

BIULETYN INFORMACYJNY
DOLNOŚLĄSKIEJ OKRĘGOWEJ IZBY PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH

W CIENIU CZEPKA

ISSN 1425 - 6584 | WWW.DOIPIP.WROC.PL

NUMER 7/416
LIPIEC 2026



STANOWISKO NR 1/26/X NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ	4
Stanowisko nr 13 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych	7
Stanowisko nr 15 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych	8
AI w pielęgniarstwie. System, który słucha i widzi.	10
Plan kształcenia podyplomowego Dolnośląskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych obejmujący ofertę szkoleń bezpłatnych na II półrocze 2026 roku	12
Pielęgniarstwo onkologiczne ważną częścią II Konferencji „Kompetentni we Wrocławiu”	15
Wizyta Zespołu Emerytowanych Pielęgniarek i Położnych w Centrum Symulacji Medycznej UMW	18
Słońce – Twój przyjaciel czy ukryty przeciwnik? Ważny temat na kolnie i obozy !!!	20
Jubileusz 30-lecia utworzenia Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Pediatrycznych	21
Maria Pacula i jej droga w PTP	26
Zaczepek etyczny	28
Ogłoszenia i podziękowania	29
Pamięć i serce...	30

SZANOWNI PAŃSTWO, DOLNOŚLĄSKA OKREGOWA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH WE WROCŁAWIU **PRZYPOMINA SWOIM CZŁONKOM O ICH UPRAWNIENIACH W TYM ZWŁASZCZA:**

1 CZŁONKOWIE SAMORZĄDU MAJĄ PRAWO:

- wybierać i być wybieranym do organów DOIPIP we Wrocławiu,
- korzystać z pomocy Izby w podnoszeniu kwalifikacji zawodowych i ochrony właściwych warunków pracy,
- korzystać z pomocy prawnej Izby,
- korzystać z innych świadczeń Izby i działalności samopomocowej

2 DOLNOŚLĄSKA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH OFERUJE SWOIM CZŁONKOM ZGODNIE Z OBOWIĄZUJĄCYMI REGULAMINAMI:

- nieodpłatne kursy kwalifikacyjne, specjalistyczne, doszktałcące oraz szkolenia specjalizacyjne (specjalizacje),
- bezpłatny udział w spotkaniach informacyjno-edukacyjnych,
- bezpłatny udział w konferencjach organizowanych przez Izbę,
- refundację kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego,
- pomoc finansowa w związku z wystąpieniem zdarzeń losowych takich jak: choroba, śmierć małżonka lub dziecka, kradzież, pożar, powódź itp.,
- pomoc finansowa na rehabilitację medyczną,
- pomoc finansowa w związku z urodzeniem (przysposobieniem) dziecka.
- podarunek emerytalny w związku z przejściem na emeryturę lub rentę.

3 DOLNOŚLĄSKA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH OFERUJE SWOIM CZŁONKOM RÓWNIEŻ:

- bezpłatny dostęp do wirtualnej czytelnicy IBUK LIBRA
- bezpłatny dostęp do serwisu informacji prawnej LEX,
- możliwość skorzystania z karnetów sportowo-rekreacyjnych FitProfit oraz FitSport,
- korzystanie z bardzo bogatego księgozbioru Izby,
- korzystanie z bezpłatnej pomocy prawnej w związku z wykonywaniem zawodu,
- cykliczne spotkania dla emerytowanych pielęgniarek i położnych,
- comiesięczny dostęp do biuletynu informacyjnego „W Cieniu Czepka”,
- korzystanie z aktualnej strony internetowej Izby: www.doipip.wroc.pl oraz newsletteru,
- pomoc w zakresie korzystania z SMK oraz wszelkie doradztwo w zakresie wykonywania zawodów pielęgniarki i położnej,
- dla absolwentów ułatwienia dotyczące korzystania z refundacji kosztów kształcenia i nieodpłatnych form kształcenia podyplomowego (informacja dostępna na: www.doipip.wroc.pl w zakładce pomoc finansowa)

STANOWISKO NR 1/26/X NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ Z DNIA 12 CZERWCA 2026 R. W SPRAWIE PROJEKTU USTAWY O ZAWODZIE PIELĘGNIARKI I ZAWODZIE POŁOŻNEJ

Po zapoznaniu się z projektem ustawy o zawodzie pielęgniarki i zawodzie położnej, przekazany przy piśmie podsekretarza stanu w Ministerstwie Zdrowia pani Katarzyny Kęckiej z dnia 14 maja 2026 r. (znak: RKP.0210.1.2025.EM) Naczelna Rada Lekarska negatywnie opiniuje projekt w zakresie, w jakim poszerza dotychczasowe uprawnienia zawodowe pielęgniarek poprzez przyznanie uprawnienia do orzekania o czasowej niezdolności do pracy, zwiększa uprawnienia do stwierdzania zgonów, negatywnie opiniuje się także przepisy o zaawansowanej praktyce pielęgniarskiej w zaproponowanym brzmieniu.

Samorząd lekarski nie zgłasza zastrzeżeń wobec samej idei poszerzenia uprawnień dla szczególnie doświadczonych i wysoko wykwalifikowanych pielęgniarek. Przedstawiony projekt przewiduje jednak zbyt daleko idące rozwiązania, które wchodzą w zakres kompetencji zawodowych lekarza. Należy na wstępie wskazać, że art. 4 projektu ustawy określający co uznaje się za wykonywanie zawodu pielęgniarki i tym samym co wchodzi

w zakres uprawnień zawodowych pielęgniarki, zostaje poszerzony do 23 pozycji, podczas gdy w dotychczasowej ustawie z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej katalog ten ograniczał się do 9 pozycji.

Zastrzeżenia budzi projektowany art. 4 ust. 1 pkt 5 ustawy, który przewiduje, że wykonywanie zawodu pielęgniarki będzie polegało m.in. na samodzielnym rozpoznawaniu objawów wymagających skierowania do lekarza oraz wystawianiu skierowań na wykonanie określonych badań diagnostycznych, w tym medycznej diagnostyki laboratoryjnej i obrazowej. W art. 4 ust. 1 pkt 5 nie określono przy tym, czy uprawnienie do wystawiania skierowań przez pielęgniarkę ograniczone jest jedynie do sytuacji opisanych w art. 21 ust. 10 i ust. 12 projektu ustawy, czy też będzie traktowane szerzej. Taki zakres zadań pielęgniarki jest zbyt szeroki, nie ma uzasadnienia, aby do kompetencji pielęgniarki dołożyć np. kierowanie na wszelkiego rodzaju badania diagnostyczne, nie wyłączając TK czy rezonansu magnetycznego oraz badań

endoskopowych. Jest to kompetencja, która powinna być zastrzeżona wyłącznie dla lekarzy.

Naczelna Rada Lekarska sprzeciwia się brzmieniu art. 4 ust. 1 pkt 6 projektu ustawy, w myśl którego wykonywanie zawodu pielęgniarki będzie polegało m.in. na samodzielnym udzielaniu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych oraz medycznych czynności ratunkowych, zgodnie z posiadanymi kompetencjami. W aktualnie obowiązującej ustawie o zawodzie pielęgniarki i położnej zakres ten został określony fundamentalnie inaczej – ustawa przewiduje uprawnienie pielęgniarek do samodzielnego udzielania tych świadczeń „w określonym zakresie”, a zakres ten był wyznaczany rozporządzeniem Ministra Zdrowia. W dotychczasowym art. 6 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej znajdowało się upoważnienie ustawowe dla Ministra Zdrowia do określenia w drodze rozporządzenia rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych, które mogą być udzielane samodzielnie bez zlecenia lekarskiego przez pielęgniarkę i położną. W projekcie nowej ustawy takiego upoważnienia nie przewidziano – odpowiednikiem mógłby być projektowany art. 10 ustawy, jednak nie odnosi się on do zakresu czynności, które pielęgniarka będzie mogła wykonywać samodzielnie, a dodatkowo projekt rozporządzenia nie został dołączony do projektu ustawy, dlatego intencje projektodawcy nie są w tym zakresie jednoznacznie zarysowane. Proponowane brzmienie nowej ustawy ogranicza kompetencje pielęgniarek do samodzielnego udzielania świadczeń diagnostycznych i leczniczych tylko poprzez odwołanie do „posiadanych kompetencji”. W praktyce może to oznaczać brak jakichkolwiek ograniczeń w świadczeniu tego rodzaju procedur przez pielęgniarkę. Tymczasem zadaniem nowej ustawy o zawodzie pielęgniarki nie powinno być mnożenie sporów kompetencyjnych w obszarze ochrony zdrowia (wystarczająco dużo kwestii spornych narodziło już na linii uprawnień branży beauty i branży medycznej), ustawa powinna – tak jak było dotychczas – jasno i jednoznacznie definiować zakres, w jakim pielęgniarki mogą realizować świadczenia na rzecz pacjentów, i tym samym równie jasno określać, w jakim obszarze pielęgniarka nie ma uprawnień do udzielania świadczeń diagnostycznych i leczniczych, a uprawnienia te posiada wyłącznie lekarz.

Wadliwa jest także redakcja art. 4 ust. 1 pkt 8 projektu ustawy, który stanowi o uprawnieniu pielęgniarek do samodzielnego orzekania o rodzaju i zakresie potrzeb pielęgnacyjnych oraz kierowania



do różnych form świadczeń zdrowotnych i opiekuńczych. Nie bardzo wiadomo co kryje się pod pojęciem „form świadczeń zdrowotnych”, pojęcie to nie było dotychczas stosowane w ustawie o działalności leczniczej. Dotychczasowe brzmienie ustawy o zawodzie pielęgniarki i położnej prawidłowo stanowiło o „orzekaniu o rodzaju i zakresie świadczeń opiekuńczo-pielęgnacyjnych” (art. 4 ust. 1 pkt 6 ustawy) i proponuje się, aby takie brzmienie przepisu utrzymać.

Nie ma także uzasadnienia dla ewentualnego poszerzenia uprawnień pielęgniarek w zakresie wystawiania recept. W aktualnie obowiązującej ustawie o zawodzie pielęgniarki i położnej uprawnienie to zostało ograniczone niejako potrójnie – po pierwsze przysługuje w ramach dozwolonego rozporządzeniem Ministra Zdrowia samodzielnego wykonywania świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych, po drugie - pielęgniarka musi posiadać dyplom ukończenia studiów drugiego stopnia albo tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa oraz musi ukończyć kurs specjalistyczny, a po trzecie - wyłączeniu podlegają leki zawierające substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe. Tymczasem w projekcie nowej ustawy (art. 4 ust. 1 pkt 9) nie zamieszczono wzmianki, że preskrypcja będzie dozwolona tylko na zasadach określonych w projektowanym art. 21 ustawy, gdy tymczasem przy uprawnieniu pielęgniarek do wystawiania zleceń na wyroby medyczne (art. 4 ust. 1 pkt 10 ustawy) wyraźnie wskazano, że jest to uprawnienie wykonywane na podstawie odrębnych przepisów.

