych realizowanych w ramach projektu: Wsparcie kształcenia pielęgniarek, pielęgniarzy i położnych w Polsce, w ramach Działania 01.12 Programu Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego 2021–2027 (FERS) współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus, numer FERS.01.12-IP.07-0001/25, zawartej z Naczelną Izbą Pielęgniarek i Położnych.
- Podjęcie decyzji w sprawie zatwierdzenia Instrukcji Obiegu Dokumentów Finansowo-Księgowych dla OIPIP w Łodzi na potrzeby realizacji projektu: Wsparcie kształcenia pielęgniarek, pielęgniarzy i położnych w Polsce, w ramach Działania 01.12

Programu Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego 2021–2027 (FERS) współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus, numer FERS.01.12-IP.07-0001/25.

- Stwierdzono prawo wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarsza oraz zawodu położnej i dokonano wpisu do rejestru – 10 pielęgniarkom, 5 pielęgniarszom, 1 położnej.
- Przyznano warunkowe prawo wykonywania zawodu pielęgniarki i dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek – 1 pielęgniarcie.
- Dokonano wykreślenia z rejestru pielęgniarek/położnych – 1 pielęgniarkę.
- Wykreślono z rejestru podmiotów wykonujących działalność zawodową pielęgniarek, położnych – praktyk zawodowych pielęgniarek i położnych OIPIP w Łodzi – 50 pielęgniarek, 7 pielęgniarzy, 1 położną.
- W sprawie przerwy w wykonywaniu zawodu pielęgniarki i skierowania na przeszkolenie po przerwie w wykonywaniu zawodu pielęgniarki – 1 pielęgniarkę.
- Przyznano dofinansowanie udziału w kształceniu podyplomowym pielęgniarek i położnych – 11 członkom. Odmówiono przyznania dofinansowania ze względów regulaminowych – 1 członkowi.
- W sprawie składek członkowskich opłacanych na rzecz OIPIP w Łodzi i rozłożenia na raty spłaty zaległości w składkach – 1 pielęgniarcie.
- Zatwierdzono kadrę dydaktyczną dla szkoleń i kursów dla pielęgniarek i położnych realizowanych na podstawie umowy z Ministrem Zdrowia ze środków publicznych.
- Wytypowano przedstawicieli ORPiP w Łodzi do pracy w komisjach konkursowych na stanowiska kierownicze w podmiotach leczniczych.
- Przyjęto przedłożony przez Annę Adamczyk, Przewodniczącą OKR w Łodzi, protokół przeprowadzonej kontroli Okręgowej Komisji Rewizyjnej za miesiące: maj–czerwiec 2025 r.

**XXXVIII posiedzenia PORPiP VIII kadencji
w dniu 28 października 2025 r.**

- Stwierdzono prawo wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarsza oraz zawodu położnej i dokonano wpisu do rejestru – 10 pielęgniarkom, 3 pielęgniarszom.
- Dokonano wykreślenia z rejestru pielęgniarek/położnych – 4 pielęgniarki, 1 położną.
- Odmówiono stwierdzenia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki i wpisu do rejestru pielęgniarek – 1 pielęgniarcie.

- Przyznano członkom OIPIP w Łodzi – 4 zapomogi losowe. Odmówiono przyznania zapomogi ze względów regulaminowych – 2 członkom.
- Przyznano refinansowanie pobytu rehabilitacyjnego – 19 członkom.
- Odmówiono przyznania refinansowania pobytu rehabilitacyjnego ze względów regulaminowych – 1 członkowi.
- Przyznano dofinansowanie udziału w kształceniu podyplomowym pielęgniarek i położnych – 3 członkom.
- Wyrażono zgodę na zwrot nienależnie opłaconych składek członkowskich na rzecz OIPIP w Łodzi – 2 członkom.
- Powołano składy osobowe komisji kwalifikacyjnych i egzaminacyjnych dla kursów specjalistycznych organizowanych i finansowanych z budżetu OIPIP w Łodzi.
- Zatwierdzono kadrę dydaktyczną dla kursu specjalistycznego realizowanego i finansowanego z budżetu OIPIP w Łodzi.
- Podjęto decyzję w sprawie sfinansowania usługi sprzątnięcia sali konferencyjnej wraz z zapleczem.
- Wytypowano przedstawiciela ORPiP w Łodzi do składu komisji egzaminacyjnej u organizatora kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych.
- Wytypowano przedstawicieli ORPiP w Łodzi do pracy w Komisjach konkursowych na stanowiska kierownicze w podmiotach leczniczych.
- Podjęto decyzję w sprawie montażu instalacji elektrycznej do zasilania elektrycznego platformy dla osób niepełnosprawnych.

**XXI posiedzenia ORPiP VIII kadencji
w dniu 18 listopada 2025 r.**

- Przyjęto informację z wykonania budżetu za III kwartał 2025r.
- Podjęto uchwałę w sprawie pokrycia kosztów organizacji szkolenia dla członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych „Fizjoterapia oddechowa” dla pielęgniarek i położnych, maksymalnie 20 osób.
- Podjęto uchwałę w sprawie zmiany Uchwały nr 997/VIII/2025 ORPiP w Łodzi z dnia 21 maja 2025r. w sprawie zasad udziału członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi w kształceniu podyplomowym organizowanym przez OIPIP w Łodzi ze środków własnych oraz zasad dofinansowania uczestnictwa członków OIPIP w Łodzi w określonych rodzajach kształcenia podyplomowego organizowanym przez inne podmioty.
- Podjęto uchwałę w sprawie dodatkowych prac instalacji oświetleniowej na sali konferencyjnej.
- Stwierdzono prawo wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarsza oraz zawodu położnej i dokonano wpisu do rejestru – 15 pielęgniarkom, 3 pielęgniarszom.
- Przyznano prawo wykonywania zawodu pielęgniarki na czas określony i dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek – 1 pielęgniarcie.

- Przyznano warunkowe prawo wykonywania zawodu pielęgniarki i dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek – 1 pielęgniarcie.
- Dokonano wykreślenia z rejestru pielęgniarek/położnych – 4 pielęgniarki.
- Wygaszono prawo wykonywania zawodu: 109 pielęgniarkom, 13 położnym.
- Skierowano na przeszkolenie po przerwie w wykonywaniu zawodu pielęgniarki – 1 pielęgniarkę.
- Wykreślono z rejestru podmiotów wykonujących działalność zawodową pielęgniarek, położnych – praktyk zawodowych pielęgniarek i położnych OIPIP w Łodzi – 52 pielęgniarki, 3 pielęgniarzy, 1 położną.
- Przyznano dofinansowanie udziału w kształceniu podyplomowym pielęgniarek i położnych – 23 członkom. Odmówiono dofinansowania udziału w kształceniu podyplomowym pielęgniarek i położnych – 5 członkom.
- Podjęto uchwałę w sprawie powołania składu osobowego komisji egzaminacyjnej dla kursu specjalistycznego organizowanego w ramach umowy na przeprowadzenie kursów specjalistycznych i kwalifikacyjnych dla pielęgniarek, pielęgniarzy i położnych realizowanych w ramach projektu: Wsparcie kształcenia pielęgniarek, pielęgniarzy i położnych w Polsce, w ramach Działania 01.12 Programu Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego 2021–2027 (FERS) współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus, numer FERS.01.12-IP.07-0001/25, na podstawie umowy z Naczelną Izbą Pielęgniarek i Położnych.
- Podjęto uchwałę w sprawie zatwierdzenia kadry dydaktycznej dla szkoleń i kursów dla pielęgniarek i położnych, realizowanych na podstawie umowy z Ministrem Zdrowia ze środków publicznych oraz organizowanych z budżetu OIPIP w Łodzi.
- Podjęto uchwałę w sprawie wniosku Redaktora Naczelnego Biuletynu OIPIP w Łodzi dotyczącego przyznania honorariów dla autorów artykułów opublikowanych w Biuletynie nr 9–10/2025.
- Podjęto uchwałę w sprawie wniosku Redaktora Naczelnego Biuletynu OIPIP w Łodzi dotyczącego pokrycia kosztów zakupu zdjęć – opłaty licencyjnej do wydawanego Biuletynu OIPIP w Łodzi.
- Wytypowano przedstawicieli ORPiP w Łodzi do pracy w komisjach konkursowych na stanowiska kierownicze w dwóch podmiotach leczniczych.
- Wytypowano przedstawicieli ORPiP w Łodzi do składu komisji kwalifikacyjnej i egzaminacyjnej organizatora kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych.
- Rozpatrzone wnioski Przewodniczącej Koła Emerytowanych Pielęgniarek i Położnych przy Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Łodzi o wsparcie dofinansowania działalności w 2026 r.

oprac. Bożena Pawłowska
Sekretarz ORPiP

Stanowisko nr 13
Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
Z dnia 25 listopada 2025 r.

**W odpowiedzi na apel Naczelnej Rady Lekarskiej dotyczący możliwości
 zatrudniania ratowników medycznych w oddziałach szpitalnych**

Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych ze zdumieniem zapoznało się z apelem Naczelnej Rady Lekarskiej dotyczącym propozycji legislacyjnych i organizacyjnych służących włączeniu ratowników medycznych do pracy w oddziałach szpitalnych.

Doceniając intencję poszukiwania rozwiązań w obliczu narastających trudności kadrowych, podkreślamy istotę zachowania standardów bezpieczeństwa pacjentów oraz poszanowania, jasno zdefiniowanych odmiennych kompetencji zawodowych ratowników medycznych, pielęgniarek i położnych. Ponadto wskazujemy na konieczność właściwej komunikacji w ramach współpracy między naszymi samorządami zawodowymi.

Pielęgniarki i położne odpowiedzialne są za kompleksowe planowanie, realizowanie i ocenę procesu pielęgnowania, sprawowanie stałego nadzoru nad pacjentem hospitalizowanym oraz wykonywanie świadczeń zdrowotnych wymagających zarówno wiedzy klinicznej, jak i ciągłej obecności przy pacjencie. Stanowią podstawowy filar opieki w oddziałach szpitalnych, gdzie zakres ich obowiązków jest nierozdzielnie związany ze specyfiką pracy szpitalnej, procesem terapeutycznym i potrzebami pacjentów wymagających specjalistycznej opieki.

Równocześnie podkreślamy, że ratownicy medyczni stanowią niezwykle ważną grupę zawodową, odgrywając kluczową rolę w systemie Państwowego Ratownictwa Medycznego. Ich kompetencje są ściśle ukierunkowane na działania w stanach nagłych, interwencjach przedszpitalnych, medycznych czynności ratunkowych. Właśnie w tych obszarach ich wiedza, umiejętności i doświadczenie są najbardziej efektywnie wykorzystywane i stanowią niezbędny element funkcjonowania systemu ratownictwa medycznego.

Standardy kształcenia pielęgniarek i położnych oraz ratowników medycznych są zasadniczo odmienne, gdyż przygotowują do wykonywania zupełnie różnych ról zawodowych. Kompetencje ratowników medycznych nie obejmują czynności koniecznych do prowadzenia pełnego procesu pielęgnowania i udzielania świadczeń zdrowotnych w oddziałach szpitalnych.

Prezydium NRPIP stoi na stanowisku, że kluczowym celem wszelkich działań systemowych powinno być zapewnienie warunków pracy sprzyjających zwiększeniu zatrudnienia kadry pielęgniarskiej i położniczej, w tym przestrzegania norm zatrudnienia oraz tworzenie rozwiązań, które nie pogłębiają fragmentaryzacji odpowiedzialności za pacjenta.

Każdy zawód medyczny ma swoje odrębne kompetencje i zadania zawodowe, które właściwie należy wykorzystać a nie mogą być stosowane zamiennie lub być zastępowalne.

Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych wyraża sprzeciw wobec pozornych działań celem uzupełniania i wspomagania kadry zawodowej pielęgniarek i położnych innymi zawodowymi o różnych kompetencjach nie przestrzegając minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych.

Sekretarz NRPIP
 (-) Kamila Gólc

Prezes NRPIP
 (-) Mariola Łodzińska

Otrzymują:

Minister Zdrowia, Naczelna Izba Lekarska, Krajowa Izba Ratowników Medycznych

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

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

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

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

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

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

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

NRPIP w pełni popiera stanowisko Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych z dnia 17 listopada 2025 roku, iż ewentualne zmiany w obecnie obowiązujących zasadach ustalania wynagrodzenia w podmiotach leczniczych skutkujące faktycznym zamrożeniem wynagrodzeń, będą skrajnie niekorzystne nie tylko dla osób obecnie zatrudnionych w podmiotach leczniczych, ale również dla tych, które mogłyby podjąć pracę w placówkach

ochrony zdrowia w przyszłości. NRPiP podkreśla, że wdrożenie proponowanych rozwiązań pogłębi kryzys kadrowy w ochronie zdrowia oraz znacząco przyczyni się do obniżenia jakości świadczeń w systemie ochrony zdrowia i w konsekwencji doprowadzi do narażenia pacjentów na zagrożenie zdrowia i życia.