Samorząd lekarski nie zgadza się także na to, aby pielęgniarki uzyskały uprawnienie, o którym mowa w art. 4 ust. 1 pkt 12 projektu ustawy, tj. uprawnienie do stwierdzania zgonu, w obszarze świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki paliatywnej i opieki długoterminowej. Stwierdzanie zgonu jest czynnością, która powinna być wykonywana przez lekarzy. Nie ma uzasadnienia dla poszerzenia kręgu podmiotów uprawnionych do stwierdzania zgonów.

Podobnie, przewidziane w art. 4 ust. 1 pkt 14 ustawy uprawnienie pielęgniarek do samodzielnego wystawiania zaświadczeń o czasowej niezdolności do pracy do 5 dni w ramach udzielanego świadczenia zdrowotnego jest zbyt daleko idące. Przyznanie pielęgniarkom tego uprawnienia oznaczałoby przyznanie uprawnienia do samodzielnego, czyli pozbawionego nadzoru ze strony lekarza, diagnozowania chorób.

Zastrzeżenia budzi także projekto-

wany art. 4 ust. 1 pkt 17 ustawy, który do zakresu zadań wykonywanych przez pielęgniarki zalicza „realizację zadań związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych”. Określenie to nie ma sprecyzowanego znaczenia, nie powinno zatem być włączane do ustawy.

W projektowanym art. 4 ust. 2 pkt. 12 i 13 ustawy przewiduje się, że za wykonywanie zawodu pielęgniarki uznaje się również sprawowanie funkcji z wyboru w organach samorządu pielęgniarek i położnych lub wykonywanie pracy na rzecz samorządu oraz sprawowanie funkcji z wyboru w organach organizacji związkowej zrzeszającej pielęgniarki i położne lub wykonywanie pracy na rzecz tej organizacji związkowej. Samorząd lekarski wskazuje, że tego rodzaju zapisu ustawowego nie ma w przypadku wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentystry. Wprowadzenie takiej regulacji na gruncie zawodu pielęgniarki i położnej, w której praca na rzecz samorządu pielęgniarek i położnych czy organizacji związkowej zrzeszającej pielęgniarki jest zaliczana do wykonywania zawodu, wymaga bezwzględnie dodania takiej samej regulacji w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentystry (dla zachowania symetrii rozwiązań w zawodach medycznych proponuje się dodanie do projektu opiniowanej ustawy stosownej nowelizacji art. 2 ust. 3 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry, w której za wykonywanie zawodu lekarza i lekarza dentystry będzie uznawane także wykonywanie czynności na rzecz samorządu lekarskiego oraz związków zawodowych zrzeszających lekarzy).

Podobnie należy ocenić także proponowane rozwiązanie zawarte w art. 4 ust. 2 pkt 7 i 8 ustawy o zawodzie pielęgniarki i zawodzie położnej, które przewiduje, że za wykonywanie tych zawodów uznaje się także pełnienie służby na stanowiskach służbowych w Ministerstwie Obrony Narodowej oraz w jednostkach organizacyjnych podległych Ministrowi Obrony Narodowej, na których wykonuje się czynności związane z ochroną zdrowia i opieką zdrowotną oraz pełnienie służby na stanowiskach służbowych w Centralnym Zarządzie Służby Więziennej i innych stanowiskach Służby Więziennej, na których wykonuje się czynności związane z przygotowywaniem, organizowaniem i nadzorem nad udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej przez podmiot leczniczy dla osób pozbawionych wolności. Takie same rozwiązania powinny zostać przewidziane także w art. 2 ust. 3 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry.

Naczelna Rada Lekarska zgłasza zastrzeżenia wobec projektowanego art. 5 ust. 1 pkt 8 projektu ustawy, który upo-

ważnia położne do udzielania świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych, zgodnie z posiadanymi kompetencjami. Jest to zakres szerszy niż dotychczas a sposób wyznaczenia zakresu tych uprawnień rozporządzeniem Ministra Zdrowia nie jest tak jednoznaczny jak w obecnej ustawie o zawodach pielęgniarki i położnej.

Niezasadne jest przyznanie położnym w art. 5 ust. 1 pkt 13 projektu ustawy uprawnienia do stwierdzania zgonu w obszarze świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki paliatywnej i opieki długoterminowej. Stwierdzanie zgonu powinno pozostać uprawnieniem lekarza.

Samorząd lekarski zgłasza zastrzeżenia wobec brzmienia art. 5 ust. 1 pkt 14 projektu ustawy, który przyznaje położnym uprawnienie do orzekania o rodzaju i zakresie potrzeb pielęgnacyjnych oraz kierowania do różnych form świadczeń zdrowotnych i opiekuńczych. Określenie odnoszące się do „różnych form świadczeń zdrowotnych” nie znajduje definicji w ustawie o działalności leczniczej, nie powinno zatem być stosowane na gruncie ustawy o zawodzie pielęgniarki i zawodzie położnej.

Zbyt szeroko określono w art. 5 ust. 1 pkt 15 projektu ustawy uprawnienie położnych poprzez wskazanie, że dotyczy to „sprawowania opieki położniczej, ginekologicznej, ginekologiczno-onkologicznej i uroginekologicznej nad kobietą w każdym okresie życia i stanie zdrowia”. Opieka ginekologiczna, ginekologiczno-onkologiczna i uroginekologiczna w każdym okresie życia kobiety powinna pozostać zastrzeżona dla zawodu lekarza. Dotychczas położne były uprawnione do „sprawowania opieki położniczo-ginekologicznej nad kobietą”, proponuje się, aby dotychczasowe brzmienie utrzymać.

Niejasne jest znaczenie użytego w art. 5 ust. 1 pkt 22 określenia, że położne są uprawnione do „realizacji zadań związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych”. W ustawie należałoby wystrzegać się pojęć, których znaczenia nie da się ustalić.

Naczelna Rada Lekarska negatywnie opiniuje także projektowane przepisy dotyczące pielęgniarki zaawansowanej praktyki zawodowej (art. 8 ustawy) oraz położnej zaawansowanej praktyki zawodowej (art. 9 ustawy). Zgodnie z art. 8 ustawy pielęgniarka, która uzyskała dyplom potwierdzający uzyskanie tytułu magistra pielęgniarstwa lub magistra w zakresie pielęgniarstwa rozpoczętego przed 2005 r. i uzyskała tytuł specjalisty w danej dziedzinie pielęgniarstwa lub dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia oraz posiada minimum 10 lat doświadczenia zawodowego, w tym co najmniej 5 lat

udzielania świadczeń zdrowotnych w danej dziedzinie jest pielęgniarką zaawansowanej praktyki zawodowej, zwaną „pielęgniarką APN”, oraz posiada potwierdzenie kompetencji pielęgniarki APN. Podobne wymogi ustalono dla położnych APN w art. 9 ustawy. W przedstawianych samorządowi lekarskiemu wcześniejszych projektach dotyczących pielęgniarki zaawansowanej praktyki zawodowej przewidywano wymóg posiadania tytułu magistra pielęgniarstwa, specjalizacji oraz doświadczenia zawodowego, jednakże uzyskanie kwalifikacji pielęgniarki APN miało być uzależnione od szkolenia i egzaminu kwalifikacyjnego. Rezygnacja w projekcie ustawy z wymogu dodatkowego szkolenia i egzaminu kwalifikacyjnego stanowi nieuzasadnione odstępstwo do wcześniej przedkładanych uzgodnień. Wprowadzając pojęcie pielęgniarki APN ustawa nie określa, w jakich obszarach będzie tworzył model pielęgniarki zaawansowanej praktyki pielęgniarstwa wraz z przypisanymi do nich wykazami czynności zawodowych, a odwoływanie się przez ustawę do doświadczenia zawodowego w danej dziedzinie pielęgniarstwa mógłby sugerować, że obszarów tych będzie tyle, ile jest specjalizacji. Założenia przedstawiane wcześniej samorządowi lekarskiemu były inne i wskazywały na zamiar wyodrębnienia jedynie kilku obszarów, w których funkcjonowałyby pielęgniarki APN (chodziło o podstawową opiekę zdrowotną, opiekę długoterminową, opiekę paliatywną, leczenie ran, opiekę geriatryczną).

Samorząd lekarski nie kwestionuje idei stworzenia zaawansowanej praktyki pielęgniarstwa (APN), która może przyczynić się do poprawy opieki nad pacjentem w niektórych obszarach opieki zdrowotnej, niemniej jednak wydzielenie tych obszarów musi być dokonane precyzyjnie, z uwzględnieniem interesu pacjenta i jego prawa do świadczeń opieki zdrowotnej odpowiedniej jakości oraz z poszanowaniem obszarów, w których wyłączne kompetencje do udzielania świadczeń zdrowotnych posiadają lekarze. Samorząd lekarski wskazywał na ewentualne korzyści wykorzystania APN w sytuacjach pacjentów uprzednio dobrze zdiagnozowanych przez lekarzy np. u pacjentów z chorobami przewlekłymi. Ustawa w zaproponowanym brzmieniu niczego w tym zakresie nie wyjaśnia, w szczególności nie określa obszarów, w jakich funkcjonować miały APN i poszerzonego zakresu uprawnień pielęgniarek APN.

Należy także nadmienić, że w trakcie dotychczasowych prac nad stworzeniem modelu pielęgniarki APN do obszarów, w których działający przy Ministerstwie Zdrowia Zespół proponował dopuścić

zaawansowaną praktykę pielęgniarstwa, przedstawiciele samorządu lekarskiego zgłaszali umotywowane zastrzeżenia, które nie zostały uwzględnione w wystarczającym zakresie. Zastrzeżenia samorządu lekarskiego w trakcie dotychczasowych prac budziły takie fundamentalne kwestie, jak nadanie pielęgniarkom APN uprawnień do samodzielnego rozpoznania choroby, szerokich uprawnień do ordynowania leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych, wydawania orzeczeń o niezdolności do pracy z powodu choroby czy stwierdzania zgonu. Liczba zastrzeżeń samorządu zawodowego lekarzy do propozycji zaawansowanej praktyki pielęgniarstwa jest na tyle istotna, że nie pozwala na pozytywną ocenę tego rozwiązania, zwłaszcza że projekt ustawy nie usunął dotychczasowych wątpliwości i niejasności, a wręcz – przez lapidarność jego zapisów – wątpliwości te jedynie pogłębił.

Odnosnie do zawartego w treści art. 15 ust. 2 projektu ustawy przyznania pielęgniarkom i położnym ochrony przewidzianej dla funkcjonariuszy publicznych Naczelna Rada Lekarska przypomina, że postulat, aby osoby wykonujące zawody medyczne w trakcie i w związku z wykonywaniem czynności zawodowych podlegały takiej samej ochronie prawnej, z jakiej korzystają funkcjonariusze publiczni, był wielokrotnie zgłaszany przez środowiska medyczne, w tym także przez samorząd lekarski. Jest to kierunek, który mógłby zapewnić pracownikom medycznym lepszą ochronę przed agresją w każdej postaci, także przed hejtem. Naczelna Rada Lekarska wskazuje jednak, że wprowadzenie w art. 15 ust. 2 ustawy przepisu, który stanowi, że pielęgniarka i położna podczas wykonywania zawodu korzysta z ochrony przewidzianej dla funkcjonariuszy publicznych na zasadach określonych w ustawie z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny powinno bezwzględnie skutkować uchwaleniem normy prawnej dającej lekarzom i lekarzom denty stom co najmniej taki sam zakres ochrony. Przyznanie pielęgniarkom dalej idącej ochrony prawnej niż lekarzom nie znajduje żadnego uzasadnienia. Naczelna Rada Lekarska domaga się, aby do projektu opiniowanej ustawy dodać przepis zmieniający art. 44 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza denty sty (Dz.U. z 2026 r. poz. 37), który przyznawałby lekarzom ochronę prawną przysługującą funkcjonariuszom publicznym w takim samym zakresie, jaki ma przysługiwać pielęgniarzom. Ważne jest także to, aby ochrona należąca funkcjonariuszowi publicznemu przysługiwała lekarzom i pielęgniarzom nie tylko w trakcie wykonywania zawodu, ale również w związku z wyko-

nywaniem zawodu. Lekarz znieważony czy zaatakowany przed budynkiem szpitala tylko z tego powodu, że jest lekarzem, powinien podlegać ochronie w takim samym stopniu, jakby do ataku doszło w obrębie pomieszczeń, w których udziela się świadczeń zdrowotnych. Obecnie ochrona prawna na zasadach przewidzianych dla funkcjonariusza publicznego przysługuje lekarzom na mocy art. 44 ustawy o zawodach lekarza i lekarza denty sty w ograniczonym zakresie, tj. gdy wykonują czynności w ramach świadczeń pomocy doraźnej lub w czasie udzielania pomocy lekarskiej w przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia oraz gdy lekarz wykonuje zawód w podmiocie wykonującym działalność leczniczą, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w tym podmiocie. Jest to zbyt wąski zakres ochrony – Naczelna Rada Lekarska uważa, że niezależnie od tego, w jakim podmiocie pracuje, niezależnie od tego czy realizuje świadczenia finansowane ze środków publicznych oraz niezależnie od tego, w jakiej formie prawnej wykonuje świadczenia zdrowotne, każdy lekarz w trakcie wykonywania zawodu i w związku z wykonywaniem zawodu powinien podlegać ochronie przewidzianej dla funkcjonariuszy publicznych.

Naczelna Rada Lekarska negatywnie opiniuje brzmienie art. 21 ust. 12 projektu ustawy. Przepis ten przewiduje, że minister właściwy do spraw zdrowia wyda rozporządzenie określające wykaz substancji czynnych zawartych w lekach, na które recepty może wystawić samodzielnie pielęgniarka oraz wykaz badań diagnostycznych, na których wykonanie skierowanie wystawi samodzielnie pielęgniarka. W dotychczasowych przepisach ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej wykaz ten był ustalany w drodze rozporządzenia Ministra Zdrowia po zasięgnięciu opinii między innymi Naczelnej Rady Lekarskiej, natomiast w projektowanym przepisie nowej ustawy pominięto obowiązek zasięgnięcia opinii Naczelnej Rady Lekarskiej w sprawie tych wykazów. Z punktu widzenia bezpieczeństwa pacjentów kluczowe jest, aby wykaz czynności o charakterze stricte diagnostycznym i terapeutycznym wykonywanych samodzielnie przez pielęgniarki, był ustalany z uwzględnieniem stanowiska lekarzy w oparciu o fachową wiedzę medyczną.

Naczelna Rada Lekarska w pełni popiera uwagi do projektu ustawy zgłoszone przez Okręgową Radę Lekarską w Warszawie.

STANOWISKO NR 13

NACZELNEJ RADY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Z 17 CZERWCA 2026 R.

W SPRAWIE STANOWISKA NR 1 XVII KRAJOWEGO ZJAZDU LEKARZY DOTYCZĄCEGO PROJEKTU USTAWY O ZAWODZIE PIELĘGNIARKI I POŁOŻNEJ ORAZ NR 1/26/X NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ

SEKRETARZ NRPIP KAMILA GÓLCZ
PREZES NRPIP MARIOLA ŁODZIŃSKA

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych z głębokim zaniepokojeniem przyjęła Stanowisko Nr 1 XVII Krajowego Zjazdu Lekarzy dotyczące projektu ustawy o zawodzie pielęgniarki i położnej oraz Nr 1/26/X Naczelnej Rady Lekarskiej

W ocenie samorządu pielęgniarek i położnych dokumenty te w znacznym stopniu pomijają aktualny stan wiedzy naukowej, doświadczenia międzynarodowe oraz rzeczywisty zakres przygotowania zawodowego pielęgniarek i położnych. Zamiast merytorycznej debaty nad potrzebami pacjentów i wyzwaniem współczesnego systemu ochrony zdrowia, stanowiska te koncentrują się na obronie historycznego podziału kompetencji zawodowych, który w wielu państwach został już zastąpiony modelami opartymi na kwalifikacjach, efektach zdrowotnych oraz potrzebach pacjenta.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych stanowczo sprzeciwia się przedstawianiu rozwoju zaawansowanej praktyki pielęgniarskiej i zaawansowanej praktyki położniczej jako zagrożenia dla bezpieczeństwa pacjentów. Teza ta nie znajduje potwierdzenia ani w badaniach naukowych, ani w praktyce funkcjonowania systemów ochrony zdrowia państw Unii Europejskiej, OECD oraz krajów anglosaskich, które od kilkudziesięciu lat rozwijają zaawansowaną praktykę pielęgniarską i zaawansowaną praktykę położniczą.

Projekt ustawy nie tworzy nowego zawodu medycznego ani nie prowadzi do zastępowania lekarzy przez pielęgniarki i położne. Stanowi natomiast naturalny etap rozwoju zawodu pielęgniarki i położnej, zgodny z rekomendacjami Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD), Międzynarodowej Rady Pielęgniarek (ICN), Międzynarodowej Rady Położnych (EMA) oraz Komisji Europejskiej.

Szczególnego podkreślenia wymaga fakt, że kompetencje przewidziane w projekcie ustawy nie są przyznawane arbitralnie ani uznaniowo. Są one efektem wieloletniego procesu kształcenia, doskonalenia zawodowego oraz praktyki klinicznej.

Samorząd lekarski, formułując zarzuty wobec proponowanych rozwiązań, powinien uwzględnić rzeczywisty system kształcenia pielęgniarek i położnych funkcjonujący w Polsce. Kształcenie pielęgniarek i położnych od ponad dwóch dekad odbywa się wyłącznie na poziomie szkolnictwa wyższego i jest realizowane zgodnie z wymaganiami określonymi w Dyrektywie 2005/36/WE i 2013/55/UE Parlamentu Europejskiego i Rady oraz krajowych standardach kształcenia.

Programy studiów obejmują między innymi:

- anatomię,
- fizjologię,
- patofizjologię,
- farmakologię,
- diagnostykę laboratoryjną,
- badanie fizykalne,
- ocenę stanu zdrowia,
- medycynę ratunkową,
- choroby wewnętrzne,
- chirurgię,
- pediatrię,
- ginekologię i położnictwo,
- psychiatrię,
- geriatrię,
- zdrowie publiczne,
- praktykę opartą na dowodach naukowych.

W toku kształcenia pielęgniarki i położne realizują tysiące godzin zajęć teoretycznych i praktycznych, w tym zajęć klinicznych prowadzonych bezpośrednio z pacjentem.

Wbrew tezom prezentowanym przez samorząd lekarski kompetencje związane z oceną stanu zdrowia pacjenta, prze-

prowadzaniem badania podmiotowego i przedmiotowego oraz podejmowaniem decyzji klinicznych nie są nowym elementem praktyki zawodowej pielęgniarek i położnych. Stanowią one integralną część zarówno kształcenia przeddyplomowego, jak i podyplomowego.

Projekt ustawy przewiduje ponadto, że status pielęgniarki zaawansowanej praktyki pielęgniarskiej (APN) i zaawansowanej praktyki położniczej (APM) będzie mogła uzyskać wyłącznie osoba posiadająca tytuł magistra pielęgniarstwa lub położnictwa, tytuł specjalisty, wieloletnie doświadczenie zawodowe oraz pozytywnie przechodząca proces certyfikacji kompetencji. Oznacza to, że nowe kompetencje mają być wykonywane przez grupę najwyższej wykwalifikowanych przedstawicieli zawodu.

Niezrozumiałe jest zatem podważanie kompetencji zawodowych osób, które legitymują się wykształceniem wyższym, ukończonym kształceniem specjalizacyjnym, wieloletnim doświadczeniem klinicznym oraz potwierdzonymi kompetencjami zawodowymi.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych zwraca uwagę, że przegląd systematyczny Cochrane obejmujący badania prowadzone w wielu krajach wykazał, iż opieka sprawowana przez pielęgniarki zaawansowanej praktyki zapewnia wyniki zdrowotne porównywalne z opieką lekarską. Nie stwierdzono zwiększenia śmiertelności, liczby hospitalizacji ani zdarzeń niepożądanych. Jednocześnie pacjenci deklarowali wyższy poziom satysfakcji z udzielanych świadczeń.

Podobne wnioski wynikają z raportów WHO, OECD oraz licznych badań publikowanych w renomowanych czasopiśmie naukowych, takich jak BMJ, International Journal of Nursing Studies czy Journal of Advanced Nursing.

Szczególne zdziwienie budzi sprzeciw wobec możliwości kierowania przez pielęgniarki i położne na wybrane badania diagnostyczne. Uprawnienia takie od wielu lat funkcjonują między innymi w Wielkiej Brytanii, Irlandii, Holandii, Finlandii, Kanadzie, Australii i Stanach Zjednoczonych.

W krajach tych nie tylko nie odnotowano pogorszenia bezpieczeństwa pacjentów, ale uzyskano poprawę dostępności świadczeń i skrócenie czasu oczekiwania na diagnostykę.

Należy również przypomnieć, że polskie pielęgniarki i położne od 2016 roku posiadają uprawnienia do ordynowania określonych leków, wystawiania recept, zlecania wyrobów medycznych oraz kierowania na część badań diagnostycznych. Kompetencje te są wykonywane przez setki tysięcy razy rocznie i nie doprowadziły

do wystąpienia zagrożeń systemowych dla bezpieczeństwa pacjentów.

Stanowczy sprzeciw budzi również kwestionowanie możliwości stwierdzania zgonu przez pielęgniarki i położne. Warto przypomnieć, że projekt ustawy nie przewiduje ustalania przyczyny zgonu, lecz jedynie potwierdzenie faktu śmierci w ściśle określonych okolicznościach. Rozwiązania takie funkcjonują od lat w opiece paliatywnej, hospicyjnej i długoterminowej w wielu państwach europejskich i pozaeuropejskich.

Podobnie niezasadne jest podważanie możliwości wystawiania krótkoterminowych zaświadczeń o czasowej niezdolności do pracy przez pielęgniarki i położne. Kompetencje takie funkcjonują w wielu krajach rozwiniętych i są obecnie przedmiotem prac legislacyjnych oraz wdrożeniowych także w Polsce. Ich celem jest ograniczenie obciążeń administracyjnych systemu ochrony zdrowia oraz poprawa dostępności świadczeń dla pacjentów.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położ-

nych zdecydowanie odrzuca narrację sugerującą, że rozwój zaawansowanej praktyki pielęgniarstwa stanowi zagrożenie dla jakości opieki zdrowotnej. W rzeczywistości zagrożeniem dla bezpieczeństwa pacjentów jest utrzymywanie nieefektywnych modeli organizacyjnych, które nie wykorzystują kompetencji wysoko wykwalifikowanych przedstawicieli zawodów medycznych. Obecnie położne w Polsce samodzielnie prowadzą fizjologiczną ciążę oraz przyjmują porody fizjologiczne.