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

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

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

Sekretarz NRPiP
(-) Kamila Gólc

Prezes NRPiP
(-) Mariola Łodzińska

Wybrane zagadnienia z zakresu pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej terapii

Szanowna Pani
Elżbieta Janiszewska
Przewodnicząca PTPAiIO
Oddział w Łodzi

Szanowna Pani

Odnosząc się do Pani pisma z dnia 18 września 2025 r. i zadań w nim pytań:

1. Czy pielęgniarka będąca w zespole anestezjologicznym z anestezjologiem podczas każdego rodzaju znieczulenia pacjenta, a nie tylko miejscowego znieczulenia i do jakiegokolwiek zabiegu, ma obowiązek współpracować z anestezjologiem?
2. Czy pielęgniarka anest. podczas każdego rodzaju znieczulenia pacjenta wykonuje zadania, zlecenia, które musi/powinien udokumentować anestezjolog w karcie znieczulenia, czy obowiązują pielęgniarkę anest. inne dokumenty prowadzone przez innych lekarzy (w czasie tego samego znieczulenia)?
3. Czy pielęgniarka anestezjologiczna podczas każdego rodzaju znieczulenia pacjenta wykonuje także bezpośrednie polecenia lekarza operatora?
4. Jeśli tak:
na przykładzie konieczności podania niezbędnego leku sugerowanego przez operatora w trakcie zabiegu, a którego nie chce wpisać w kartę znieczulenia anestezjolog, mimo, że się zgadza z decyzją operatora, kto ma podać ten lek? Czy pielęgniarka anestezjologiczna ma obowiązek podać lek, który zleca operator, a anestezjolog nie chce wpisać w kartę znieczulenia?
5. Czy są leki, których nie może zlecić anestezjolog podczas jakiegokolwiek rodzaju znieczulenia pacjenta, a o które prosi operator, gdyż swoją decyzją anestezjolog może narazić zdrowie lub życie pacjenta?
6. Czy anestezjolog podczas każdego rodzaju znieczulenia pacjenta może zlecać pielęgniarcie anest. inne leki niż leki

związane z anestezją i analgezą? Czy anestezjolog podczas znieczulenia pacjenta do zabiegu operacyjnego może zlecać leki z innych grup poza znieczulającymi jak np. antybiotyki, leki hormonalne, leki przeciwkrwotoczne, czynniki krzepnięcia i inne?

7. Czy prawo medyczne dopuszcza sytuacje, że podczas znieczulenia pacjenta w trakcie zabiegu operacyjnego pielęgniarka anest. podaje lek na zlecenie operatora, a po zabiegu odnotowuje w karcie zleceń oddziału macierzystego pacjenta (nie na bloku operacyjnym). Lek ten wpisany jest w karcie zleceń oddziału, gdzie przebywa pacjent po zabiegu, na liście „leki do podania doraźnie”. Anestezjolog nie wpisuje w kartę znieczulenia leku, o którym mowa.

8. Jak ma postępować pielęgniarka anestezjologiczna w sytuacji, jeśli operator zleca/prosi o podanie konkretnego leku pacjentce w trakcie zabiegu operacyjnego, w czasie znieczulenia, natomiast anestezjolog się nie zgadza. Lek jest wpisany na „liście doraźnych leków” w karcie zleceń pacjenta w oddziale, w którym jest hospitalizowany (macierzystym). Nie będzie wpisany w kartę znieczulenia.

9. Proszę o doprecyzowanie, czyje zlecenia ma wykonywać pielęgniarka anestezjologiczna podczas znieczulenia pacjenta zarówno ogólnego jak i regionalnego w czasie zabiegu operacyjnego, a także w okresie nadzoru pooperacyjnego w myśl zapisu „w ustawie o zawodzie pielęgniarki i położnej w zakresie wykonywania przez pielęgniarkę zleceń lekarskich należy się kierować zapisem art. 15 Ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, który określa, że pielęgniarka wykonuje zlecenia lekarskie zapisane w dokumentacji medycznej, wyjątek stanowią mogą zlecenia wykonywane w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego.”

10. Co oznacza pojęcie „Lek do decyzji”?

Odpowiadam:

Podczas każdego rodzaju znieczulenia – ogólnego lub regionalnego – pielęgniarka anestezjologiczna wykonuje czynności w ramach współpracy z lekarzem specjalistą anestezjologii i intensywnej terapii, zgodnie z jego zleceniami i planem znieczulenia. Jej działania wynikają z przydzielonych zadań w zespole anestezjologicznym, określonych w rozporządzeniu oraz w dokumentacji medycznej pacjenta.

Pielęgniarka anestezjologiczna:

- współpracuje z anestezjologiem podczas znieczulenia,
- wykonuje zlecenia lekarskie udokumentowane w dokumentacji medycznej – w szczególności w karcie znieczulenia, prowadzonej przez lekarza anestezjologa,
- nie wykonuje samodzielnie poleceń lekarza operatora, jeśli dotyczą one okresu trwania znieczulenia i nie są potwierdzone przez anestezjologa,

- w przypadku sprzecznych poleceń (np. operator vs. anestezjolog) powinna stosować się do decyzji lekarza anestezjologa, który odpowiada za bezpieczeństwo pacjenta w czasie znieczulenia.

Zgodnie z art. 15 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej: „Pielęgniarka wykonuje zlecenia lekarskie zapisane w dokumentacji medycznej, z wyjątkiem przypadków, gdy zachodzi stan nagłego zagrożenia zdrowotnego.”

Oznacza to, że każde zlecenie – w tym dotyczące podania leku – musi być udokumentowane w odpowiedniej części dokumentacji medycznej i pochodzić od lekarza prowadzącego dane postępowanie medyczne (tu: anestezjologa).

W czasie znieczulenia odpowiedzialność za pacjenta spoczywa na anestezjologu. To on decyduje o rodzaju, dawkowaniu i sposobie podania leków, również tych spoza grupy środków anestetycznych (np. antybiotyków, leków przeciwkrwotocznych, hormonów, czynników krzepnięcia), o ile uzna to za uzasadnione klinicznie i zgodne ze stanem pacjenta.

Pielęgniarka nie może samodzielnie wykonać polecenia operatora, jeśli anestezjolog nie potwierdzi zlecenia i nie odnotuje go w dokumentacji anestezjologicznej. W przeciwnym razie pielęgniarka działałaby bez podstawy prawnej i poza zakresem swoich kompetencji.

Pojęcie „lek do decyzji”

Określenie „lek do decyzji” oznacza, że dany preparat jest przewidziany do ewentualnego zastosowania w zależności od decyzji lekarza prowadzącego w danym momencie postępowania – czyli może, ale nie musi być podany. W kontekście znieczulenia decyzję tę podejmuje anestezjolog, który odpowiada za farmakoterapię w czasie znieczulenia.

Podstawa prawna:

1. Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. 2024 poz. 1241) – art. 4, 15, 19.
2. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2016 r. w sprawie standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii (Dz. U. 2016 poz. 2217).
3. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii.
4. Kodeks Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej Rzeczypospolitej Polskiej (Uchwała NRPiP nr 9 z 2019 r.).

Z wyrazami szacunku

mgr piel. Małgorzata Pniak
Konsultant Wojewódzki
w dziedzinie Pielęgniarstwa
Anestezjologicznego i Intensywnej Opieki

email: konsultant.piel.aiiom@gmail.com

Podmiot etyczny w pielęgniarstwie i położnictwie

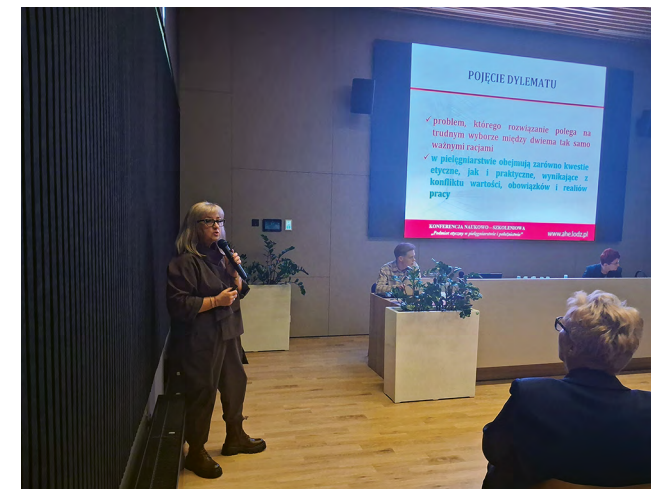
Sprawozdanie z konferencji naukowej

W dniu 5 listopada 2025 r. w siedzibie Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi przy ul. Emilii Plater 34 odbyła się konferencja naukowa zatytułowana „Podmiot etyczny w pielęgniarstwie i położnictwie”, zorganizowana przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Łodzi oraz Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie – Oddział w Łodzi. W wydarzeniu wzięło około 170 uczestników – pielęgniarki, położne, przedstawiciele środowisk akademickich, studenci pielęgniarstwa, położnictwa oraz praktycy z różnych ośrodków ochrony zdrowia. Tematyka spotkania koncentrowała się wokół etycznych aspektów wykonywania zawodów pielęgniarstwa i położnictwa, podmiotowości moralnej oraz odpowiedzialności zawodowej. Wykład inauguracyjny „Podmiotowość moralna pielęgniarki i położnej – między teorią a praktyką” wygłosił Radca Prawny Sylwia Czajka i mgr piel. Małgorzata Pniak Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej w Łodzi. Omówiono kazusy odpowiedzialności zawodowej związane z sytuacjami, gdy pielęgniarka i położna jest współodpowiedzialna etycznie za opiekę, relację z pacjentem, dobrostanem chorego i poszanowaniem dóbr osobistych pacjenta. Konferencja przebiegała w trzech panelach. W pierw-



szym omawiano zagadnienia etyki zawodowej w praktyce pielęgniarstwa i położnictwa. Wykład na temat: Kodeks etyki zawodowej jako przewodnik moralny – szacunek dla pacjenta, troska o godność, odpowiedzialność za jakość opieki, wierność prawdzie i uczciwość zawodowa” przedstawiła Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Łodzi mgr piel. Mirosława Olejniczak.

W swoim wystąpieniu Przewodnicząca ORPiP mówiła, że pielęgniarstwo XXI wieku tworzy swój nowy wizerunek. W dobie kiedy wzrasta świadomość, wiedza i poszerzają się kompetencje pielęgniarek i położnych, nieznajomość zasad dotyczących wykonywania zawodów oraz prezentowanie nagannych postaw w zachowaniu personelu pielęgniarstwa deprecjonuje obraz pielęgniarki i położnej w oczach społeczeństwa i współpracującego z nią zespołu terapeutycznego. Pielęgniarstwo jest nauką, której podstawą jest człowiek, troska o niego, świadczenie mu indywidualizowanej i kompleksowej opieki pielęgniarstwa na najwyższym, profesjonalnym poziomie. Etyka i odpowiedzialność zawodowa stanowią nieodczony element w pracy pielęgniarek i położnych, bez których nie ma



możliwości rzetelnego i sumiennego wykonywania obowiązków wobec indywidualnego pacjenta jak i całego społeczeństwa. Drugi wykład wygłosiła dr n. o zdr. Grażyna Kozak z Akademii Humanistyczno-Ekonomicznej w Łodzi, na temat „Dylematów etycznych w codziennej pracy pielęgniarki i położnej – konflikty wartości”. Na temat obciążenia pracą pielęgniarek w opiece nad noworodkiem w intensywnej opiece neonatologicznej w wykładzie „Niedostarczona opieka pielęgniarstwa i położnictwa – doświadczenia pielęgniarki oddziałowej” mówiła mgr piel. Aleksandra Matczak, Klinika Intensywnej Terapii i Wad Wrodzonych Noworodków i Niemowląt ICZMP w Łodzi. Były to wnioski z badania obserwacyjnego z wykorzystaniem Skali Aktywności Pielęgniarskiej (NAS), m.in., że obciążenie pracą pielęgniarek w opiece nad noworodkiem leczonym w oddziale intensywnej terapii neonatologicznej było wyższe na dyżurze dziennym niż nocnym, że konieczne jest wdrożenie modelu pomiaru obciążenia pracą pielęgniarek na oddziałach intensywnej opieki neonatologicznej, który uwzględni ocenę pracy oraz jej optymalizację.

O kompetencjach etycznych pielęgniarek i położnych na międzynarodowych przykładach mówił dr n. med. i n. o zdr. Michał Machul z Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego nr 4 w Lublinie. W wielu krajach etyka zawodowa stanowi integralny, wieloetapowy element kształcenia pielęgniarek i położnych. W Wielkiej Brytanii, Australii i Finlandii moduły z etyki zawodowej są obecne w każdym roku studiów, a nauczanie oparte



na studiach przypadków, refleksji narracyjnej i symulacjach klinicznych pozwala rozwijać zdolność etycznego rozumowania i empatii. W Skandynawii szczególny nacisk kładzie się na mentoring etyczny w miejscu pracy – tzw. „reflection groups”, czyli regularne spotkania zespołów omawiających problemy moralne w codziennej praktyce. Przedstawione rozwiązania w innych krajach wskazują, że skuteczny rozwój kompetencji etycznych wymaga zintegrowanego podejścia łączącego edukację akademicką, praktykę zawodową i system rewalidacji. W Polsce pożądane jest wprowadzenie obowiązkowych modułów etyki w każdym etapie kształcenia, wspieranie refleksji etycznej w miejscu pracy oraz powiązanie odnowienia prawa wykonywania zawodu (PWZ) z wymogiem ciągłego doskonalenia etycznego. Wykładowca podkreślił, że konieczne jest zaangażowanie samorządu zawodowego i pracodawców w budowanie kultury refleksji etycznej.

W drugim panelu mówiono o barierach w realizacji podmiotowości moralnej. Jako pierwsza wykład wygłosiła dr hab. n. o zdr. Dorota Kilańska, prof. uczelni, Uniwersytet Medyczny w Łodzi/Gdański Uniwersytet Medyczny; PTP Oddział w Łodzi – Nowe kompetencje w pracy pielęgniarki – ekonomiczna wartość i efektywność roli Zaawansowanej Praktyki Pielęgniarskiej (Advanced Practice Nurse – APN)”. Współczesne





systemy ochrony zdrowia stoją wobec rosnących wyzwań: starzenia się populacji, wzrostu liczby chorób przewlekłych, niedoboru kadr medycznych i presji kosztowej. Odpowiedzią na te wyzwania w wielu krajach stało się rozwijanie ról pielęgniarek zaawansowanej praktyki (Advanced Practice Nurses – APN), które łączą kompetencje kliniczne, diagnostyczne, edukacyjne i przywódcze. Wykładowca podkreślił iż APN to inwestycja o wysokim zwrocie społecznym: zwiększa dostępność opieki, poprawia bezpieczeństwo pacjenta, zmniejsza koszty systemowe, wspiera cyfryzację i innowacje w opiece zdrowotnej. W Polsce rozwój APN powinien być integralnym elementem polityki zdrowotnej i kadrowej, wspieranej przez uczelnie medyczne i decydentów publicznych. Pani dr n. med. Agnieszka Głowacka z UMED w Łodzi, przedstawiciel PTP, Oddział w Łodzi, wygłosiła wykład na temat „Zdrowie pielęgniarki jako warunek jej etycznej sprawczości”. Podkreśliła, że w obecnych czasach pielęgniarki/położne doświadczają wielu obciążeń wpływających na ich zdrowie, że ważnym zagadnieniem jest odpowiedź czy zdrowie pielęgniarki przekłada się na jej etyczną sprawczość? Etyczna sprawczość to nie tylko postępowanie etyczne, ale zdolność do podejmowania decyzji i działań zgodnych z wartościami etycznymi, takimi jak dobro pacjenta czy odpowiedzialność zawodowa. Pielęgniarka sprawcza etycznie to osoba, która nie tylko zna zasady etyki, ale potrafi je stosować w praktyce, a zdrowie pielęgniarki jest fundamentem sprawczości, czyli świadomego podejmowania odpowiedzialnych decyzji, bycia



empatyczną, oraz umiejacą stawiać granice i chronić siebie przed wypaleniem. Psycholog dr n. med. Monika Kowalska-Wojtysiak z UMED w Łodzi omówiła zagadnienie wypalenia zawodowego, czy ono zagraża etycznej opiece. Zjawisko wypalenia zawodowego obejmujące podstawowe wymiary: obniżone poczucie dokonań osobistych, depersonalizację podmiotów interakcji zawodowych oraz uczucie wyczerpania emocjonalnego i psychofizycznego, rzuca cień na dobrostan fizyczny i psychiczny osoby nim dotkniętej. Wypalenie to coś więcej niż zmęczenie, to kryzys wartości, który stawia pod znakiem zapytania podstawowe założenia dotyczące sensu i celu pracy oraz nie można pominąć kwestii wpływu tego zjawiska na etyczne aspekty wykonywania zawodu. W konsekwencji najbardziej cierpi pacjent, bo to on znajduje się w sytuacji wzmożonego zapotrzebowania na wsparcie, którego nie jest w stanie udzielić wypalony zawodowo pracownik.

Zagadnienia związane z wzajemną współpracą pielęgniarek oraz farmaceutów, ze szczególnym naciskiem na korzyści, jakie można wynieść z tej współpracy omówił mgr farm. Damian Piekielny z Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. W trzecim panelu poruszono tematy dotyczące „Pielęgniarka/położna – niezależny podmiot etyczny w systemie ochrony zdrowia”. Zagadnienia

dotyczące samorozwoju jako elementu etycznej tożsamości przedstawiła dr n. med. Agnieszka Renn-Żurek z AHE w Łodzi. W pielęgniarstwie samorozwój można postrzegać nie tylko jako element podnoszenia kompetencji czy moralny obowiązek, ale również jako osobistą potrzebę. Mówiąc o samorozwoju wśród pielęgniarek należy wskazać na dwa główne nurty – rozwój zawodowy i osobisty. Samorozwój zawodowy to proces ciągłego zdobywania wiedzy, umiejętności i doświadczenia, który ma na celu doskonalenie się w pracy i rozwój kariery. Samorozwój osobisty to ciągły proces świadomego doskonalenia siebie w różnych sferach życia, tj. intelektualna, emocjonalna, fizyczna czy duchowa. Badania nad zagadnieniem pt. „Niedostarczona opieka dylematem etycznym” omówiła dr n. o zdr. Paulina Szydłowska-Pawlak, UMED w Łodzi, Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie. Pominięta opieka pielęgniarska (MNC) lub błąd zaniechania występuje, gdy ta podstawowa opieka nie jest zapewniana pacjentowi. W ciągu ostatnich kilku lat częstotliwość MNC została uznana za wskaźnik jakości opieki pielęgniarskiej i bezpieczeństwa pacjenta. Często jest to sygnał ostrzegawczy wskazujący na niewystarczający poziom zatrudnienia personelu. Wyniki pomiaru obciążenia pracą pielęgniarek z TISS-28 i NEMS pozwoliły na określenie nowego współczynnika opieki pielęgniarskiej i modyfikacji modelu pracy. Wyniki pomiaru obciążenia pracą pielęgniarek na podstawie NAS pozwoliły określić realny czas wymagany na realizację interwencji pielęgniarskich. Wprowadzenie modelu organizacji pracy pielęgniarek w oparciu o rzeczywiste zapotrzebowanie pacjenta na opiekę pielęgniarską powinno stać się priorytetem polityki zdrowotnej na poziomie centralnym, ale też i lokalnym. Panie mgr pol. Monika Grabarczyk i mgr fizjoterapii Anna Dylewska-Domiza z ICMZP w Łodzi przedstawiły temat „Opieka NIDCAP nad noworodkiem – dylemat położnej i fizjoterapeuty”. Model opieki NIDCAP (Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program) stanowi współczesny, naukowo ugruntowany standard postępowania z noworodkiem, zwłaszcza przedwcześnie urodzonym, kładący nacisk na indywidualizację, obserwację zachowań dziecka i partnerską współpracę z rodziną. W wdrażanie zasad NIDCAP często napotyka jednak na bariery

systemowe – niedobór personelu, przeciążenie obowiązkami, brak czasu i przestrzeni dla refleksyjnego działania. Omówiono przykłady dylematów z codziennej pracy położnej i fizjoterapeuty, strategię radzenia sobie z moralnym obciążeniem niedostarczonej opieki oraz propozycje działań wspierających personel w utrzymaniu etycznej integralności w warunkach niedoboru zasobów. Ostatni wykład przedstawiła mgr piel. Dorota Borkiewicz UMED w Łodzi, PTP – oddział w Łodzi, pt. „Etyczne aspekty pracy zespołowej w opiece zdrowotnej”. Etyczne aspekty pracy zespołowej w opiece zdrowotnej obejmują: szacunek dla pacjenta i jego autonomii, zachowanie poufności, sprawiedliwe traktowanie wszystkich pacjentów, dbałość o bezpieczeństwo pacjenta, profesjonalną i życzliwą komunikację między członkami zespołu, wsparcie dla kolegów oraz odpowiedzialność za jakość opieki. Etyka ma kluczowy wpływ na pracę zespołów w opiece pielęgniarskiej/położniczej, ponieważ zasady etyczne, określone w Kodeksie Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej, wpływają na wzajemne relacje w zespole, jakość opieki nad pacjentem i wizerunek naszych zawodów.

Wydarzenie stanowiło ważne forum wymiany doświadczeń i refleksji nad rolą etyki w codziennej praktyce zawodowej. Uczestnicy zgodnie podkreślali, że rozwój kompetencji etycznych jest nie tylko obowiązkiem zawodowym, lecz także elementem budowania zaufania społecznego wobec środowiska pielęgniarek i położnych. Wysoki poziom merytoryczny wystąpień, różnorodność perspektyw i otwartość na dialog sprawiły, że wydarzenie stało się inspirującą przestrzenią wymiany doświadczeń i refleksji nad etycznym wymiarem pracy pielęgniarek i położnych. Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Łodzi oraz Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie – Oddział w Łodzi, składają serdeczne podziękowania wszystkim prelegentom, zaproszonym gościom oraz uczestnikom konferencji za aktywny udział i zaangażowanie w dyskusję. Organizatorzy wyrażają nadzieję, że spotkanie to przyczyni się do dalszego umacniania wartości etycznych w praktyce zawodowej oraz do budowania środowiska opartego na wzajemnym szacunku, profesjonalizmie i odpowiedzialności. (J. G.)



Z przyjemnością przekazujemy pierwszy numer cyklu publikacji przygotowanych przez studentów studiów magisterskich II roku kierunku pielęgniarstwo (rok akademicki 2025/2026), poświęconego praktycznym i naukowym podstawom wdrażania ról Zaawansowanej Praktyki Pielęgniarskiej (Advanced Practice Nursing – APN) w Polsce. Wprowadzenie do cyklu „Głos przyszłych liderów pielęgniarstwa”/APN: Nowe Horyzonty Pielęgniarstwa oczami młodego pokolenia pielęgniarzek

Celem cyklu jest przedstawienie głosu przyszłego pokolenia liderów pielęgniarstwa – studentów, którzy w oparciu o aktualną literaturę naukową, dokumenty ICN, EFN, WHO oraz przykłady wdrożeń międzynarodowych, opracowali autorskie stanowiska dotyczące zasadności wdrożenia APN w konkretnych obszarach klinicznych, takich jak oddziały chirurgiczne oraz SOR/izby przyjęć.

Stanowiska te dowodzą, że przyszłe pokolenie pielęgniarzek posiada nie tylko kompetencje kliniczne, lecz także rozwiniętą świadomość zdrowotną, systemową i organizacyjną, umiejętność analizy ekonomicznej oraz strategicznego myślenia o zawodzie. Uczestnicy opracowali materiały zgodnie z zasadami evidence-based practice, wykorzystując wyniki badań systematycznych, modele wdrożeniowe APN (m.in. model PEPPIA, ICPOP) oraz propozycje legislacyjne.

Cele cyklu publikacji:

- popularyzacja koncepcji APN jako nowej technologii świadczeń zdrowotnych,
- pokazanie, jak studenci potrafią opracować stanowisko eksperckie na podstawie literatury,
- prezentacja modeli APN dopasowanych do polskiego systemu ochrony zdrowia,
- stymulowanie dyskusji w samorządzie zawodowym i środowisku akademickim,
- pokazanie, że rozwój APN jest możliwy, potrzebny i ekonomicznie uzasadniony.

Dlaczego to ważny głos młodego pokolenia pielęgniarzek? Wprowadzenie APN w Polsce wymaga nie tylko dokumentów eksperckich i decyzji legislacyjnych, lecz także budowania świadomości zawodowej, identyfikacji klinicznych korzyści i gotowości środowiska. Dlatego głos studentów – przedstawicieli młodego pokolenia pielęgniarzek z kompetencjami magisterskimi – jest szczególnie cenny, ponieważ uwzględnia perspektywę realnych potrzeb pacjentów oraz praktyki klinicznej.

Każdy z przedstawionych dokumentów stanowi autorską pracę studentów przygotowaną w ramach przedmiotu pielęgniarstwo w perspektywie międzynarodowej, pod kierunkiem dr hab. Doroty Kilańskiej, prof. UMed. Autorzy zachowują pełne prawa autorskie osobiste i majątkowe. Wszelkie wykorzystanie fragmentów, cytowań lub grafik wymaga zgody autorów i prowadzącego przedmiot.

Zachęcamy do lektury, refleksji i aktywnego dialogu. W kolejnych numerach przedstawione zostaną stanowiska dotyczące m.in. w innych obszarach praktyki.

GŁOS PRZYSZŁYCH LIDERÓW PIELĘGNIARSTWA

Stanowisko w sprawie Pielęgniarki Zaawansowanej Praktyki (APN) na oddziale chirurgicznym

Stoimy na stanowisku, że na oddziale chirurgicznym powinna być zatrudniona Pielęgniarka Zaawansowanej Praktyki (APN).

Oddziały chirurgiczne są jednym z najbardziej obciążonych ogniw współczesnych systemów ochrony zdrowia. Wymagają stałego monitorowania pacjentów po zabiegach, profilaktyki powikłań zakrzepowo-zatorowych, leczenia bólu, opieki nad raną, wczesnej mobilizacji oraz działań edukacyjnych skierowanych do pacjenta i jego rodziny. Postępująca wielochorobowość, rosnąca liczba zabiegów planowych oraz niedobór lekarzy i pielęgniarzek chirurgicznych powodują, że dotychczasowe modele opieki stają się niewystarczające, co skutkuje opóźnieniami w interwencjach, zwiększeniem śmiertelności i kosztów leczenia.

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) w dokumencie Global Strategic Directions for Nursing and Midwifery 2021–2025 wskazuje, że państwa muszą wzmacniać pielęgniarstwo przez rozwój ról zaawansowanej praktyki, aby system ochrony zdrowia był zdolny do realizacji zadań wynikających z potrzeb

populacji oraz Agendy 2030. Międzynarodowe dokumenty akcentują, że to właśnie pielęgniarki – jako grupa zawodowa najbliższa pacjentowi – mogą realnie wpłynąć na ograniczenie powikłań pooperacyjnych, jakość opieki i bezpieczeństwo terapeutyczne.

ICN podkreśla, że pielęgniarki zaawansowanej praktyki (APN) odgrywają kluczową rolę w opiece chirurgicznej, zwłaszcza w kontekście rosnącego obciążenia systemów ochrony zdrowia. Zgodnie ze stanowiskiem ICN, APN powinna posiadać zaawansowaną wiedzę, wysokie kwalifikacje kliniczne i zdolność podejmowania autonomicznych decyzji, co pozwala jej diagnozować i prowadzić pacjenta w ramach ustalonych kompetencji. ICN zaleca krajom stworzenie ram legislacyjnych pozwalających wykorzystać ten potencjał.