Współczesne systemy ochrony zdrowia nie opierają się na monopolu jednej grupy zawodowej, lecz na współpracy interdyscyplinarnej, wzajemnym szacunku oraz wykorzystaniu kompetencji wszystkich profesjonalistów medycznych zgodnie z ich kwalifikacjami.

Rozwiązania przewidziane w projekcie ustawy nie stanowią eksperymentu legislacyjnego. Są one od wielu lat standardem w państwach uznawanych za liderów jakości ochrony zdrowia, takich jak Wielka Brytania, Kanada, Holandia, Finlandia, Au-

stria czy Nowa Zelandia.

Polska nie stoi dziś przed pytaniem, czy zaawansowana praktyka pielęgniarstwa jest bezpieczna i skuteczna. Odpowiedź na to pytanie została udzielona przez światową naukę, doświadczenia wielu państw oraz miliony pacjentów korzystających z opieki pielęgniarek zaawansowanej praktyki.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych apeluje do samorządu lekarskiego o prowadzenie debaty publicznej w oparciu o aktualną wiedzę naukową, rzeczywisty zakres kształcenia pielęgniarek i położnych oraz doświadczenia współczesnych systemów ochrony zdrowia, a nie o stereotypy dotyczące podziału kompetencji zawodowych wypracowane w realiach ochrony zdrowia minionego wieku.

Dobro pacjenta, bezpieczeństwo zdrowotne obywateli, dostępność świadczeń zdrowotnych oraz pełne wykorzystanie kompetencji wszystkich zawodów medycznych powinny stanowić nadrzędną wartość i wspólny cel wszystkich samorządów zawodów medycznych.

STANOWISKO NR 15 NACZELNEJ RADY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH Z 17 CZERWCA 2026 R.

W SPRAWIE UZNANIA PRACY PIELĘGNIAREK I PIELĘGNIARZY
ZATRUDNIONYCH W SZPITALNYCH ODDZIAŁACH RATUNKOWYCH,
ZAKŁADACH OPIEKUŃCZO-LECZNICZYCH PSYCHIATRYCZNYCH,
ZAKŁADACH PIELĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZYCH PSYCHIATRYCZNYCH,
DOMÓW POMOCY SPOŁECZNEJ O PROFILU PSYCHIATRYCZNYM,
IZBACH PRZYJĘĆ SZPITALI PSYCHIATRYCZNYCH ORAZ ODDZIAŁACH
CHOROBY ZAKAŻNYCH ZA PRACĘ O SZCZEGÓLNYM CHARAKTERZE ORAZ
OBJĘCIA TEJ GRUPY ZAWODOWEJ UPRAWNIENIAMI DO EMERYTUR
POMOSTOWYCH

SEKRETARZ NRPIP KAMILA GÓLCZ
PREZES NRPIP MARIOLA ŁODZIŃSKA

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, działając na art. 4 ust. 1 pkt 1 i 2 ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (tj. Dz. U. z 2025 r., poz. 1760), zwraca się do Ministra Zdrowia, Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej oraz Parlamentu Rzeczypospolitej Polskiej o podjęcie pilnych działań legislacyjnych zmierzających do uznania pracy pielęgniarek i pielęgniarzy zatrudnionych w Szpitalnych Oddziałach Ratunkowych, zakładach opiekuńczo-leczniczych psychiatrycznych, zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych psychiatrycznych, domach pomocy społecznej o profilu psychiatrycz-

nym, izbach przyjęć szpitali psychiatrycznych oraz oddziałach chorób zakaźnych za pracę o szczególnym charakterze w rozumieniu ustawy z dnia 19 grudnia 2008 r. o emeryturach pomostowych (tj. Dz. U. z 2024 r., poz. 1696) oraz objęcia tej grupy zawodowej prawem do emerytur pomostowych.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych podkreśla, że przy kwalifikowaniu pracy jako pracy o szczególnym charakterze decydujące znaczenie powinien mieć rzeczywisty charakter wykonywanych obowiązków, zakres odpowiedzialności oraz wymagany poziom sprawności psy-

chofizycznej, a nie wyłącznie nazwa stanowiska pracy czy miejsce zatrudnienia. Stanowisko to pozostaje zgodne z dotychczasową wykładnią przepisów ustawy o emeryturach pomostowych prezentowaną przez Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej oraz przesłankami określonymi w art. 3 ust. 3 ww. ustawy.

Zgodnie z tym przepisem za pracę o szczególnym charakterze uznaje się pracę wymagającą szczególnej odpowiedzialności oraz szczególnej sprawności psychofizycznej, których możliwość należytego wykonywania w sposób niezagrażający bezpieczeństwu publicznemu, zdrowiu lub życiu innych osób zmniejsza się przed osiągnięciem wieku emerytalnego wskutek pogorszenia sprawności psychofizycznej związanej z procesem starzenia,

W ocenie Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych przesłanki te w pełni spełniają pielęgniarki i pielęgniarze wykonujący zawód w Szpitalnych Oddziałach Ratunkowych, zakładach opiekuńczo-leczniczych psychiatrycznych, zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych psychiatrycznych, izbach przyjęć szpitali psychiatrycznych oraz oddziałach chorób zakaźnych. Pielęgniarki i pielęgniarze zatrudnieni w Szpitalnych Oddziałach Ratunkowych uczestniczą przez całą dobę w udzielaniu świadczeń osobom znajdującym się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, wykonują medyczne czynności ratunkowe, prowadzą segregację medyczną pacjentów oraz współuczestniczą w działaniach bezpo-

średnio ratujących życie. Ich praca wykonywana jest pod nieustanną presją czasu, w warunkach wysokiego ryzyka zawodowego i przy konieczności podejmowania natychmiastowych decyzji mających bezpośredni wpływ na życie i zdrowie pacjentów. Personel pielęgniarski SOR pozostaje stale narażony na kontakt z ciężkimi urazami, nagłymi zgonami, zdarzeniami masowymi, agresją pacjentów i ich rodzin oraz na ekspozycję na czynniki biologiczne. Zakres odpowiedzialności i obciążeń psychofizycznych tej grupy zawodowej jest tożsamy z zakresem obowiązków członków zespołów ratownictwa medycznego, którzy już obecnie korzystają z uprawnień wynikających z ustawy o emeryturach pomostowych.

Praca pielęgniarek i pielęgniarzy zatrudnionych w izbach przyjęć szpitali psychiatrycznych oraz psychiatrycznych zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych wiąże się z całodobową opieką nad osobami znajdującymi się w ostrych kryzysach psychicznych oraz z ciężkimi i przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi. Obejmuje ona stałą ocenę stanu zdrowia pacjentów, monitorowanie ich bezpieczeństwa, zapobieganie zachowaniom autoagresywnym i agresywnym oraz podejmowanie natychmiastowych działań w sytuacjach zagrożenia zdrowia lub życia. Wykonywanie tych obowiązków wymaga ponadprzeciętnej odporności psychicznej, szybkiej oceny ryzyka oraz wysokiej odpowiedzialności za osoby często niesamodzielne. Długotrwała praca

w warunkach permanentnego napięcia emocjonalnego, częstej ekspozycji na agresję fizyczną i słowną oraz stałej odpowiedzialności za bezpieczeństwo pacjentów prowadzi do stopniowego wyczerpywania zasobów psychofizycznych pracowników.

Praca pielęgniarek i pielęgniarzy zatrudnionych w oddziałach chorób zakaźnych wiąże się ze stałą ekspozycją na czynniki biologiczne mogące stanowić bezpośrednie zagrożenie dla zdrowia i życia personelu. Szczególne znaczenie tej pracy zostało uwidocznione podczas epidemii i pandemii chorób zakaźnych, kiedy personel pielęgniarski pozostawał na pierwszej linii walki z zagrożeniami epidemiologicznymi. Wykonywanie obowiązków zawodowych wymaga zachowania najwyższych standardów bezpieczeństwa biologicznego, ciągłej koncentracji, szczególnej odpowiedzialności oraz odporności psychicznej związanej z codziennym kontaktem z pacjentami cierpiącymi na choroby zakaźne. Długotrwała ekspozycja na zagrożenia biologiczne oraz praca w reżimie sanitarnym powodują przyspieszone zużycie sił psychofizycznych personelu.

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

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych wskazuje, że brak objęcia pie-

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

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



AI W PIELĘGNIARSTWIE. SYSTEM, KTÓRY SŁUCHA I WIDZI.

KAMILA POLCZYK – WICEDYREKTOR DS. PIELĘGNIARSTWA W SZPITALU MOUNT CARMEL W DUBLINIE, MAGISTER PIELĘGNIARSTWA I SPECJALISTKA PIELĘGNIARSTWA ONKOLOGICZNEGO, ABSOLWENTKA UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO WE WROCŁAWIU. ŁĄCZY WIELOLETNIE DOŚWIADCZENIE KLINICZNE Z PASJĄ DO NOWOCZESNYCH TECHNOLOGII.

W zeszłym miesiącu uporządkowaliśmy współczesne technologie medyczne na trzech poziomach. Dziś wracamy do pierwszego z nich, czyli do systemów, które właśnie wchodzą do świata pielęgniarstwa i w niedalekiej przyszłości mogą pojawić się także w Twojej pracy. W poprzednim artykule wspomnieliśmy o systemie, który „słucha” rozmowy z pacjentem i samodzielnie zamienia ją w gotową notatkę. Sprowadzenie jednak ambient AI – bo tak nazywa się ten nurt – wyłącznie do nagrywania i edycji głosu byłoby dużym uproszczeniem.

Najprościej mówiąc, ambient AI to przestrzeń, która wyczuwa obecność człowieka i na nią reaguje. Nie jest to program, który trzeba otworzyć, ani urządzenie, które bierze się do ręki, lecz cichy, stale obecny układ czujników i oprogramowania wpleciony w samą salę. Działa w tle i na podstawie tego, co „słysz” i „widzi”, wyciąga wnioski. Termin ten został przed laty zaproponowany przez badaczy ze Stanford, którzy opisywali sale szpitalne stające się wrażliwe i czułe na obecność ludzi. Notatka głosowa, o której dziś mówię najczęściej, to jedynie najbardziej widoczna gałąź tego drzewa. Tą samą logiką

kieruje się czujnik, który pilnuje, czy pacjent nie zsuwa się z łóżka, system po cichu liczący, jak często personel myje ręce, oraz ten, który przypomina, że choremu leżącemu od dawna nikt nie zmienił pozycji.

JAK TO MOŻLIWE, ŻE MASZYNA „ROZUMIE”?