EFN podkreśla konieczność wdrożenia prawnie umocowanych bezpiecznych obsad pielęgniarskich oraz rozwoju ról APN w szpitalnictwie, podkreślając ich wpływ na poprawę wyników leczenia chirurgicznego i odciążenie lekarzy. EFN akcentuje, że brak takich rozwiązań pogłębia migrację kadr i destabilizuje system ochrony zdrowia.

Zadania dla APN na oddziale chirurgicznym

- Konsultowanie pacjentów, diagnozowanie i ustalanie planu leczenia i opieki.
- Samodzielna ocena stanu pacjentów, w tym interpretacja wyników badań zgodnie z obowiązującymi przepisami, ocena przedoperacyjna pacjenta operowanego w trybie planowym.
- Zlecanie badań diagnostycznych w ramach działań okołoperacyjnych, np. grupa krwi, RKZ, OB.
- Ustalanie priorytetów opieki i tworzenie zaawansowanych planów pielęgnacyjnych.
- Wykonywanie i interpretacja procedur diagnostycznych (skale, testy do oceny stanu zdrowia, bilanse).
- Wykonywanie procedur terapeutycznych, w tym małych zabiegów chirurgicznych.
- Triage i planowanie przyjęć pacjentów chirurgicznych.
- Analiza jakości i efektywności realizowanych świadczeń zdrowotnych.
- Monitorowanie procesu rekonwalescencji i wczesne wykrywanie powikłań.
- Udział w kwalifikacji i przygotowaniu pacjentów do zabiegów chirurgicznych.
- Prowadzenie edukacji pacjentów i ich rodzin po zabiegach operacyjnych, w zakresie profilaktyki i leczenia ran przewlekłych.
- Ścisła współpraca z zespołem operacyjnym.
- Dobór sposobów leczenia ran, w zależności od przypadku, w tym stosowanie terapii podciśnieniowej.
- Pobieranie materiału bakteriologicznego z rany.
- Zaawansowana opieka stomijna, w tym wyznaczenie miejsca i lokalizacji, ocena funkcjonalności stomii i skóry wokół

stomii, zaopatrywanie powikłanej i niepowikłanej stomii i ocena jakości życia osoby ze stomią.

- Nadzorowanie chorób współistniejących i ogólnych potrzeb.
- Wsparcie emocjonalne – zapewnienie zaawansowanej opieki pod kątem psychicznym.
- Koordynacja opieki wielospecjalistycznej po wypisie pacjenta (chirurg, dietetyk, onkolog).

Zalety wdrożenia APN na oddziale chirurgicznym

Obecność APN wiąże się ze skróceniem czasu hospitalizacji, mniejszą liczbą powikłań, lepszą stabilizacją parametrów życiowych oraz wynikami leczenia porównywalnymi lub lepszymi niż w modelach tradycyjnych. Interwencje APN obejmowały m.in. ocenę kliniczną, koordynację wypisu i edukację pacjenta. Według badań Bauernfeind i wsp. (2024) potwierdzono, że APN zapobiegają powikłaniom takim jak zakrzepica żył głębokich, zakażenia miejsca operowanego i odleżyny, dzięki wczesnej mobilizacji, ordynacji odpowiednich leków w ramach protokołów i systematycznemu monitorowaniu stanu rany.

W krajach posiadających rozwinięty model APN (Kanada, Wielka Brytania, Stany Zjednoczone) pielęgniarki te koordynują ścieżkę pacjenta, organizują działania fizjoterapeutyczne i wdrażają strategię analgezji, co przyspiesza wypis i zapewnia ciągłość opieki.

Patel i Hogshire (2021) wykazali, że obecność APN zmniejsza liczbę opóźnień w ordynacji badań, konsultacji i terapii, co skraca czas hospitalizacji średnio o 1,5 dnia. Ponadto, analizy ekonomiczne potwierdzają, że każde przesunięcie kompetencji decyzyjnych do APN zmniejsza koszty hospitalizacji w chirurgii, głównie poprzez ograniczenie powikłań i rehospitalizacji. W praktyce oznacza to, że APN stanowią inwestycję zwracającą się już w cyklu rocznym, a nie obciążenie finansowe.

Poziom krajowy – Ministerstwo Zdrowia i ustawodawca

Rekomendujemy:

- Ustawowe określenie roli APN – z jednoznacznym zakresem kompetencji, uprawnień i odpowiedzialności, podobnie jak w USA i UK.
- Wprowadzenie krajowego rejestru APN – pozwoli to na monitorowanie ich liczby, obszarów działania i wpływu na wyniki leczenia.
- Finansowanie ścieżek kształcenia klinicznego dla pielęgniarzek chirurgicznych – szczególnie studiów magisterskich i specjalistycznych kompetencji.
- Implementacja bezpiecznych norm zatrudnienia zgodnych z rekomendacjami EFN – brak kadry jest głównym czynnikiem ryzyka powikłań chirurgicznych.

Poziom regionalny – samorządy wojewódzkie i wojewódzkie ośrodki zdrowia

Rekomendujemy:

- Centra szkoleniowe APN w chirurgii, we współpracy ze szpitalami klinicznymi, – umożliwią prowadzenie zajęć symulacyjnych i mentoringu.
- Pilotáže kliniczne ról APN – podobne rozwiązania zasto-sowano w Kanadzie i Australii; – ich wyniki mogą stanowić podstawę do decyzji ministerialnych.

Poziom lokalny – szpital i oddział chirurgiczny

Rekomendujemy:

Włączenie APN do zespołów podejmujących decyzje kliniczne – APN powinny mieć możliwość modyfikowania terapii prze-ciwbólowej i leczenia rany zgodnie z protokołami. Kompetencje APN w zakresie koordynacji wypisu – plan wypisu pacjenta przygotowany przez APN zmniejsza liczbę nieplanowanych powrotów na oddział. Ustanowienie roli APN jako mentora klinicznego – lekarze rozpoczynający specjalizację mogą być odciążeni w obszarach rutynowych procedur pooperacyjnych.

TŁO

Czym jest APN?

APN (Advanced Practice Nursing) to inaczej zaawansowana praktyka pielęgniarska. Według definicji ICN z 2002 roku „APN jest zarejestrowaną pielęgniarką, która nabyła fachową i grun-towną, poszerzoną wiedzę (zalecaną na poziomie magister-skim), zespół umiejętności podejmowania decyzji i kliniczne kompetencje oraz cechy, właściwe dla udoskonalonej praktyki, sformułowane w kraju, w którym uzyskała zezwolenie do jej wykonywania”.

Pielęgniarka APN

Pielęgniarka APN (Advanced Practice Nurse) to pielęgniarka, która:

- posiada zaawansowane, rozszerzone kompetencje kli-niczne,
- posiada uprawnienia w zakresie prowadzenia procesu diagnostycznego, terapeutycznego,
- ma wysoki poziom samodzielności w podejmowaniu decyzji,
- posiada uprawnienia do koordynacji planów leczenia i opieki, umożliwiające kompleksową realizację świadczeń w działal-ności ambulatoryjnej lub stacjonarnej.

Aby uzyskać uprawnienia APN pielęgniarka musi:

- posiadać wykształcenie magisterskie,

- specjalizację z pielęgniarstwa (jest to rekomendowane),
- posiadać co najmniej 5-letnie doświadczenie zawodowe w dziedzinie, w tym doświadczenie w samodzielnym udzielaniu świadczeń zdrowotnych,
- posiadać dodatkowe kwalifikacje formalne (dla poszcze-gólnych dziedzin APN są to inne dodatkowe kwalifikacje),
- przejść okres przejściowy pracy pod nadzorem jako APN.

APN po raz pierwszy wprowadzono w latach 60. XX wieku w Stanach Zjednoczonych. Za punkt przełomowy uznaje się rok 1965, kiedy Loretta Ford, pielęgniarka i pedagog oraz dr Henry Silver, pediatra z Uniwersytetu w Kolorado, opracowali pierwszy program kształcenia Nurse Practitioner (NP). Pro-gram ten powstał, aby poprawić opiekę nad dziećmi w mie-jscach z niedoborem lekarzy. Był przełomowy ponieważ, łączył w sobie rozszerzoną diagnostykę, zaawansowane umiejętności kliniczne oraz samodzielne podejmowanie decyzji terapeutycz-nych. W kolejnych latach rola APN została sformalizowana, rozwijano programy magisterskie, a badania potwierdziły, że APN zapewniają opiekę o wysokiej jakości.

Korzyści dla pacjenta

1. Krótszy czas oczekiwania na ocenę stanu zdrowia, konsultację, kwalifikację do zabiegów czy zmianę planu opieki.
2. Wyższa jakość opieki okołoperacyjnej.
3. Pacjent otrzymuje bardziej szczegółowe i spersonalizowane instrukcje dotyczące przygotowania do zabiegu, pielęgnacji rany, leków, rehabilitacji.
4. Poprawa bezpieczeństwa terapii dzięki stałej ocenie, moni-torowaniu skutków leczenia i wsparciu.
5. Zwiększenie satysfakcji pacjenta.

Korzyści dla płatnika (NFZ)

1. Obniżenie kosztów hospitalizacji.
2. Redukcja liczby rehospitalizacji.
3. Optymalizacja wykorzystania świadczeń.

Korzyści dla szpitala

1. Odciążenie lekarzy i zwiększenie efektywności pracy zespołu.
2. Poprawa wyników klinicznych oddziału chirurgicznego.
3. Lepsza organizacja pracy i płynność działania oddziału.
4. Wzmocnienie renomy szpitala.
5. Możliwość rozszerzenia usług i projektów jakościowych.

Profil pacjentów objętych opieką

W opiece sprawowanej przez pielęgniarkę zaawansowanej praktyki pielęgniarskiej szczególne znaczenie ma całościowe

spojrzenie na pacjenta – jego potrzeby zdrowotne, funkcjonalne oraz psychospołeczne. Zaprezentowany profil pacjenta obej-muje nie tylko stan kliniczny, lecz także kontekst codziennego funkcjonowania, czynniki ryzyka, styl życia oraz zasoby, które mogą wspierać podjętą opiekę.

Dane ogólne

Pacjenci wymagający opieki APN w oddziale chirurgicznym to osoby wymagające kompleksowego wsparcia przed operacją, w trakcie hospitalizacji i w okresie rekonwalescencji. Są to pacjenci po zabiegach planowych i nagłych, często z chorobami przewlekłymi, powikłaniami pooperacyjnymi oraz potrzebą intensywnej edukacji zdrowotnej. Ważną grupę stanowią pacjenci ze stomią, u których konieczna jest specjalistyczna opieka obejmująca ocenę funkcjonowania stomii, dobór sprzętu, profilaktykę powikłań oraz wsparcie emocjonalne i adaptacyjne. W opiece APN znajdują się również osoby starsze, obciążone wielochorobowością, wymagające monitorowania leczenia, żywienia i bezpieczeństwa. Pacjenci ci często mają ograni-czoną mobilność, problemy z gojeniem ran oraz potrzebują pomocy w przygotowaniu do samodzielnego funkcjonowania po operacji. Pielęgniarka zaawansowanej praktyki zapewnia im indywidualną, skoordynowaną opiekę, ukierunkowaną na poprawę jakości życia i zapobieganie powikłaniom.

Cele opieki

- zapewnienie bezpiecznego i profesjonalnego przebycia okresu pooperacyjnego;
- optymalna kontrola bólu, zminimalizowanie dyskom-fortu;
- zapewnienie powrotu chorego do dotychczasowej spraw-ności
- wczesne wykrywanie i zapobieganie powikłaniom;
- zapewnienie wsparcia i redukcja lęku związanego z chorobą i zabiegiem operacyjnym;
- koordynowanie opieki wielospecjalistycznej i zapewnienie ciągłości leczenia.

Podsumowanie

Opieka APN nad pacjentem oddziału chirurgicz-nego obejmuje znacznie więcej niż standardowe czynności pooperacyjne. To czujna obecność, która łączy elementy klinicznej oceny, edukacji, wspar-cia emocjonalnego i koordynacji całego procesu leczenia.

Bibliografia:

1. World Health Organization. Global strategic directions for nursing and midwifery 2021–2025. Geneva: WHO; 2021.
2. International Council of Nurses. Guidelines on Advan-ced Practice Nursing. Geneva: ICN; 2020.
3. International Council of Nurses. Advanced Practice Nursing: ICN Policy Brief. Geneva: ICN; 2015.
4. European Federation of Nurses Associations. EFN Policy Statement on Safe Staffing Levels. Brussels: EFN; 2023.
5. De Raeve P, et al. Advanced practice nursing in Europe – Results from a pan-European survey. J Adv Nurs. 2024.
6. Wheeler KJ, et al. Advanced Practice Nursing Roles, Regulation, Education, and Practice: A Global Review. Ann Glob Health. 2022;88(1):23.
7. Woo BFY, Lee JXY, Tam WWS. The impact of advan-ced practice nursing on quality of care, clinical outcomes, patient satisfaction and cost in the emergency and criti-cal care setting: a systematic review. Hum Resour Health. 2017;15(1):63.
8. Htay M, et al. The effectiveness of the role of advanced nurse practitioners: A systematic review. Int J Nurs Stud Adv. 2021;3:100034.
9. Mori K, et al. Effect of intensive care provided by nurse practitioners for postoperative patients: A retro-spective observational before-and-after study. PLoS One. 2022;17(1):e0262605.
10. Patel MS, Hogshire L, et al. A retrospective cohort study of the impact of nurse practitioners on general medi-cal–surgical inpatients. J Clin Med. 2021.
11. Chen L, et al. The role of nurse practitioners in surgi-cal settings across countries: a narrative review. Healthcare (Basel). 2025;15(8):291.
12. Bauernfeind L, et al. The impact of advanced practitio-ners on patients in acute care – a mini review. Front Emerg Med. 2024;2:1399779.
13. Kazakidis K. Advanced Nursing Practice as a pana-cea for healthcare in Poland. Pielęgniarstwo XXI wieku. 2021;20(1):5–12.
14. Harpula K, et al. Polish nurses’ opinions on the expansion of their professional competences. Int J Environ Res Public Health. 2021;18(19):10310.
15. Zimmermann A, et al. The implementation process of nurse prescribing in Poland. Int J Environ Res Public Health. 2020;17(8):2783.
16. Marcinowicz L, et al. Work activities of primary health care nurses in Poland. BMC Nurs. 2021;20:181.

Wykonały:
Paulina Skoneczna, Nikola Osmulska,
Natalia Obrębska, Katarzyna Owczarek,
Gabriela Paradowska

Standardy postępowania w przypadku wszawicy w placówkach szkolnych

Zgodnie ze stanowiskiem Departamentu Matki i Dziecka w Ministerstwie Zdrowia w sprawie zapobiegania i zwalczania wszawicy u dzieci, wszawicy nie zalicza się do grupy inwazji pasożytami zewnętrznymi i nie znajduje się ona w wykazie chorób zakaźnych stanowiącej załącznik do ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.

Tym samym przypadki wszawicy nie są objęte zakresem działania Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Decyzja o pozostaniu dziecka w domu do czasu usunięcia wszy nie wymaga interwencji organów władzy publicznej w trybie przewidzianym przepisami rangi ustawowej, lecz znajduje się w gestii jego rodziców lub opiekunów. Zaleca się, aby działania higieniczne przeciw wszawicy były podjęte przez rodziców lub opiekunów niezwłocznie, a czas nieobecności w placówce był możliwie najkrótszy.

Prawo w pełni reguluje kwestie podejmowania działań, zarówno przez rodziców, dyrektorów szkół jak i przez poszczególne zobowiązane do tego organy. O prawie dziecka realizującego obowiązek szkolny, do szczególnej opieki zdrowotnej stanowi ustawa o systemie ubezpieczeń społecznych oraz ustawa o systemie oświaty. Problematykę tę szczegółowo reguluje rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie zakresu i organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą.

Zasady postępowania pielęgniarki/higienistki szkolnej określa wydana nakładem Instytutu Matki i Dziecka Zakładu Medycyny Szkolnej publikacja pt. „Standardy w profilaktycznej opiece zdrowotnej nad uczniami sprawowanej przez pielęgniarkę lub higienistkę szkołą i lekarza podstawowej opieki zdrowotnej”. Publikacja opracowana i wydana na zlecenie Ministra Zdrowia określa standardy, które choć nie mają charakteru obowiązującej regulacji prawnej, to jednak zostały przyjęte do stosowania ze względu na swój cel obejmujący m.in. ujednolicenie wymagań w zakresie postępowania w profilaktycznej opiece zdrowotnej nad uczniami.

Zgodnie z powyższymi standardami, pielęgniarka i higienistka szkolna w ramach profilaktycznej opieki pielęgniarskiej rozpoznaje problemy zdrowotne i społeczne uczniów i wynikające z nich potrzeby zdrowotne, w tym w zakresie higieny osobistej. Przy czym jeżeli chodzi o stosowaną przed laty procedurę kontroli czystości uczniów, należy zauważyć, że odstąpiono od niej, gdyż odbywała się w sposób niewłaściwy (obejmowała wszystkich uczniów klasy, a nawet szkoły, była przeprowadzana dwukrotnie w ciągu roku szkolnego w sposób budzący wiele zastrzeżeń – w obecności innych uczniów i pracowników szkoły – naruszający poczucie ich godności). Dlatego obecnie nie wolno ani pielęgniarce, ani nauczycielowi przeprowadzać kontroli czystości ucznia w obecności osób trzecich. Prawo nie zabrania dokonywania kontroli

higieny osobistej w sposób właściwy, tym bardziej, że w sytuacji zagrożenia jest ona niezbędna.

Biorąc pod uwagę fakt, że zainfekowanie wszami jest uznane za problem natury higienicznej, pielęgniarka musi stosować się do powyższych standardów i przepisów prawa. Podejmując działania w stosunku do dziecka, u którego zaobserwuje sama lub uzyska informację od np. wychowawcy klasy, że stan higieny osobistej ucznia budzi zastrzeżenia (także co do podejrzenia wszawicy), powinna zaprosić go do gabinetu po wcześniejszym uprzedzeniu, na rozmowę bez obecności osób trzecich. Rozmowa taka wymaga od niej wiele taktu i empatii. Powinna poinformować ucznia, że jej celem jest udzielenie mu pomocy w pielęgnacji własnego ciała, sprawdzenie czy nie ma zmian na skórze, we włosach, które wymagają leczenia. Działania te powinny zakończyć się ustaleniem, czy i jakie uczeń ma trudności w utrzymaniu higieny osobistej i udzielenie mu (oraz rodzicom) pomocy w znalezieniu sposobu ich rozwiązania. W razie potrzeby pielęgniarka może kontynuować okresowe spotkanie indywidualne z tymi uczniami. Wszystkie te działania pielęgniarka podejmuje bez ujawniania osobom trzecim personaliów ucznia. O zaistniałym problemie (wszawicy) informuje rodziców, opiekunów dziecka i zaleca im niezwłoczne podjęcie zabiegów higienicznych skóry głowy, a w razie potrzeby instruuje rodziców o sposobie działania, informuje ich również o konieczności poddania się kuracji wszystkich domowników. Natomiast dyrekcję szkoły powiadamia o wystąpieniu wszawicy na terenie szkoły. Dyrektor ma obowiązek poinformować wszystkich rodziców o stwierdzeniu wszawicy na terenie placówki z zaleceniem codziennej kontroli czystości głowy dziecka oraz czystości głów domowników. W przypadku, gdy rodzice zgłoszą trudności w przeprowadzeniu kuracji (np. brak środków na

zakup preparatu), dyrektor szkoły lub placówki we współpracy z ośrodkiem pomocy społecznej, udzielają rodzicom niezbędnej pomocy. Pielęgniarka szkolna po upływie 7–10 dni kontroluje stan czystości skóry głowy dzieci, u których stwierdzono wszy, po przeprowadzonych zabiegach higienicznych przez rodziców. Po stwierdzeniu niesztuczności zalecanych działań, pielęgniarka zawiadamia o tym dyrektora szkoły w celu podjęcia bardziej radykalnych kroków (zawiadomienie ośrodka pomocy społecznej o konieczności wzmocnienia nadzoru nad realizacją funkcji opiekuńczych przez rodziców dziecka oraz udzielenie potrzebnego wsparcia). W przypadku uporczywego uchłania się rodziców lub opiekunów dziecka od działań mających na celu ochronę jego zdrowia i dbałości o higienę, dyrektor szkoły zawiadamia opiekę społeczną. Brak działań może bowiem rodzić podejrzenie o zaniedbywanie przez nich dziecka. Z tego względu brak współpracy z rodzicami nie może być przez władze szkoły lekceważone. Bowiem w przypadku, kiedy rodzice lub opiekunowie nie mogą lub nie są w stanie sprostać zadaniu sprawowania opieki nad dzieckiem w sposób, który chroni jego dobro, niezbędne jest udzielenie tej rodzinie pomocy opiekuńczo-wychowawczej w trybie ustawy o pomocy społecznej.

Komisja Pielęgniarek Medycyny Szkolnej przy Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Łodzi
Przewodnicząca komisji: mgr Henryka Pogodzińska

Sprawozdanie z konferencji szkoleniowej okiem pielęgniarki medycyny szkolnej

W dniach 14–15 listopada 2025 r. w Warszawie odbyła się konferencja szkoleniowa Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych na temat „Pielęgniarki i położne w podstawowej opiece zdrowotnej – praktyka i rozwój zawodu”.

Pierwszy dzień konferencji poświęcony był pielęgniarce i położnej poz. Odbyły się trzy sesje prelekcyjne. Czwarta sesja przeznaczona była na warsztaty tematyczne, gdzie każdy mógł wybrać spośród pięciu tematów interesujące go zagadnienia. Jako pielęgniarki szkolne wybrałyśmy dwa tematy: „Bilans moje zdrowie” oraz „Zalecane szczepienia ochronne”.

Drugi dzień konferencji poświęcony był całkowicie pielęgniarce środowiska nauczania i wychowania. Sesja piąta obejmowała cztery zagadnienia: 1) Zmiany systemowe w opiece zdrowotnej nad uczniami; 2) Świadczenia gwarantowane pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania – zapewnienie bezpieczeństwa i profilaktyki zdrowotnej; 3) Profilaktyka zdrowotna w szkole – szczepienia, edukacja zdrowotna i monitoring zdrowia uczniów; 4) Elektroniczna dokumentacja medyczna (EDM).

Uczestnikom przekazano wiele cennych informacji dotyczących zmian systemowych w opiece zdrowotnej nad uczniami. Omówiono świadczenia gwarantowane pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania, szczepienia, profilaktykę zdrowotną w szkole, edukację zdrowotną i monitoring zdrowia uczniów.

Na sali obecne były pielęgniarki medycyny szkolnej z całej Polski. Wszystkie z niecierpliwością czekały na informację dotyczącą EDM. Przedstawiciel Centrum e-Zdrowie dokonał przeglądu dostępnego oprogramowania, po którym wywiązała się dyskusja. Część obecnych pielęgniarek szkolnych, które od roku testują program gabinet.gov zgłaszało do niego wiele zastrzeżeń. Pytano również o finansowanie informatyzacji (zakup sprzętu, szkolenia, oprogramowanie, internet) placówki.

Przedstawiciel CeZ poinformował, że Ministerstwo Zdrowia kryje koszty szkoleń stacjonarnych za pośrednictwem okręgowych izb pielęgniarek i położnych. Nasza komisja złożyła już odpowiednie pismo.

Komisja Pielęgniarek Medycyny Szkolnej przy Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych (OIPiP) w Łodzi jest w stałym kontakcie z Zespołem ds. Pielęgniarek Środowiska Nauczania i Wychowania przy Naczelnej Radzie Pielęgniarek i Położnych. Dzięki Przewodniczącej OIPiP w Łodzi, pani Mirosławie Olejniczak, która jest członkiem tego zespołu, mamy najnowsze wiadomości dotyczące propozycji zmian do nowej ustawy o opiece zdrowotnej nad uczniami.

Pragniemy podzielić się informacjami z pielęgniarkami medycyny szkolnej, które pracują na terenie łódzkiej OIPiP. Zapraszamy do kontaktu i udziału w posiedzeniach Komisji Pielęgniarek Medycyny Szkolnej przy OIPiP w Łodzi.

Przewodnicząca Komisji Pielęgniarek Medycyny Szkolnej przy OIPiP w Łodzi
mgr Henryka Pogodzińska

2026

Terminarz spotkań:

20 stycznia
21 marca
21 kwietnia
23 czerwca
22 września
20 października
17 listopada

dr n. med. MAGDALENA KOŁODZIEJ

Ciąża bliźniacza

Ciąża, czyli proces zaczynający się zapłodnieniem, a kończący się pojawieniem nowego człowieka na świecie. W ciągu całego procesu mogą wystąpić odstępstwa od normy. Jednym z takich jest ciąża bliźniacza, występuje ona w 1,25 proc. przypadków ciąży. Jest ona stanem, w którym w macicy rozwijają się dwa zarodki. Może wystąpić w wariacie dwujajowym – dwie komórki jajowe zostają zapłodnione w jednym momencie, oraz w wariacie jednojajowym, który występuje, kiedy zapłodniona zostaje jedna komórka jajowa, która ulegnie dodatkowym podziałom. Ciąża bliźniacza nawet w pełni zdrowa kwalifikuje się do porodu średniego ryzyka, który powinien odbyć się w szpitalu o co najmniej drugim stopniu referencyjności. Szpital taki musi być zaopatrzony w aparat KTG, który zapisze dwa tony serc płodów. Przy porodzie oprócz położnej musi uczestniczyć lekarz – ginekolog, neonatolog oraz położne, pielęgniarki z oddziału patologii ciąży. Zakończenie ciąży może odbyć się naturalnie, cięciem cesarskim lub mieszanie, czyli pierwsze dziecko drogami natury, zaś drugie cesarskim cięciem. Warunkami, które kwalifikują do porodu siłami natury są: prawidłowy przebieg ciąży, główkowe położenie pierwszego płodu, ciąża musi być dwuowodniowa, waga dzieci nie powinna różnić się istotnie, pacjentka nie miała wcześniej wykonywanych operacji macicy. Gdy w trakcie drugiej fazy porodu po narodzinach pierwszego dziecka pojawią się komplikacje w postaci: wypadnięcia pępowiny drugiego płodu, przedwczesne oddzielenie się łożyska, poprzeczne ułożenie drugiego dzie-



cka lub ryzyko niedotlenienia drugiego płodu podejmowana jest decyzja o cesarskim cięciu. Głównym czynnikiem, który kwalifikuje ciążę do cięcia cesarskiego jest oczywiście zagrożenie życia matki, bądź dzieci, ciąża jest jednoowodniowa oraz pierwsze dziecko nie znajduje się w pozycji standardowej – główkowej.