W praktyce nie chodzi o rozumienie w ludzkim sensie, lecz o zdolność modelowania wzorców w danych. Zamiast wpisywać sztywne reguły, pokazujemy systemowi tysiące przykładów, a on uczy się zależności między nimi – podobnie jak młoda pielęgniarka, która z czasem zaczyna rozpoznawać pogarszający się stan pacjenta nie tylko na podstawie definicji, lecz doświadczenia. Ten proces nazywamy uczeniem maszynowym.

Przetwarzanie języka naturalnego (NLP) to dziedzina zajmująca się analizą i generowaniem ludzkiej mowy – także w jej nieuporządkowanej, potocznej formie.

Zdolność łączenia wielu sygnałów i wychwytywania subtelnych wzorców, na podstawie których można np. przewidywać ryzyko zanim pojawią się wyraźne objawy, jest efektem zastosowania uczenia

głębokiego – bardzo ważnego podejścia w rozwoju AI.

Gdy połączymy te technologie z analizą kontekstu i ciągłym przetwarzaniem danych, powstają systemy typu ambient AI – działające w tle, uczące się na bieżąco i wspierające podejmowanie decyzji w czasie rzeczywistym.

AMBIENT AI DZISIAJ

Wyobraźmy sobie oddział, na którym to wszystko jest już standardem. Przychodzi pacjentka, – nazwijmy ją panią Haliną – siedemdziesiąt osiem lat. Zaczynasz z nią wywiad, na ścianie niewielki mikrofon, na który zgodziła się przy przyjęciu. Pytasz o alergię, leki, dawne upadki. A kiedy rozmawiacie, na ekranie układa się wstępna wersja notatki. W tym samym czasie system sięgnął do jej historii i podpowiada, że leżała tu osiem miesięcy temu. Na podstawie opisu skóry i sprawności oszacował podwyższone ryzyko odleżyn. Przy lekko podwyższonej temperaturze, przyspieszonym tętnie i splątaniu, o którym wspomniła córka, wykrył układ objawów sugerujący zwiększone ryzyko rozwijającej się sepsy i dyskretnie podniósł flagę. Ty przez cały ten czas nie otworzyłaś ani jednej zakładki. Przeprowadziłaś rozmowę mogąc w pełni skoncentrować się na pacjencie.

W placówkach, które wdrożyły rozwiązania oparte na AI, czas potrzebny na opisanie wizyty często skraca się nawet o kilkadziesiąt procent. Potwierdzają to wyniki badań. Analizy obejmujące tysiące pracowników ochrony zdrowia pokazują, że asysta AI może oszczędzać średnio kilkadziesiąt minut podczas jednego dyżuru. Przy okazji zyskujemy coś jeszcze – bardziej kompletne, zwarte wpisy i wyraźnie mniejsze obciążenie poznawcze personelu.

Jeszcze ciekawsze dzieje się tam, gdzie te same dane nie opisują tego, co już się stało, lecz przewidują to, co dopiero ma nadejść. Klasyczna skala Braden trafnie wskazuje zagrożonych odleżynami mniej więcej w połowie przypadków, a model, który czyta naraz dziesiątki zmiennych i aktualizuje ryzyko na bieżąco, dochodzi do blisko trzech czwartych. Przy sepsie algorytm potrafi ostrzec nawet kilkanaście godzin przed pełnym obrazem objawów, a czujniki w salach uprzedzają o upadku nawet na trzydzieści sekund przed nim, czasem wręcz odzywając się do pacjenta, by został w łóżku.

CENA TEJ WYGODY – PRYWATNOŚĆ

Niektóre z tych korzyści mają jednak swoją cenę, a najpoważniejsza dotyczy prywatności. System, który słucha rozmowy i obserwuje pacjenta, przetwarza najbardziej wrażliwe informacje – zarówno



no dotyczące chorego, jak i personelu medycznego.

Świadomość „bycia słuchanym”, tłąca się gdzieś z tyłu głowy, może ograniczać swobodę, usztywniać i generować napięcie, które w tej relacji jest szczególnie niepożądane zarówno dla nas, jak i dla pacjentów.

Dochodzi do tego sytuacja, w której przy łóżku pojawia się rodzina i zaczyna się rozmowa o sprawach najtrudniejszych, a mikrofon wciąż pracuje.

Nieprzypadkowo coraz częściej pojawiają się dyskusje prawne i pierwsze spory dotyczące granic wykorzystania takich technologii w ochronie zdrowia. Oczywiście możliwe jest uzyskanie zgody od pacjenta, pracownika, a nawet rodziny — co formalnie zabezpiecza system. Tyle że nie rozwiązuje problemu komfortu, zaufania i autentyczności rozmowy. To nie takiej pomocy oczekujemy.

AI, jak każda technologia, przechodzi etap od badań i rozwoju do realnych wdrożeń i jak każda na tym etapie pozostaje niedoskonała. W pierwszym artykule zwracałam uwagę, że nie powinna być implementowana bez naszej aktywnej obecności, a powyższy przykład to jeden z powodów.

Producent tworzy rozwiązanie i chce je sprzedać. To naturalne. Jednak system wprowadzany do praktyki klinicznej nie może mieć tyle samo wad co zalet. Odpowiedzialność leży również po naszej stronie — by nie dać się wciągnąć w taką pułapkę.

Opisany wcześniej przykład jest jednym z tych, które są już rozpoznane i dla których pojawiają się rozwiązania. Trzeba jednak zakładać, że pojawią się kolejne.

W tym konkretnym przypadku najprostsze rozwiązanie wcale nie dotyczy technologii, lecz organizacji jej użycia — umożliwienia personelowi decydowania o tym, kiedy system ma działać.

Nie musi być włączony przez cały czas. Powinien być uruchamiany świadomie tylko w momentach, które rzeczywiście tego wymagają, na przykład podczas właściwego wywiadu pielęgniarskiego i wyłączany, gdy do sali wchodzi rodzina albo gdy rozmowa schodzi na tematy niezwiązane z dokumentacją medyczną.

Dziś to my, przy łóżku pacjenta najczęściej decydujemy, kiedy mikrofon słucha, a kiedy milknie.

Podobne wyzwania dotyczą systemów wykorzystujących obraz. Stały podgląd z kamer, choć technologicznie możliwy, nie jest rozwiązaniem optymalnym, zarówno z punktu widzenia prywatności, jak i komfortu pacjenta. Dlatego w praktyce coraz częściej odchodzi się od rejestrowania rzeczywistego obrazu na rzecz jego

uproszczonych reprezentacji, takich jak model sylwetki czy mapa ruchu. System nie „widzi” wtedy twarzy ani szczegółów otoczenia, a jedynie pozycję ciała, zmiany ułożenia czy aktywność. To wystarcza do wykrywania wielu istotnych sygnałów klinicznych, a jednocześnie znacząco ogranicza ingerencję w prywatność.

ROZWIĄZANIA PRZYSZŁOŚCI

Jest też druga droga, nad którą trwają dziś intensywne prace i prowadzi dokładnie w stronę większej prywatności. Chodzi o tak zwany WiFi sensing, czyli wykorzystanie sygnału radiowego do monitorowania stanu pacjenta. Zasada jest zaskakująco prosta: fale, które rozprzodają internet po sali, odbijają się od wszystkiego, w tym od ciała człowieka.

Kiedy klatka piersiowa unosi się przy oddechu albo gdy dochodzi do nagłego ruchu, zmienia się sposób, w jaki sygnał wraca do odbiornika. System analizuje te bardzo subtelne różnice i na ich podstawie wnioskuje, co dzieje się w otoczeniu. Bez kamery, bez mikrofonu, bez żadnych urządzeń zakładanych na ciało.

Już dziś w warunkach eksperymentalnych możliwe jest w ten sposób szacowanie częstości oddechu, a nawet tętna, oraz wykrywanie upadków. Powstają także nowe standardy komunikacji bezprzewodowej projektowane z myślą o takich zastosowaniach, więc niewykluczone, że w przyszłości zwykła infrastruktura sieciowa na oddziale będzie pełnić również rolę dyskretnego czujnika zdrowia.

Jako zwolenniczka nowoczesnych technologii, chcąc nie tylko ostrzegać, ale też pokazywać konkretne korzyści, na koniec tego artykułu przywołam rozwiązanie, które już istnieje i w praktyce dobrze odpowiada na wiele z omawianych wcześniej obaw. Chodzi o wsparcie w ocenie ran — obszar, który dotychczas w dużej mierze opierał się na subiektywnej ocenie.

Faktem jest, że dwie pielęgniarki potrafią opisać tę samą ranę nieco inaczej, a ręczny pomiar, klasyfikacja tkanek czy ocena odczynu zapalnego zabierają czas i pozostawiają przestrzeń na błąd. Tu z pomocą przychodzi widzenie maszynowe, czyli zdolność komputera do analizy obrazu i jego obiektywizacji.

Okazuje się, że dziś wystarczy zdjęcie wykonane na przykład służbowym tabletem, a system w kilka sekund wyznacza granice rany, mierzy jej powierzchnię w centymetrach kwadratowych — bez sięgania po linijkę — i zapisuje wynik. Dokładność takich pomiarów bywa bardzo wysoka, często z błędem rzędu kilku procent.

Ponieważ analiza przebiega za każdym razem według tych samych kryteriów, kolejne zdjęcia z następnych wizyt ukła-

dają się w spójną i porównywalną historię gojenia. Zamiast ogólnej notatki w stylu „rana bez zmian” pojawia się konkretny: rana zmniejszyła się o osiemnaście procent od ostatniej wizyty.

Systemy oparte na AI potrafią również rozpoznawać rodzaj tkanki w ranie, co jak wiadomo, ma kluczowe znaczenie dla doboru leczenia. Ziarnina, martwica czy biofilm wymagają innego postępowania, a modele uczą się je odróżniać na podstawie obrazu, osiągając w wysoką skuteczność.

Szczególnie interesujące jest jedno z najtrudniejszych rozróżnień w opiece nad pacjentem leżącym — odróżnienie wczesnej odleżyny od zapalenia skóry związanego z nietrzymaniem moczu i stolca. Obie zmiany mogą wyglądać bardzo podobnie, a wymagają zupełnie innego postępowania terapeutycznego.

Ponadto, łącząc obraz rany z danymi klinicznymi takimi jak choroby współistniejące, wyrównanie cukrzycy, masa ciała, stosowane leki czy stan odżywienia, system może oszacować prawdopodobny przebieg gojenia i ocenić, czy rana ma szansę zamknąć się w zakładanym czasie.

W bardziej zaawansowanych zastosowaniach wspiera również ocenę ryzyka powikłań, takich jak amputacja w przebiegu stopy cukrzycowej, oraz podpowiada możliwe kierunki postępowania. Może na przykład wskazać, że przy przewodzie ziarniny i obecności suchej martwicy warto rozważyć zwiększenie wilgotności środowiska rany. Nie są to decyzje podejmowane autonomicznie, lecz uporządkowane sugestie oparte na danych, które mogą wspierać proces klinicznego wnioskowania.

JAKOŚĆ, NIE ILOŚĆ

Podsumowując, warto zadać fundamentalne pytanie: w jakim celu naprawdę tworzymy te technologie? Odpowiedź wcale nie jest oczywista.