Ciąża dwu jajowa powstaje, gdy z jajnika lub jajników zostaną uwolnione dwie komórki jajowe i obie zostaną zapłodnione przez dwa różne plemniki. Większą szansę na ciążę bliźniaczą mają kobiety po 35 roku życia oraz wieloródki. Tendencje do takich ciąż mają kobiety z niektórych państw afrykańskich. Bliźniaki mogą mieć różne płcie, choć mogą również mieć jedną. Ciążę taką najłatwiej rozpoznać przez badanie ultrasonograficzne, nie posiada ona unikalnych objawów. Lekarz rozpoznaje taką ciążę głównie dzięki badaniu, może usłyszeć dwa tony serca oraz poprzez zmierzenie macicy i porównanie pomiaru ze standardami wielkości w danym tygodniu. Dzieci takie są podobne do siebie jak rodzeństwo, ale są w jednym wieku. Dzielią ze sobą średnio 50 proc. genów. Każdy z płodów ma swoje oddzielne łożysko oraz osobną kosmówkę. Rozwijają się one niezależnie od siebie.

Najczęstszymi problemami takiej ciąży jest: wczesny poród – aż 50 proc. z odbywa się przez 37 tygodniem. Dlatego zalecane są wizyty kontrolne co 3–4 tygodnie, na których oprócz USG i KTG powinno wykonywać się pomiar szyjki macicy, aby sprawdzać, czy organizm nie przygotowuje się na poród przedwczesny. Głównym, problemem tych ciąż jest wewnątrzmaciczne zahamowanie wzrastania płodu. Nie jest ono bardzo częste – występuje u 26 proc. ciąż dwukosmówkowych. Polega na niedostatecznym dostarczaniu przez łożysko substancji odżywczych, budulcowych i tlenu, co skutkuje niewłaściwą masą płodu/płodów. Może również prowadzić do zaburzenia procesów metabolicznych i zmianie ekspresji genów. Niekorzystne warunki wewnątrzmaciczne mogą skutkować niską wagą, wcześniactwem i płodową sarkopenią. Badania również pokazują, że dzieci takie mają predyspozycje do chorób sercowo naczyniowych oraz zespołu polimetabolicznego. W postępowaniu głównie poszukuje się co zapoczątkowało powikłania. Lekarz zleca badania na toksoplazmozę oraz cytomegalie. W przypadku takiego schorzenia ciąża jest kontrolowana raz na 1–2 tygodnie badaniem USG.

Ciąża jedno jajowa powstaje, gdy jedna komórka jajowa zostanie zapłodniona przez jeden plemnik, ale podzieli się ona nadmiernie. Dzięki

czemu dzieci mają prawie taki sam kod genetyczny, mogą różnić się sekwencją DNA komórek krwi. Jednak takie bliźniaki nie mają takich samych odcisków palców, ponieważ w macicy dotykają różnych części swojego otoczenia. Moment podziału wpływa na to, co będą dzielić ze sobą płody w okresie prenatalnym.

Ilość kosmówek i owodni określa osoba robiąca USG – zazwyczaj lekarz i zgodnie z wytycznymi Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego powinien to zrobić do 10 tygodnia ciąży. Najbezpieczniejszym przypadkiem jest, gdy dzieci nie dzielą ze sobą ani łożyska, ani kosmówki. Taki wariant wykształca się, gdy zygota podzieli się między pierwszym a trzecim dniem po zapłodnieniu. W takim wypadku ciąża jest jednakowa jak ciąża dwujajowa w przebiegu, choć śmiertelność dzieci ma nieco większą – około 9 proc.

Przypadkiem nieco cięższym jest ciąża dwuowodniowa jednakosmówkowa, czyli każdy z płodów jest w oddzielnej owodni, lecz odżywiane są one z jednego łożyska. Taka sytuacja dzieje się, gdy zapłodniona komórka podzieli się między trzecim a ósmym dniem po zapłodnieniu. Istnieje wówczas ryzyko tak jak w przypadku ciąż dwukosmówkowych IUGR i jest one wyższe, bo wynosi 46 proc. Kolejnym problemem może być zespół TTTS – przetoczenia krwi między bliźniętami popularnie zwanym „zespołem podkradania”. Występuje on w około 10–15 proc. ciąż bliźniaczych. Przez to, że bliźniaki dzielą łożysko mają połączenia naczyniowe, przez co w sytuacji nie zrównoważonego przepływu jedno z bliźnięt staje się „dawcą”, a drugie „biorcą” krwi. Zespół ten nieleczone groźni poronieniu, zgonowi wewnątrzmacicznego jednego lub obojga dzieci. W celu terapii stosuje się kilka metod. Zabieg amnioredukcji, przeprowadzany w momencie, kiedy jedna z owodni znacznie zwiększy swoje rozmiary, lekarz cienką igłą nakłuwa przez brzuch worek owodniowy i upuszcza płyn owodniowy. Z racji, że schorzenie to często doprowadza do przedwczesnego pęknięcia pęcherza płodowego wykonuje się septostomię, która polega na przekuciu błony między owodniami w celu wyrównania ilości wód. Bardziej radykalnym zabiegiem jest laserowa fotokoagulacja naczyń w łożysku, czyli rozdzielenie lub zamknięcie połączeń naczyniowych. W momencie, gdy lekarze nie mają innego wyjścia również zostaje opcja usunięcia jednego z bliźnięt lub zakończenie ciąży. Z racji, że ciąża ta jest obciążona ryzykiem od 16 tygodnia wykonuje się USG, co 2 tygodnie, aby wykryć jak najwcześniej powyższe wymienione schorzenia.

Kolejną formą ciąży bliźniaczej jednojajowej jest jednoowodniowa, w której dzieci dzielą się i ży-

skiem, i owodnią. Taki przypadek powstaje, gdy do podzielenia dochodzi między ósmym a trzynastym dniem po zapomnieniu. Taka opcja dostarcza nam kolejnych powikłań. Ciąża taka jest obarczona wysokim ryzykiem, nie może zostać zakończona naturalnie, lecz tylko cięciem cesarskim, w ośrodku o trzecim stopniu referencyjności. Ważne są częste kontrole (co 2 tygodnie), aby zapobiegać ciężkim komplikacjom. Najczęstszymi problemami takiej ciąży są: poród przedwczesny, obumarcie jednego lub dwóch płodów, wady wrodzone, stan przedrzucawkowy oraz IUGR i TTTS. Z racji, że około 50 proc. ciąży bliźniaczych kończy się przed 37 tygodniem, dzieci takie również obciążone są powikłaniami wcześniactwa. Głównymi z nich są zaburzenia oddychania, co często wiąże się z użyciem przez medyków respiratora, który naraża nie odporny organizm na kolejną drogę zakażeń. Dziecko może być przez pewien czas niedotlenione zanim zostanie podany mu tlen, co może spowodować problemy natury neurologicznej. Brak odporności spowodowany zbyt wczesnym urodzeniem oraz nie przechodzeniem przez kanał rodny powoduje wysoką zachorowalność na zapalenie płuc, ogólne zakażenia, czyli sepsę i martwicze zapalenie jelit. Z racji, że dwa płody są w jednej owodni mają dużo większe szanse na owinięcie się pępowiną, bo zamiast jednej jest ich dwie, co wpływa na szanse uduszenia się jednego z dziecka.

Jeżeli do podziału dojdzie po trzynastym dniu po zapłodnieniu spotkamy się z bliźniakami syjamskimi. Najprawdopodobniej dochodzi do takiego wypadku, gdy podział wspólnej tarczy zarodkowej jest późny i niecałkowity. Inna hipoteza mówi o wtórnym połączeniu bliźniąt jednojajowych. Dzieci będą w takim wypadku nierozdzielone – zrosnięte. Jest to niesamowicie rzadki przypadek, ponieważ występuje 1:50 000–1:100 000 urodzeń. Dzieci takie są przez to niepełnosprawne, a nie rzadko obciążone różnymi wadami. Często ciąża taka nie dobiega do końca, jest spontanicznie poroniana we wczesnym stadium. Lub sam poród ukazuje martwe już dzieci. Płody mogą być ze sobą zrosnięte symetrycznie lub asymetrycznie. Są rodzaje zrosnięć symetrycznych które występują częściej lub rzadziej. Do najczęściej występujących należą: Thoracopagus – dzieci zrosnięte są klatką piersiową, przeponą oraz nadbrzuszem, Xipopagus – zrosnięte wyrostkiem mieczykowatym, nadbrzuszem oraz pępkiem i Pygopagus – zrosnięte pośladkami, kością ogonową oraz kością krzyżową. W przypadku zrosnięcia niesymetrycznego jedno dziecko zawsze jest mniejsze i zamienia się w bliźniaka półpaszytującego lub pasożytnącego. Jeszcze rzadszym przypadkiem jest pasożytnictwo od środka. Jedno dziecko wchłania drugie w takim stopniu, że nie ma go na zewnątrz. Można tę anomalię przyrównać do potworniaka. Najłatwiejszym sposobem pozbycia się problemu jest wycięcie „drugiego bliźniaka”. Schorzenie zapoczątkowane zostaje, gdy dojdzie do nierównomiernego rozdziału blastocysty i obecności inkluzywnej grupy komórek w obrębie bardziej rozwiniętego zarodka. Taki układ dzieci nie ma szans przeżyć. Lekarze rzadko decydują się na operację, które mają na celu rozdzielenie rodzeństwa, zależy to głównie od ilości organów, które dzielą.

Anomalią, którą zaobserwowano tylko kilka razy u człowieka jest superfetacja. Polega ona na tym, że kobieta, która była w ciąży



zachodzi w drugą. W organizmie kobiety dochodzi do owulacji w trakcie trwania pierwszych tygodni ciąży. Dzieje się tak, gdy kobieta jest w stanie dużych zaburzeń hormonalnych.

Każda ciąża obciąża organizm przez zwiększenie masy ciała matki, tendencje do opuchlizn, obciążenie serca i układu krążenia, wypłukiwanie z organizmu witamin i minerałów, w celu zaspokojenia zapotrzebowania płodu. Ciąża mnoga to też większe obciążenie dla organizmu matki. W sensie fizycznym możemy zobaczyć większe obciążenie dla kręgosłupa, ze względu na większą masę macicy oraz w sensie biologicznym, w której zaobserwujemy częstsze niż w ciąży fizjologicznej, cukrzycę ciążową oraz nadciśnienie indukowaną. Ciąża mnoga może nawet doprowadzić do zagrożenia życia matki. Oczywiście z racji dużego prawdopodobieństwa powikłań takiej ciąży rodzice są obciążeni psychicznie, choć wiadomo, że kobieta bardziej będzie przeżywać cały proces pod względem psychicznym. Mama bliźniaków niezależnie od rodzaju ciąży mnogiej będzie martwić się „Czy da sobie radę z dwójką?”, „Czy nic po drodze się nie stanie?” i tym podobne. Po porodzie dochodzą kolejne wahania nastroju nazywane „baby blue”, które są warunkowane zmianami hormonalnymi.

W trakcie ciąży położna pełni kluczową rolę w monitorowaniu stanu zdrowia pacjentki i płodów. Regularne badania kontrolne są podstawą właściwej opieki. Położna powinna wykonywać pomiar ciśnienia tętniczego, kontrolować masę ciała pacjentki oraz monitorować rozwój macicy, co pozwala na wczesne wykrycie ewentualnych nieprawidłowości. Ważnym elementem jest także regularne wykonywanie badań ultrasonograficznych, które pozwalają na ocenę wzrostu płodów, ilości płynu owodniowego oraz funkcjonowania łożyska.

Istotnym aspektem opieki jest edukacja pacjentki. Położna powinna informować kobietę o typowych objawach ciąży bliźniaczej oraz o sygnałach ostrzegawczych, takich jak przedwczesne skurcze, płamienia czy nagłe obrzęki, które mogą wskazywać na rozwój powikłań. Edukacja obejmuje również zalecenia dotyczące stylu życia. Położna powinna doradzać pacjentce odpowiednią dietę bogatą w składniki odżywcze, takie jak białko, żelazo, kwas foliowy oraz witaminy, które są niezbędne dla zdrowego rozwoju płodów i utrzymania dobrego stanu zdrowia matki. Kobieta powinna być także świadoma konieczności odpowiedniego odpoczynku, unikania stresu oraz regularnej aktywności fizycznej dostosowanej do jej możliwości.

W trakcie porodu położna odgrywa ważną rolę zarówno

w przygotowaniu pacjentki, jak i w jego przebiegu. Na etapie przygotowań kluczowe jest ustalenie planu porodu we współpracy z lekarzem prowadzącym. W wielu przypadkach poród bliźniaczy planowany jest jako cesarskie cięcie. Jeśli poród naturalny jest możliwy, położna koordynuje jego przebieg, monitorując czynność skurczową macicy oraz pracę serca płodów za pomocą kardiotokografii. W przypadku porodu naturalnego należy pamiętać, że dzieci mogą родić się w odstępie kilku lub kilkunastu minut, co wymaga szczególnej czujności i gotowości zespołu medycznego.

Po porodzie opieka położnej obejmuje zarówno stan zdrowia matki, jak i noworodków. U kobiety monitoruje się proces obkurczania macicy, parametry życiowe oraz potencjalne powikłania, takie jak krwotok poporodowy czy infekcje. Położna wspiera także pacjentkę w zakresie karmienia piersią, które w przypadku bliźniąt może być wyzwaniem. Udziela porad dotyczących technik karmienia dwóch dzieci jednocześnie oraz zachęca do kontaktu skóra do skóry, co sprzyja tworzeniu więzi między matką a noworodkami. Jeżeli pacjentka zdecyduje się na karmienie mlekiem modyfikowanym, położna powinna udzielić jej odpowiednich wskazówek.

Wsparcie psychiczne i emocjonalne jest nieodłącznym elementem pracy położnej. Ciąża bliźniacza często wiąże się z większym stresem i obciążeniem, zarówno fizycznym, jak i psychicznym. Położna powinna być dla pacjentki źródłem zrozumienia i wsparcia, pomagając jej radzić sobie z wyzwaniami wynikającymi z ciąży i późniejszej opieki nad dwojgiem dzieci. W razie potrzeby może zaproponować konsultację z psychologiem lub doradcą laktacyjnym.