Dobry system powinien mieć nadrzędny cel — podnosić jakość opieki, dbać o pacjenta i wspierać personel. Istnieje jednak pokusa cichsza od pozostałych, a przez to szczególnie groźna. Jeśli czas, który odda nam maszyna, zamieni się wyłącznie w większą liczbę pacjentów przypadających na jedną pielęgniarkę, narzędzie, które miało odciążać, zacznie zamiast tego przytłaczać.

Technologia sama w sobie jest neutralna — kluczowe jest to, jak zostanie włączona w system opieki. To, w jaki sposób wykorzystamy odzyskany czas, nie jest kwestią przypadku, lecz decyzji organizacyjnych i priorytetów, które przyjmujemy. Niech będą to takie decyzje, w których wraz z rozwojem rośnie jakość opieki, a nie tylko jej ilość.

PLAN KSZTAŁCENIA PODYPŁOMOWEGO

DOLNOŚLĄSKIEJ OKRĘGOWEJ IZBY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH OBEJMUJĄCY OFERTĘ SZKOLEŃ BEZPŁATNYCH NA II PÓŁROCZE 2026 ROKU

SPORZĄDZONO DNIA 22.06.2026 R.
KRYSTYNA ŁUKOWICZ – DOMAGALSKA
DZIAŁ KSZTAŁCENIA DOIPW WE WROCŁAWIU

SZKOLENIA SPECJALIZACYJNE KONTYNUOWANE

Lp.	Dziedzina	Miejsce prowadzenia kształcenia	Terminy rozpoczęcia poszczególnych edycji specjalizacji (miesiąc, rok)	Liczba uczestników, w tym:		Terminy zakończenia specjalizacji (miesiąc, rok)
				nieodpłatnych	płatnych.	
1.	Pielęgniarstwo anestezjologiczne i intensywnej opieki dla pielęgniarek	Wrocław	27.09.2025	23	2	27.02.2027
2.	Pielęgniarstwo pediatryczne dla pielęgniarek	Wrocław	17.01.2026	25	10	08.05.2027
3.	Pielęgniarstwo opieki paliatywnej dla pielęgniarek	Wrocław	21.02.2026	21	6	22.05.2027

SZKOLENIA SPECJALIZACYJNE PLANOWANE

Lp.	Dziedzina	Miejsce prowadzenia kształcenia	Cena dla uczestnika pełnopłatnego	Planowane terminy rozpoczęcia poszczególnych edycji specjalizacji (miesiąc, rok)	Liczba uczestników, w tym:		Terminy zakończenia specjalizacji (miesiąc, rok)
					nieodpłatnych	płatnych.	
1.	Pielęgniarstwo epidemiologiczne dla pielęgniarek i położnych	Wrocław	4500	Listopad 2026	25	15	Kwiecień 2027
2.	Pielęgniarstwo neonatologiczne dla pielęgniarek i położnych	Wrocław	4500	Listopad 2026	25	15	Kwiecień 2027

KURSY KWALIFIKACYJNE KONTYNUOWANE

Lp.	Dziedzina	Miejsce prowadzenia kształcenia	Cena dla uczestnika pełnopłatnego	Planowane terminy rozpoczęcia poszczególnych edycji specjalizacji (miesiąc, rok)	Liczba uczestników, w tym:		Terminy zakończenia specjalizacji (miesiąc, rok)
					nieodpłatnych	pełnopłatnych.	
1.	Pielęgniarstwo operacyjne dla położnych	Wrocław	1900	13.06.2026	10	0	15.09.2026
2.	Pielęgniarstwo rodzinne dla pielęgniarek	Wrocław	1900	23.05.2026	18	11	29.09.2026

KURSY KWALIFIKACYJNE PLANOWANE

Lp.	Dziedzina	Miejsce prowadzenia kształcenia	Cena dla uczestnika pełnopłatnego	Planowane terminy rozpoczęcia poszczególnych edycji specjalizacji (miesiąc, rok)	Liczba uczestników, w tym:		Terminy zakończenia specjalizacji (miesiąc, rok)
					nieodpłatnych	pełnopłatnych.	
1.	Pielęgniarstwo opieki długoterminowej dla pielęgniarek	Wrocław	Finansowany ze środków UE	Grudzień 2026	28	0	Marzec 2027
2.	Pielęgniarstwo anestezjologiczne i intensywnej opieki dla pielęgniarek	Wrocław	Finansowany ze środków UE	Listopad 2026	28	0	Luty 2027
3.	Ochrona zdrowia pracujących dla pielęgniarek	Wrocław	1700	Październik 2026	25	15	Luty 2027

KURSY KWALIFIKACYJNE PLANOWANE

Lp.	Dziedzina	Miejsce prowadzenia kształcenia	Cena dla uczestnika pełnopłatnego	Planowane terminy rozpoczęcia poszczególnych edycji specjalizacji (miesiąc, rok)	Liczba uczestników, w tym:		Terminy zakończenia kursów (miesiąc, rok)
					nieodpłatnych	pełnopłatnych.	
1.	Wywiad i badanie fizyczne dla pielęgniarek i położnych	Wrocław	600 zł.	Październik 2026	25	15	Listopad 2026
2.	Ordynowanie leków i wypisywanie recept Część I dla pielęgniarek i położnych	Wrocław	500 zł.	Listopad 2026	25	15	Grudzień 2026
3.	Resuscytacja oddechowo-kръżeniowa noworodka dla pielęgniarek i położnych	Wrocław	450 zł.	Listopad 2026	25	15	Styczeń 2027

Lp.	Dziedzina	Miejsce prowadzenia kształcenia	Cena dla uczestnika pełnopłatnego	Planowane terminy rozpoczęcia poszczególnych edycji specjalizacji (miesiąc, rok)	Liczba uczestników, w tym:		Terminy zakończenia kursów (miesiąc, rok)
					nieodpłatnych	pełnopłatnych.	
4.	Komunikowanie interpersonalne dla pielęgniarek i położnych	Wrocław	Finansowany ze środków UE	Wrzesień 2026	24	0	Listopad 2026
5.	Opieka pielęgniarska nad chorymi dorosłymi w leczeniu systemowym nowotworów dla pielęgniarek i położnych	Wrocław	Finansowany ze środków UE	Wrzesień 2026	28	0	Listopad 2026
6.	Diagnostyka ultrasonograficzna w położnictwie i ginekologii dla położnych	Wrocław	Finansowany ze środków UE	Wrzesień 2026	28	0	Listopad 2026
7.	Szczepienia ochronne dla pielęgniarek i położnych	Wrocław	Finansowany ze środków UE	Wrzesień 2026	28	0	Październik 2026
8.	Leczenie ran dla pielęgniarek	Wrocław	Finansowany ze środków UE	Październik 2026	28	0	Grudzień 2026
9.	Wykonanie i interpretacja zapisu EKG u dorosłych dla pielęgniarek i położnych	Wrocław	Finansowany ze środków UE	Październik 2026	28	0	Grudzień 2026
10.	Terapia bólu przewlekłego u dorosłych dla pielęgniarek i położnych	Wrocław	Finansowany ze środków UE	Październik 2026	28	0	Listopad 2026
11.	Edukator w cukrzycy dla pielęgniarek i położnych	Wrocław	Finansowany ze środków UE	Grudzień 2026	28	0	Luty 2027

KURSY DOKSZTAŁCAJĄCE PLANOWANE

Lp.	Dziedzina	Miejsce prowadzenia kształcenia	Cena dla uczestnika pełnopłatnego	Planowane terminy rozpoczęcia poszczególnych edycji specjalizacji (miesiąc, rok)	Liczba uczestników, w tym:		Terminy zakończenia kursów (miesiąc, rok)
					nieodpłatnych	pełnopłatnych.	
1.	Trudne rozmowy z pacjentem i rodziną dla pielęgniarek i położnych	Wrocław	Finansowany ze środków UE	Sierpień 2026	24	15	Listopad 2026
2.	Obsługa i pielęgnacja portów naczyniowych dla pielęgniarek i położnych	Wrocław	180zł.	Październik Listopad	25 25	15 15	Październik Listopad

Organizator Kształcenia zastrzega sobie prawo do modyfikacji planu kształcenia w zakresie zmiany dziedziny kursu/specjalizacji lub planowanego terminu realizacji w zależności od naboru na daną formę kształcenia.

PIELĘGNIARSTWO ONKOLOGICZNE WAŻNĄ CZĘŚCIĄ II KONFERENCJI „KOMPETENTNI WE WROCŁAWIU”

13 czerwca 2026 r., podczas drugiego dnia II Konferencji „Kompetentni we Wrocławiu”, odbyła się po raz pierwszy równoległa sesja poświęcona pielęgniarstwu onkologicznemu – „Kompetentni we Wrocławiu. Pielęgniarstwo onkologiczne”. Było to wydarzenie szczególne, podkreślające rosnącą rolę pielęgniarek i pielęgniarzy w nowoczesnej diagnostyce, leczeniu, edukacji i kompleksowej opiece nad chorymi onkologicznymi.

Współczesna onkologia nie może funkcjonować bez kompetentnego, zaangażowanego i dobrze przygotowanego zespołu pielęgniarstwa. Pielęgniarki onkologiczne są nie tylko osobami bezpośrednio uczestniczącymi w podawaniu leczenia, monitorowaniu bezpieczeństwa terapii i opiece nad pacjentem, ale także kluczowymi partnerkami w edukacji chorych i ich rodzin, w koordynacji procesu terapeutycznego oraz w budowaniu poczucia bezpieczeństwa pacjentów. To często właśnie pielęgniarka jako pierwsza zauważa objawy toksyczności leczenia, wspiera chorego w trudnych momentach terapii, tłumaczy zasady postępowania i pomaga przejść przez złożony proces diagnostyczno-terapeutyczny.

Szczególnie ważna jest również rola pielęgniarek w rozwoju nauki i badań klinicznych. Nowoczesne leczenie onkologiczne, w tym immunoterapia, terapie celowane, koniugaty lek-przeciwcięża oraz badania nad nowymi lekami, wymagają wysokich kompetencji, doskonałej organizacji pracy, znajomości procedur, umiejętności obserwacji klinicznej oraz odpowiedzialności za bezpieczeństwo pacjenta. Pielęgniarki są niezwykle ważnym ogniwem badań klinicznych – uczestniczą w realizacji procedur, monitorowaniu działań niepożądanych, edukacji pacjentów, dokumentowaniu danych i zapewnianiu jakości całego procesu. Ich wiedza i doświadczenie mają bezpośredni wpływ na bezpieczeństwo chorych oraz wiarygodność prowadzonych badań.

Program spotkania obejmował m.in. zagadnienia związane z bezpieczeństwem terapii, nowoczesnymi standardami opieki, dostępnymi naczyniowymi, przygotowaniem leków, komunikacją z pacjentem i jego bliskimi, edukacją chorego, toksycznościami nowoczesnych terapii oraz przyszłością pielęgniarstwa onkologicznego. Sesja stała się przestrzenią wymiany wiedzy, doświadczeń i dobrych praktyk, ale także wzajemnej edukacji pomiędzy pielęgniarkami, lekarzami, farmaceutami i przedstawicielami środowiska akademickiego.