W trakcie porodu rola położnej zyskuje na znaczeniu. Niezależnie od tego, czy poród odbywa się naturalnie, czy przez cesarskie cięcie, to położna często jest pierwszym kontaktem pacjentki z zespołem medycznym. Wspierając rodzącą zarówno technicznie, jak i emocjonalnie, położna zapewnia jej poczucie bezpieczeństwa w czasie, który jest intensywny zarówno pod względem fizycznym, jak i psychicznym. Dodatkowo, dzięki

ściślejszej współpracy z lekarzem i neonatologiem, położna ma kluczowy wkład w koordynację przebiegu porodu oraz w zapewnienie bezpieczeństwa noworodków.

Po porodzie wsparcie położnej nie kończy się, ale przybiera nowe formy. Kontrola zdrowia matki, porady dotyczące karmienia oraz pomoc w organizacji życia z dwojgiem dzieci to tylko niektóre z obszarów, w których położna może być niezastąpiona. Jednym z najważniejszych elementów tej opieki jest wsparcie psychiczne – położna, będąc uważnym słuchaczem i doradcą, pomaga pacjentce radzić sobie z nową sytuacją i wyzwaniem, jakie stawia przed nią macierzyństwo. Warto podkreślić, że ciąża bliźniacza, choć często postrzegana jako wyjątkowe doświadczenie, może wiązać się z większym stresem i poczuciem niepewności, co czyni rolę położnej jeszcze bardziej istotną.

Holistyczne podejście, które łączy w sobie aspekty medyczne, edukacyjne i emocjonalne, stanowi podstawę skutecznego postępowania położnej. Dzięki swojej wiedzy, doświadczeniu i empatii położna jest w stanie zapewnić pacjentce nie tylko opiekę na najwyższym poziomie, ale także komfort psychiczny i poczucie bezpieczeństwa. W ten sposób wspiera nie tylko zdrowie fizyczne matki i jej dzieci, ale także ich relację i dobrostan w pierwszych wspólnych chwilach życia.

Podsumowując, rola położnej w opiece nad pacjentką z ciążą bliźniaczą jest niezastąpiona. To dzięki jej pracy możliwe jest zapewnienie harmonijnego przebiegu ciąży, porodu i połogu, co przekłada się na zdrowie i dobre samopoczucie zarówno matki, jak i jej dzieci. Opieka ta, oparta na wiedzy, trosce i współpracy, stanowi fundament dla budowania zaufania pacjentki do zespołu medycznego oraz pozytywnego doświadczenia tego wyjątkowego okresu w życiu kobiety.

dr n. med. Magdalena Kołodziej
adiunkt
Zakład Położnictwa Praktycznego
II Katedry Ginekologii i Położnictwa
UM w Łodzi, Oddział Pielęgniarstwa i Położnictwa,
kierunek Położnictwo

Podziękowania dla całego Zespołu Kliniki Chirurgii Ręki Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego nr 2 w Łodzi

W trakcie pobytu w Klinice byłem otoczony troskliwą oraz profesjonalną opieką medyczną, spotkałem się z niezwykłą życzliwością i empatią. Dzięki Państwa niestrudzonej pracy, pasji, zaangażowaniu, cierpliwości oraz wyrozumiałości wracam do zdrowia.

Dziękuję za wsparcie i troskę.

Państwa poświęcenie i oddanie pacjentom są godne największego uznania.

Z wyrazami wdzięczności
Jakub Dobrysiak



NASZE TALENTY: PIEŁĘGNIARKI I POŁOŻNE Z PASJĄ

Aleksandra Ochlik

Zatrzymać moment: moja pasja – fotografia

Słowo fotografia pochodzi z języka greckiego i składa się z dwóch elementów: photos oznaczającego światło oraz graphein, czyli pisać, rysować. Dosłownie więc oznacza „rysowanie światłem”. Termin ten doskonale opisuje istotę procesu fotograficznego, w którym to światło tworzy obraz. Poprzez kadrowanie, kompozycję i retusz zdjęć, można przekształcać rzeczywistość w we własną interpretację świata.

W dzieciństwie zbierałam stare pocztówki z krajobrazami i marzyłam o tym, żeby kiedyś robić takie zdjęcia. Pierwszy aparat kupiłam od znajomego, kiedy miałam 20 lat. Nigdy nikt nie uczył mnie technicznych aspektów fotografii, nie znałam podstawowych zasad komponowania zdjęć, nawet nie wiedziałam, do czego służą wszystkie przyciski aparatu. Mimo to robiłam zdjęcia, które podobały się moim bliskim! Myślałam wtedy, że fotografuję sercem, bo nie były ważne perfekcyjnie ustawione parametry w aparacie, tylko łapanie ulotnych chwil, drobnych gestów, spojrzeń, miękkiego światła padającego o świcie czy opadającej mgły. Kiedy zostałam mamą – każdego dnia uwieczniałam na zdjęciach rozwój moich dzieci, ich emocje, gesty i spojrzenia – tak przecież kruche i ulotne. Zatrzymywanie ich w kadrze dawało mi ogromną radość i poczucie spełnienia. Zaczęłam podświadomie fotografować imprezy rodzinne i niezobowiązująco rozwijać umiejętność pracy z modelami. Chociaż dziś, gdy się zastanowię, to chyba zawsze wiedziałam, że moja droga wiedzie w jednym konkretnym kierunku. Kiedyś pomagałam swojej cici opróżnić komórkę ze staroci – koszy, walizek, lampionu. Powiedziałam – Ciociu, ja to wezmę, bo może przyda mi się kiedyś do sesji. Pomyślałam sobie, że zważywałam – do jakiej sesji?... Ale wzięłam wszystkie nabytki i schowałam w swojej komórcie, w której przeleżały kilka lat, a dziś są to moje rekwizyty.

Wszelkie spacer, wycieczki, wakacje spędzam zawsze z aparatem. Obok męża, dzieci, psa – zawsze z aparatem! Kiedy idziemy, rozmawiamy i coś nagle przykuje moją uwagę, mój mąż mówi – oho, już kadrujesz! A ja już patrzę, jak to sfotografować, już klęczę w trawie, leżę w polu pełnym maków albo wchodzę za drzewo, aby mieć inną perspektywę. Swoją drogą mąż ma całą kolekcję moich zdjęć w tych niecodziennych pozach... to chyba z kolei jego pasja...



Trzy lata temu moja koleżanka z oddziału, będąca w ciąży, oznajmiła, że szuka fotografa do sesji brzuszkowej. Bez wahania odpowiedziałam, że chętnie wykonam dla niej taką sesję. To było wyzwanie! Dużo emocji, obaw, czy sprostatam, czy efekt będzie satysfakcjonujący? Ale wtedy też poczułam, że to mój żywioł! I dałam się mu porwać. Kolejna koleżanka i sesja z okazji pierwszych urodzin jej synka, kolejna z prośbą o sesję świąteczną. Prośby o zdjęcia zaczęły się mnożyć. Przeraziłam się trochę! Jak to? Przecież nie jestem profesjonalnym fotografem! Ale przecież mogłabym nim zostać! Tu wkroczył mój mąż, który zawsze był i jest dla mnie ogromnym wsparciem. Oprócz tego, że motywuje mnie do działania i dodaje wiary we własne siły, dba przede wszystkim o techniczną stronę działalności, której ja ze swoją duszą artystyczną kompletnie nie przyswajam. Wyszukał mi nowy aparat, obiektywy i cały niezbędny sprzęt, który nadał moim zdjęciom profesjonalnego szlif. A ja, ponieważ zawsze jestem perfekcjonistką, zainwestowałam w swój rozwój i odbyłam wiele kursów fotograficznych. Cudownie jest uczyć się czegoś, co cię interesuje i fascynuje. Tak było na studiach pielęgniarstwa, tak było i teraz. Potem urodził się mój pierwszy „model” z sesji brzuszkowej. Jego mama nie brała pod uwagę

innej opcji poza zaplanowaną sesją noworodkową. Pomyślałam, że – po tylu latach pracy na sali porodowej i oddziale noworodkowym – będzie ona prosta i przyjemna. Teraz wiem, że odebranie porodu jest dużo łatwiejsze...

Oczywiście, każda sesja uczy czegoś nowego, cierpliwości, odwagi i przekonuje, że warto iść za tym, co porusza serce. Jest to spotkanie z człowiekiem, jego historią, uczuciami, często z nieśmiałością itd. Każda sesja to również spotkanie z samym sobą – własną wrażliwością, intuicją i emocjami. To relacja, zaufanie i moment, w którym ktoś pozwala zobaczyć siebie jakim jest naprawdę. Uwielbiam uchwycić to, czego nie widać na pierwszy rzut oka: spojrzenie dziecka, nieoczywisty uśmiech, światło muskające twarz, dotknięcie dłoni. To po prostu część mnie samej. I największą radość daje mi to, że mogę dzielić się nią z innymi – tworząc obrazy, które zostają na lata, na całe życie. To do nich wracamy, wspominając to co przeminięło, co się nie powtórzy. Kiedy słyszę, że moje zdjęcia budzą emocje, czasem wywołują łzy wzruszenia, to wiem, że jestem we właściwym miejscu i o właściwej porze swojego życia i swojej pasji. Niechaj trwa ona dalej, pozwala mi na rozwój i daje ogromne poczucie spełnienia.



Nazywam się Aleksandra Ochlik i jestem pielęgniarką oraz położną. Od 22 lat pracuję w Instytucie Centrum Zdrowia Matki Polki, obecnie w Klinice Kardiologii i Wad Wrodzonych Dorosłych, pełniąc funkcję pielęgniarki oddziałowej.

Poproszono mnie, abym opowiedziała o swojej pasji. Pasja – już samo to słowo wywołuje u mnie dreszcz emocji i wiele pozytywnych odczuć. Śmiało mogę stwierdzić, że całe moje życie to realizacja wielu pasji i potrzeb serca. Moja praca zawodowa jest pasją od samego początku. Uczy mnie pokory, empatii, dodaje siły i poczucie sensu, bo wiem, że nawet drobny gest może zmienić czyjś ciężki dzień. Kocham swoją pracę, choć to praca trudna i stresująca. Dlatego – aby móc wykonywać ją zawsze na najwyższym poziomie – musiałam znaleźć coś, co zrównoważy stres i ogrom odpowiedzialności i coś, co będzie tzw. wentylem bezpieczeństwa, dzięki któremu znajdę chwilę ukojenia.

Zawsze kochałam przyrodę i wypoczynek na łonie natury. Najbliższe memu sercu są górskie wędrowki, ale najlepszą formą relaksu jest zwyczajny spacer po lesie czy polu. I wtedy zawsze chciałabym zatrzymać te chwile na dłużej. Promienie słońca, drżenie liści, motyla, który przysiadł na kwiatku, odbicie błękitu nieba w kałuży... Mam wrażliwą duszę i dostrzegam te drobiazgi, czasami długo się nad nimi rozczulając. Czy można zachować te detale, ułamki sekund? Tak! Udać się to dzięki fotografii.



Podsumowując, fotografia to pasja, która oferuje niezwykle szerokie spektrum korzyści. Zajmowanie się nią to ciągła nauka i rozwój osobisty. Uczy cierpliwości i wytrwałości oraz uwagi na detale. Każde zdjęcie to nowe wyzwanie, które rozwija umiejętności techniczne i artystyczne. Pozwala także na samorefleksję i kreatywne wyrażanie siebie – każde ujęcie jest odzwierciedleniem własnej wizji i emocji. Podczas pracy nad swoimi zdjęciami, uczymy się lepiej rozumieć siebie i swoje reakcje na otaczający świat. Analizowanie swoich prac, poszukiwanie własnego stylu i wyciąganie wniosków z popełnionych błędów przyczynia się do wzrostu samoświadomości i pewności siebie.

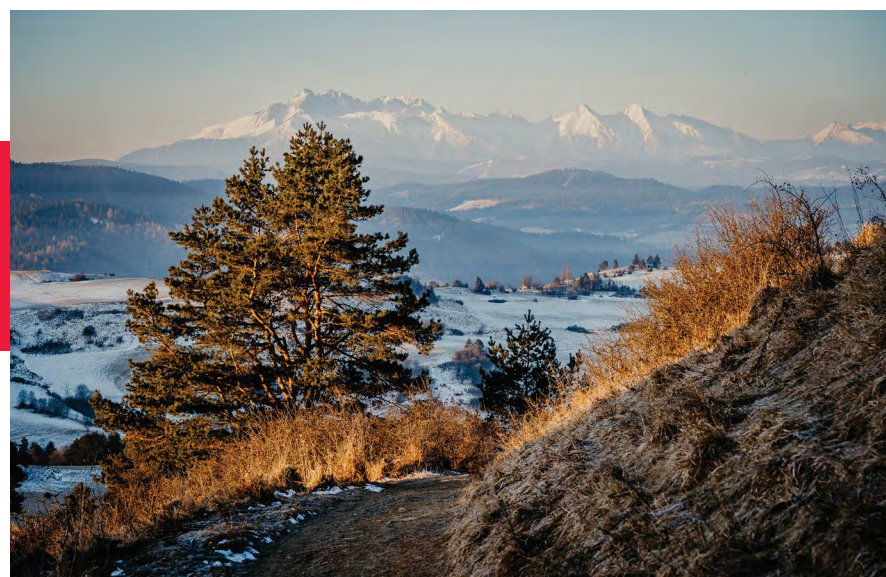
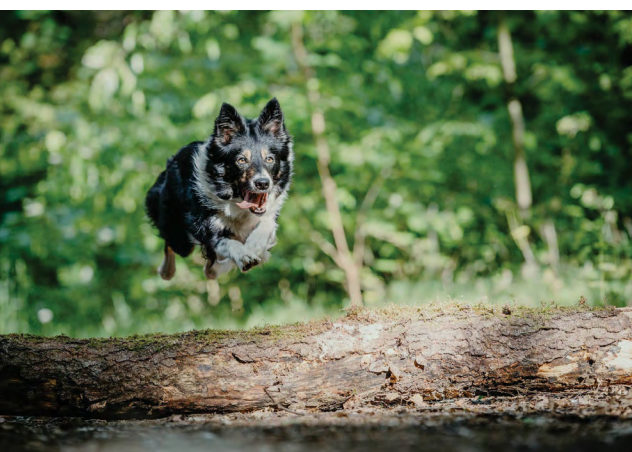
Często wymaga wyjścia na zewnątrz, co jest doskonałym pretekstem do spędzania czasu na świeżym powietrzu. Wędrówki po górach, spacer po plaży, eksplorowanie parków narodowych – to wszystko nie tylko dostarcza niesamowitych kadrów, ale również korzystnie wpływa na zdrowie fizyczne i psychiczne.