W konferencji licznie uczestniczyły pielęgniarki z DCOPIH, a także przedstawicielki środowiska akademickiego i samorządu zawodowego, w tym: Prodziekan ds. Dydaktyki Wydziału Pielęgniarstwa i Położnictwa dr hab. Aleksandra Kołtuniuk, prof. uczelni, Wiceprzewodnicząca Dolnośląskiej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych mgr piel. Urszula Olechowska, Konsultant Wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki mgr piel. Ewa Pielichowska, Konsultant Wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego dr n. med. Elżbieta Garwacka-Czachor,

Konsultant Wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego województwa pomorskiego mgr piel. Grażyna Waleńska, Konsultant Wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego i operacyjnego dr n. o zdr. Anna Chudiak, Naczelna Pielęgniarka Specjalistycznego Szpitala im. dr. Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu mgr piel. Danuta Jurczyńska-Job, Naczelna Pielęgniarka Wielkopolskiego Centrum Onkologii w Poznaniu dr n. o zdr. Anna Pleszewa oraz Pielęgniarka Oddziałowa Oddziału Onkologii Klinicznej/Chemioterapii Izerskiego Centrum Pulmonologii i Chemioterapii w Szklarskiej Porębie mgr piel. Małgorzata Wróbel. W wydarzeniu uczestniczyło również wiele pielęgniarek z innych ośrodków regionu, których nie sposób wymienić wszystkich, a których obecność nadała spotkaniu wyjątkowy, środowiskowy charakter.

Uczestniczki sesji pielęgniarstwa przywitali Dyrektor DCOPIH prof. Adam Maciejczyk oraz prof. Bożena Cybulska-Stopa. Sesję prowadziły mgr położ. Małgorzata Pudełek oraz mgr piel. Małgorzata Suszyńska-Kobiela.

Wykład inauguracyjny pt. „Przyszłość pielęgniarstwa w onkologii” wygłosiła Naczelna Pielęgniarka DCOPIH mgr piel. Małgorzata Suszyńska-Kobiela. Podkreśliła ona, że pielęgniarka onkologiczna jest partnerem w zespole terapeutycznym, specjalistą o wysokich kompetencjach cyfrowych, koordynatorem opieki i wsparcia pacjenta oraz osobą łączącą medycynę, technologię i relację z człowiekiem. Zaznaczyła również, że przyszłość pielęgniarstwa w onkologii można określić trzema słowami: autonomia, technologia i holizm.

W trakcie konferencji poruszono także zagadnienia dotyczące dostępu naczyniowych, zastosowania pomp elastomerowych w terapii onkologicznej, toksyczności immunoterapii, profilaktyki neuropatii obwodowej, edukacji pacjenta



oraz roli pielęgniarki w terapii miejscowej raka pęcherza moczowego. Tematy te prezentowały pielęgniarki naszego ośrodka:

- dr n. med. i dr n. o zdr. Magdalena Ryznar-Zaręba,
- mgr piel. Joanna Kosińska,
- mgr piel. Aleksandra Ostalska,
- mgr piel. Julia Bajsarowicz,
- mgr piel. Marta Wójcik,
- mgr piel. Łucja Starmach,
- mgr piel. Agnieszka Wiglusz,
- mgr piel. Beata Olejnik-Zielińska,
- mgr piel. Aleksandra Szul,
- mgr piel. Celina Chaciewicz.

Kwestie bezpieczeństwa przygotowania i podawania leków cytostatycznych przedstawił Główny Farmaceuta DCOPIH

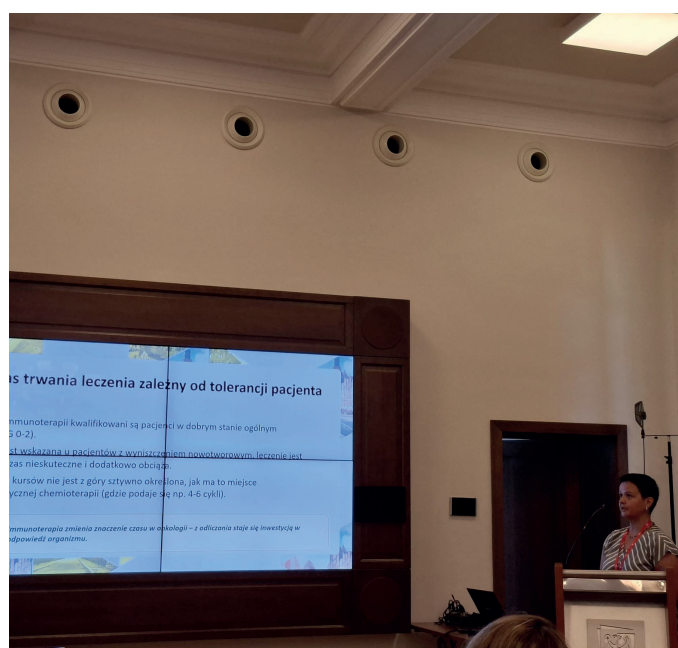
mgr farm. Piotr Steciwko, natomiast lek. Mateusz Malik omówił implikacje kliniczne dla zespołów pielęgniarskich związane ze stosowaniem immunoterapii oraz koniugatów lek-przeciwciała w raku pęcherza moczowego.

Zwieńczeniem sesji była debata finałowa prowadzona przez dr n. o zdr. Annę Chudiak, podczas której uczestniczki panelu dzieliły się doświadczeniami zawodowymi oraz omawiały najtrudniejsze sytuacje kliniczne w opiece nad pacjentem onkologicznym. Dyskusja pokazała, jak ogromny potencjał tkwi w pielęgniarstwie onkologicznym – w wiedzy praktycznej, doświadczeniu klinicznym, odpowiedzialności, empatii i gotowości do dalszego rozwoju.

Sesja „Kompetentni we Wrocławiu”.

Pielęgniarstwo onkologiczne” była ważnym krokiem w kierunku budowania silnej, nowoczesnej i zintegrowanej społeczności pielęgniarskiej w onkologii. Pokazała, że pielęgniarki są kluczowym ogniwem nie tylko leczenia i opieki nad pacjentem, ale także edukacji, nauki, badań klinicznych i wdrażania innowacji. Ich kompetencje, zaangażowanie i codzienna praca mają fundamentalne znaczenie dla jakości współczesnej onkologii.

Wyrażamy nadzieję, że sesja pielęgniarska na stałe wpisze się w program kolejnych edycji konferencji „Kompetentni we Wrocławiu” i będzie inspiracją do dalszego rozwoju, współpracy oraz wzmacniania roli pielęgniarstwa onkologicznego w Polsce.





WIZYTA ZESPOŁU EMERYTOWANYCH PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W CENTRUM SYMULACJI MEDYCZNEJ UMW

URSZULA OLECHOWSKA
WICEPRZEWODNICZĄCA DORPIP
PRZEWODNICZĄCA ZESPOŁU EMERYTOWANYCH PIELĘGNIAREK
I POŁOŻNYCH

8 czerwca 2026 r. Zespół Emerytowanych Pielęgniarek i Położnych przy DOIPIP we Wrocławiu odwiedził Centrum Symulacji Medycznej Uniwersytetu Me-

dycznego we Wrocławiu.

O symulacji medycznej oraz nowoczesnych metodach kształcenia studentów kierunków medycznych opowiedziała nam

dr Katarzyna Malewicz. Z kolei technicy symulacji zaprezentowali praktyczne wykorzystanie nowoczesnych technologii w nauce zawodów medycznych.

Spotkanie było niezwykle interesujące i pozwoliło nam zobaczyć, w jaki sposób studenci pielęgniarstwa i położnictwa uczą się dziś wykonywania procedur medycznych według ujednoliconych standardów. Była to również doskonała okazja do wymiany doświadczeń oraz rozmów o tym, jak zmieniało się kształcenie medyczne na przestrzeni lat.

Serdeczne podziękowania kierujemy do Kierownika Centrum, Mariusz Koral, oraz Pani dr Katarzyny Malewicz za ciepłe przyjęcie, inspirujące rozmowy i możliwość poznania współczesnych metod edukacji medycznej.





SŁOŃCE – TWÓJ PRZYJACIEL CZY UKRYTY PRZECIWNIK? WAŻNY TEMAT NA KOLNIE I OBOZY !!!

MGR EWA LEDWOŃ
EDUKATORKA DIABETOLOGICZNA
UNIwersytecki Szpital Kliniczny w Opolu
Wykładowca w Instytucie Nauk o Zdrowiu Uniwersytet Opolski

Długo wyczekiwane lato, wakacje i upragniony reset – czas start! Większość z nas planuje spędzać całe dnie na świeżym powietrzu: na plaży, nad jeziorem, na rowerze albo po prostu ze znajomymi w parku. Słońce to naturalny zastrzyk energii, uśmiechu i witaminy D. Promieniom UV jest trochę jak z ładowaniem telefonu – w odpowiedniej dawce daje moc, ale jeśli przesadzisz, system może się przegrzać. Jak zatem korzystać ze słońca, żeby zamiast bolesnego oparzenia i przymusowego siedzenia w domu przywieźć z wakacji tylko dobre wspomnienia i zdrową opaleniznę? Wystarczy wdrożyć w życie kilka prostych, ale niezwykle ważnych zasad. Przede wszystkim zapomnij o micie, że krem z filtrem to obciach albo coś przeznaczanego wyłącznie dla małych dzieci. Promienie UVA i UVB potrafią nieźle nabrać w skórę, powodując bolesne pieczenie, a w przyszłości nieodwracalne zmiany. Twoim strażnikiem na letnie dni powinien stać się kosmetyk z filtrem SPF 30 lub SPF

50. Ważne jest, aby nakładać go około dwudziestu minut przed wyjściem z domu, ponieważ skóra potrzebuje czasu, aby go wchłonąć i aktywować ochronę. Pamiętaj też o tak zwanej reanimacji filtra w ciągu dnia, ponieważ pot, woda i wycieranie się ręcznikiem ścierają warstwę ochronną, dlatego aplikację trzeba powtarzać co dwie godziny oraz po każdej kąpieli.