Fotografia uczy dostrzegać piękno w najdrobniejszych szczegółach. Wzmacnia zmysł obserwacji i uwrażliwia na otaczający nas świat. To, co wcześniej wydawało się zwyczajne, dzięki fotografii nabiera nowego wymiaru. Zaczynamy doceniać kolorystykę zachodu słońca, symetrię architektury czy spontaniczność ludzkich emocji.

Każde zdjęcie to unikalna opowieść, która może inspirować innych i pozostawić trwały ślad.

Drogie Koleżanki i Koledzy! Życzę Wam wszystkim, abyście szli za głosem serca i robili w życiu to, co kochacie!

Z serdecznymi pozdrowieniami
mgr Aleksandra Ochlik
specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego
Klinika Kardiologii i Wad Wrodzonych Dorosłych
Instytut CZMP w Łodzi



Medycyna pola walki.

Szkolenie w OIPIP w Łodzi

Ponad 80 osób wzięło udział w szkoleniu „Medycyna pola walki”, które odbyło się w dniu 26 listopada br. w OIPIP w Łodzi

Spotkanie poprowadził dr hab. n. med. Waldemar Machała, prof. uczelni – ceniony specjalista, kierownik Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii z Pododdziałem Ostrej Zatrucia w CSK oraz Prorektor ds. Wojskowej Służby Zdrowia.

Medycyna pola walki to temat, który w dzisiejszych czasach zyskuje szczególne znaczenie, a szkolenie pokazało, jak ważne jest odpowiednie przygotowanie i szybka reakcja. Uczestnicy otrzymali konkretną, aktualną i bardzo potrzebną wiedzę o działaniach ratunkowych w ekstremalnych warunkach.



Po części merytorycznej na wszystkich czekał słodki poczęstunek.

Dziękujemy Profesorowi za inspirujące spotkanie, a wszystkim Uczestnikom za obecność i aktywność.

100. rocznica urodzin pielęgniarki Katarzyny Mikuty

W dniu 22 listopada br. Pani Katarzyna Mikuta – pielęgniarka – świętowała swoją 100. rocznicę urodzin.

Z tej okazji Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Łodzi wraz z panią Elżbietą Król, pielęgniarką z Koła Emerytowanych Pielęgniarek i Położnych przy OIPiP w Łodzi, oraz panią Agnieszką Krzysztofik, położną, złożyły Jubilatce wizytę. Spotkanie odbyło się w Domu Pomocy Społecznej przy ul. Rudzkiej 56 w Łodzi, gdzie Pani Katarzyna obecnie przebywa. Podczas uroczystości Jubilatce został przekazany list gratulacyjny od Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Łodzi, a także tort, kosz słodkości oraz książki – jako symbol wdzięczności i pamięci całej naszej wspólnoty. Wyjątkowym wyróżnieniem dla Pani Katarzyny jest również list gratulacyjny z życzeniami przesłany przez Prezesa Rady Ministrów Donalda Tuska.

Ten niezwykle jubileusz – 100. rocznica urodzin – zasługuje na wyjątkowe gratulacje oraz najwyższe wyrazy uznania. Składamy Pani Katarzynie serdeczne podziękowania za wszystkie lata pracy zawodowej, które jako pielęgniarka poświęciła osobom chorym i cierpiącym.

W imieniu wszystkich pielęgniarek i położnych oraz Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Łodzi z okazji urodzin jak również imienin przypadających 25 listopada prosimy przyjąć najserdeczniejsze życzenia zdrowia, siły oraz pogody ducha na kolejne lata. Niech otacza Panią szacunek, życzliwość i troska ze strony bliskich i całej naszej społeczności.



W dniu 8 grudnia 2025 r. w siedzibie Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi odbyło się spotkanie opłatkowe Koła Emerytowanych Pielęgniarek i Położnych, stanowiące coroczną tradycję świąteczną.

Uroczystość miała podniosły charakter, towarzyszyły jej tradycyjne potrawy bożonarodzeniowe oraz wymiana życzeń. Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych, Pani Mirosława Olejniczak, skierowała do zgromadzonych życzenia zdrowia i spokoju, podkreślając znaczenie ich roli w samorządzie zawodowym.

Koło zrzesza obecnie około 100 emerytowanych pielęgniarek i położnych. Członkinie spotykają się cyklicznie raz w miesiącu – z wyłączeniem miesięcy letnich: czerwca, lipca i sierpnia. Głównym celem działalności Koła jest integracja środowiska, organizacja prelekcji, szkoleń, a także krajowych i zagranicznych wycieczek.



Spotkanie opłatkowe Koła Emerytowanych Pielęgniarek i Położnych

Koło zachęca emerytowane pielęgniarki i położne do dołączenia do swoich struktur w 2026 roku.

**Terminy spotkań Koła Emerytowanych
Pielęgniarek i Położnych w 2026 r.**



**12 stycznia
9 lutego
9 marca
13 kwietnia
11 maja
14 września
12 października
9 listopada
14 grudnia**

Z głębokim smutkiem żegnamy naszą Koleżankę,
pielęgniarkę anestezjologiczną Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii
Samodzielnego Szpitala Wojewódzkiego im. Mikołaja Kopernika w Piotrkowie Trybunalskim

śp. Joannę Kobierską

która odeszła od nas 8 listopada 2025 r. w wieku 49 lat

Była częścią naszego zespołu przez wiele lat.
Swoją wiedzą, opanowaniem i życzliwością wnosila do pracy to, co w pielęgniarstwie najcenniejsze:
troskę o drugiego człowieka, wrażliwość na cierpienie, profesjonalizm
oraz odpowiedzialność za powierzonych jej pacjentów.
W trudnych chwilach pozostawała spokojna i skupiona – zawsze gotowa, by podać pomocną dłoń.
Zapamiętamy Ją jako osobę, która łączyła empatię z fachowością,
a jej obecność dawała poczucie bezpieczeństwa zarówno chorym, jak i nam – współpracownikom.

Dziękujemy Ci, Asiu, za wspólne lata pracy, rozmowy, życzliwość i codzienną obecność.

Łączymy się w żalu z Rodziną i Bliskimi. Niech spoczywa w spokoju.

Zespół Współpracowników OAiT

„Jak trudno pożegnać kogoś, kto jeszcze mógł być z nami...”
św. Jan

Z głębokim żalem i smutkiem przyjęliśmy do wiadomości,
że w dniu 2 stycznia 2026 r. odeszła nasza Koleżanka Pielęgniarka

śp. Anna Kaba-Zdrada

Zawsze pogodna, życzliwa, pełna energii z uśmiechem na twarzy,
budzącym życzliwość i otwartość dla drugiego człowieka.
Na zawsze pozostanie w naszej pamięci i sercach.

Koleżanki i Koledzy z MCTiPZ w Łodzi

Z głębokim smutkiem zawiadamiamy, że w dniu 6 stycznia 2026 r.
odeszła od nas na zawsze nasza Koleżanka

śp. Iwona Grzelak z domu Stefańska

Specjalistka pielęgniarstwa operacyjnego
i absolwentka Liceum Medycznego nr 2 im. dr Heleny Wolff (1983–1988).

Iwonko, na zawsze pozostaniesz w naszej pamięci i sercach.

Pielęgniarki i Położne Bloku Operacyjnego Ginekologiczno-Położniczego ICZMP w Łodzi

1. Wejdź na stronę Izby: www.oipp.lodz.pl i znajdź zakładkę o kartach FitProfit FitSport.
2. Kliknij w link do założenia konta na Platformie eVanityStyle.
3. Załóż konto - do założenia kontakt potrzebne są: imię i nazwisko, email, numer PWZ – Prawo Wykonywania Zawodu (wpisz go w miejscu: „Identyfikator pracownika”). Zgłoszenia bez numeru PWZ nie będą brane pod uwagę.
4. Zamów odpowiednią kartę dla siebie (FitProfit lub FitSport) oraz dla osób towarzyszących oraz dzieci.
5. Dodaj karty do koszyka i opłać je przez wybrany system płatności online. Możesz ustawić zlecenie stałe lub opłacać karty jednorazowo, co miesiąc. W pierwszym miesiącu masz czas do 25 lutego na zamówienia kart, ale nie czekaj na ostatni moment.
6. Jeśli nie ustawisz zlecenia stałego na Platformie eVS, wpłat należy dokonywać do 20. każdego miesiąca, poprzedzającego miesiąc, w którym abonament będzie aktywny. Brak dokonania wpłaty we wskazanym terminie oznacza wstrzymanie usługi do momentu kolejnej wpłaty.
7. Program startuje 1.03.2024. W tym dniu Twoje karty będą aktywowane i będziesz mógł korzystać z wybranych przez siebie obiektów. Karty fizyczne będą czekały na Ciebie do odbioru w Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Łodzi (Emilii Plater 34, 91-762 Łódź), tel. **786 338 604** (w godzinach pracy biura), jednak będziesz mógł bez problemu korzystać z programu sportowego dzięki pobranej aplikacji (aplikacja „VanityStyle” do pobrania za darmo z Google Play oraz z App Store).
8. W przypadku pytań o obiekty zapraszamy na stronę: <https://www.vanitystyle.pl/obiekty> lub w przypadku pytań technicznych (Platforma eVS, zamawianie kart, rejestracja itp.) na Infolinię VanityStyle. Infolinia jest czynna od poniedziałku do niedzieli w godz. 7:00-21:00 z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy. tel.: **+22 371 50 72** email: infolinia@vanitystyle.pl.

Program Sportowy dla Członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi



BESTSELLER

www.vanitystyle.pl



Karta FitProfit

- ⊕ **Nielimitowana ilość wejść** do różnych obiektów jednego dnia
- ⊕ **Ponad 3800 obiektów** w Polsce
- ⊕ **Dziesiątki aktywności** sportowych
- ⊕ **Ponad 1200 rabatów** na produkty i usługi

www.vanitystyle.pl



Karta FitSport

- ⊕ **8 wejść** do obiektów w miesiącu
- ⊕ **Ponad 2200 obiektów** w Polsce
- ⊕ **Dziesiątki aktywności** sportowych

Wybierz kartę dla siebie i dla bliskich!



Członek Izby OIPIP w Łodzi

Karta przeznaczona dla Członka Izby OIPIP w Łodzi



Osoba Towarzyszająca

Z karty skorzystać mogą dwie osoby zgłoszone przez Członka Izby OIPIP w Łodzi



Junior

Karta przeznaczona dla osób w wieku od 15 do 18 roku życia



Dziecko

Każde dziecko Członka Izby OIPIP w Łodzi do 15 roku życia, posiadającego kartę może również przystąpić do programu



Dziecko Basen

Dzieci Członka Izby OIPIP w Łodzi do 15 roku życia, który posiada aktywną kartę, mogą przystąpić do programu gwarantującego dostęp do obiektów basenowych



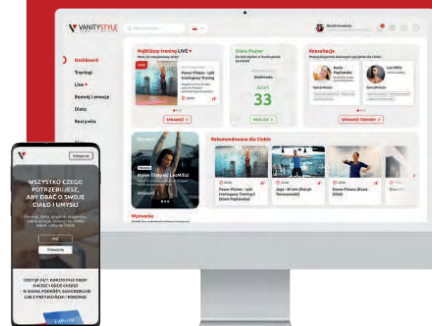
Senior

Karta przeznaczona dla osób po 60 roku życia

www.strefa.vanitystyle.pl

Czy wiesz, że z aktywną kartą możesz korzystać ze **Strefy VanityStyle?**

- trening online
- zdrowe odżywianie
- materiały samorozwojowe



Start programu: 1 marca 2024 r.

Wybór oraz płatność za karty odbywa się po zalogowaniu do systemu składowego. Znajdziesz tam link do Platformy eVS - zarejestruj się i ustal hasło (podaj imię, nazwisko, adres e-mail oraz numer PWZ). Po zalogowaniu na Platformę eVS będziesz mógł zapoznać się z dostępnymi kartami oraz cenami. **Wybór i płatność w pierwszym miesiącu jest możliwa do 25.02.2024. Wybór karty oraz płatności są możliwe zawsze do 20. dnia miesiąca na miesiąc następny.**



Karta tradycyjna czy karta w aplikacji w telefonie?

Pobierz aplikację VanityStyle na:



Nie czekaj! Zapisz się już dziś!

Informacje o zapisach: www.oipp.lodz.pl

Informacje o obiektach: www.vanitystyle.pl/obiekty



Ceny kart zostały specjalnie wynegocjowane przez OIPIP w Łodzi dla Członków. Izba nie finansuje kart.