Kolejną kluczową sprawą jest unikanie godzin szczytu, czyli momentu między godziną 11:00 a 15:00, kiedy słońce pali najbardziej bezwzględnie. Nie oznacza to oczywiście zamknięcia w czterech ścianach, ale jest to idealny czas na reset w cieniu – pod parasolem, drzewem czy na tarasie. Można wtedy pograć w planszówki, poczytać, zjeść lody ze znajomymi lub zmontować rolki z porannych aktywności, dając skórze zasłużoną przerwę. W parze z cieniem idzie odpowiedni, letnie ubranie. Czapka z daszkiem lub kapelusz, który chroni nie tylko twarz, ale przede wszystkim głowę przed groźnym udarem. Rów-

nie ważne są okulary przeciwsłoneczne z filtrem UV, przy czym warto unikać tych z przypadkowych stoisk, ponieważ ciemne szkła bez atestu oszukują źrenicę, która się rozszerza, wpuszczając do oka jeszcze więcej szkodliwego światła. Całość stylizacji powinny dopełnić przewiewne, luźne ubrania z naturalnych materiałów, takich jak len czy bawełna, które ochronią ramiona i plecy, pozwalając skórze swobodnie oddychać. Podczas upałów organizm działa jak chłodnica i intensywnie się poci, aby obniżyć temperaturę ciała, dlatego tak ważne jest nawadnianie od środka. Zawsze miej przy sobie butelkę czystej wody i pij ją małymi łykami przez cały dzień, zanim w ogóle poczujesz silne pragnienie, które jest już alarmem ratunkowym organizmu. Kolorowe, słodkie napoje gazowane czy energetyki w pełnym słońcu to kiepski pomysł, ponieważ wbrew pozorom wcale nie gaszą pragnienia tak skutecznie jak woda czy domowa lemoniada. Dbając o zdrowie musimy pamiętać, że zlekceważenie tych zasad może prowadzić do niebezpiecznych sytuacji, dlatego kluczowa jest umiejętność szybkiego rozpoznawania sygnałów ostrzegawczych, jakie wysyła nam ciało. Pierwszym i najbardziej widocznym objawem przedawkowania słońca jest oparzenie skóry, która staje się czerwona, gorąca i piecze przy każdym dotyku, a w skrajnych wypadkach mogą pojawić się na niej bolesne pęcherze wypełnione płynem, których pod żadnym pozorem nie wolno przebijać. Bardzo niepokojące są również symptomy ogólne, świadczące o przegrzaniu organizmu lub rozwijającym się udarze słonecznym. Należą do nich nagłe, silne bóle i zawroty głowy, uczucie mdłości, a nawet wymioty, nagłe osłabienie, mroczki przed oczami, dreszcze oraz przyspieszone bicie serca. Sygnałem alarmowym jest także sytuacja, gdy mimo upału przestajemy się pocić, a nasza skóra staje się sucha i blada, lub gdy temperatura ciała niebezpiecznie rośnie.

Jeśli podczas letniej zabawy zauważysz u siebie lub u swoich znajomych którykolwiek z tych objawów, musisz działać natychmiast. Należy natychmiast zejść ze słońca do chłodnego, zacienionego pomieszczenia, rozpiąć ciasne ubranie, napić się chłodnej – ale nie lodowatej – wody i zastosować letnie okłady na kark oraz klatkę piersiową. W przypadku silnych zawrotów głowy, omdlenia czy niepokojąco wysokiej gorączki należy niezwłocznie wezwać pomoc medyczną lub zgłosić się do dorosłego. Wakacje są po to, żeby cieszyć się wolnością i piękną pogodą, ale bądźmy sprytni – korzystajmy ze słońca z głową, dbajmy o siebie nawzajem i wracajmy po urlopach do swoich obowiązków wypoczęci, zdrowi i z bezpieczną, złocistą opalenizną.



JUBILEUSZ 30-LECIA UTWORZENIA POLSKIEGO STOWARZYSZENIA PIELĘGNIAREK PEDIATRYCZNYCH

DOROTA MILECKA^{1,2,4} ELŻBIETA GARWACKA-CZACHOR^{1,2,3},

¹ KOMISJA HISTORYCZNA DOLNOŚLĄSKIEJ OKRĘGOWEJ IZBY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

² POLSKIE TOWARZYSTWO PIELĘGNIARSKIE ODDZIAŁ WROCŁAW

³ DOLNOŚLĄSKIE CENTRUM ONKOLOGII, PULMONOLOGII I HEMATOLOGII WE WROCŁAWIU

⁴ UNIwersytet OPOLSKI, INSTYTUT NAUK O ZDROWIU

Szczególnie ważny okres w rozwoju współczesnego pielęgniarstwa polskiego to powstanie Samorządu Zawodowego w 1991 roku oraz uchwalenie Ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej w 1996 roku. Osiągnięcia te sprzyjały budowaniu jeszcze silniejszej tożsamości zawodowej i wyodrębnianiu się specjalności w dziedzinach pielęgniarstwa. Było to widoczne w kształceniu pielęgniarek i położnych, powoływaniu konsultantów krajowych i wojewódzkich w różnych dyscyplinach opieki, a także w powstawaniu stowarzyszeń zawodowych. Jedną z wielu organizacji tworzonych w tamtym czasie było Polskie Stowarzyszenie Pielęgniarek i Położnych – PSPP (początkowo działające jako Stowarzyszenie Pielęgniarek i Położnych – SPP).

PRAGNIENIE POPRAWY WARUNKÓW LECZENIA DZIECI MOTYWACJĄ DO UTWORZENIA STOWARZYSZENIA

Stowarzyszenie powstało podczas II Ogólnopolskiej Konferencji „Dziecko w zdrowiu i chorobie”, która odbyła się w dniach 26–27 kwietnia 1996 roku w Waplewie koło Olsztyna. Inicjatywa utworzenia organizacji wyszła od pielęgniarek z Wojewódzkiego Specjalistycznego Szpitala Dziecięcego w Olsztynie. Główną motywacją powołania Stowarzyszenia była chęć poprawy warunków leczenia dzieci, a w szczególności zapewnienie najmłodszemu realizację wszystkich potrzeb rozwojowych – w tym prawa do nauki, zabawy oraz opieki bliskich podczas hospitalizacji.

Zebranie założycielskie odbyło się 26 kwietnia 1996 roku, a w skład Komitetu Założycielskiego weszły: Ewa Darowna (przewodnicząca), Grażyna Piegdoń, Danuta Rakowska-Róźiewicz, Jadwiga Pietrzak, Katarzyna Karwiczka, Małgorzata Buczkiewicz i Maria Brejla [1]. Niespełna kilka miesięcy później, bo już 16 sierpnia 1996 roku, po uprawomocnieniu się postanowienia Sądu Rejestrowego, SPP zostało wpisane do rejestru stowarzyszeń [2].

Przyjęte cele działania SPP obejmowały:

- prowadzenie działalności naukowej w zakresie pielęgniarstwa pediatrycznego;
- współdziałanie w podnoszeniu kwalifikacji zawodowych członków stowarzyszenia;
- dbanie o wysoką etykę zawodową członków;
- szerzenie wiedzy z zakresu pielęgniarstwa pediatrycznego;
- współdziałanie z organizacjami opieki zdrowotnej w zakresie tworzenia podstaw nowoczesnego pielęgniarstwa pediatrycznego [3].

W 2004 roku SPP zmieniło nazwę na Polskie Stowarzyszenie Pielęgniarek i Położnych (PSPP), a od 12 kwietnia 2005 roku posiada status organizacji pożytku publicznego (OPP). Oznacza to możliwość podejmowania działalności na rzecz ogółu społeczności w zakresie promowania zachowań zdrowotnych w środowisku zamieszkania oraz nauczania dzieci i młodzieży, a także wzbogacania wiedzy społeczeństwa na temat chorób wieku dziecięcego.

Członkiem zwyczajnym PSPP może zostać każda pielęgniarka. Liczba członków stowarzyszenia na przestrzeni lat ulegała zmianom: stan na 27 września 2004 roku wynosił 400 członków [4], w 2005 roku – 499 [5], stan na 15 marca 2008 roku to 561 członków zwyczajnych oraz 22 członków wspierających [6], natomiast w 2023 roku organizacja zrzeszała 218 osób [7].

POCZĄTKI DZIAŁALNOŚCI STOWARZYSZENIA PIELĘGNIAREK PEDIATRYCZNYCH Z SIEDZIBĄ W OLSZTYNIE

Pierwszą prezes została Ewa Darowna (I kadencja 1996–2000), która przewodniczyła SPP także w II kadencji w latach 2000–2004. Siedzibą stowarzyszenia był Wojewódzki Specjalistyczny Szpital

Dziecięcy w Olsztynie. W okresie tym miały miejsce liczne, ważne dla pielęgniarstwa pediatrycznego wydarzenia i inicjatywy [8, 9, 10], m.in.:

- **Lipiec 1997 r.** – Wydanie pierwszego numeru biuletynu SPP jako kwartalnika pod redakcją Grażyny Piegdoń. Biuletyn ukazywał się przez kolejne kadencje przez kilkanaście lat; obecnie miejscem publikacji informacji jest oficjalna strona internetowa: www.pssp.eu.
- **Wrzesień 1997 r.** – Udział w XXV Kongresie Pediatrów Polskich. Był to pierwszy w historii kongresu czynny udział pielęgniarek pediatrycznych w ramach satelitarnej sesji pielęgniarstwiej pod hasłem „Jakość w opiece pielęgniarstwiej nad dzieckiem”.
- **1997 r.** – Udział w organizacji konferencji pod hasłem „Pielęgniarstwo – wczoraj i dziś”, zorganizowanej wspólnie z Instytutem „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka” z okazji obchodów 20-lecia IPCZD. Podczas tego wydarzenia nawiązano kontakt z Królewskim Stowarzyszeniem Pielęgniarskim Wielkiej Brytanii za pośrednictwem jego przedstawicieli, Małgorzaty Brykczyńskiej.
- **Udział w Międzynarodowym Kongresie Pediatrycznym w Amsterdamie**, podczas którego odbył się Pierwszy Międzynarodowy Kongres Pielęgniarek i Położnych oraz spotkanie reprezentantów stowarzyszeń narodowych. Utworzono wówczas Międzynarodowe Stowarzyszenie Pielęgniarek i Położnych (IAPAN), a SPP zostało jego członkiem.
- **Organizacja konferencji w Nałęczowie** wspólnie z Wydziałem Pielęgniarskim Akademii Medycznej w Lublinie.
- **Podjęcie współpracy z Centrum Kształcenia Podyplomowego**, udział w pracach nad nowelizacją programu specjalizacji pediatrycznej, a także nawiązanie stałego kontaktu z Biurem Krajowego Konsultanta ds. Pediatrii i Medycyny Szkolnej.
- **Utworzenie 5 oddziałów terenowych SPP**, w tym Oddziału Dolnośląskiego SPP z siedzibą we Wrocławiu, działającego w latach 1999–2001 pod przewodnictwem Renaty Mamiak (Porębskiej).
- **Wrzesień 2001 r.** – Udział w Międzynarodowym Kongresie Pielęgniarek i Położnych oraz XXIII Kongresie Pediatrii w Pekinie.
- **Maj 2004 r.** – Udział w Międzynarodowej Konferencji Pediatrycznej „Trendy w pediatrii” w Sztokholmie na zaproszenie Szwedzkiego Stowarzyszenia Pielęgniarek. Korzystając

z pobytu w Szwecji, uczestnicy z SPP zwiedzili Dziecięcy Szpital Karolinska im. Astrid Lindgren.

- Utworzenie i prowadzenie pierwszej strony internetowej Stowarzyszenia przez Dorotę Milecką (adres: www.spp.forum.prv.pl).
- Udział w organizacji cyklicznych konferencji „Współczesne zagrożenia zdrowotne populacji wieku rozwojowego” (wspólnie z IP CZD w Warszawie).
- 9–11 maja 2002 r. – Udział w organizacji konferencji „Pielęgniarstwo pediatriczne – nowe zadania” w Kazimierzu Dolnym nad Wisłą (wspólnie z Dziecięcym Szpitalem Klinicznym w Lublinie).

wym koordynatorem merytorycznym oraz autorem projektu była Grażyna Piegdoń z IP CZD w Warszawie. Działania popularyzujące Skalę Brazeltona obejmowały m.in. spotkanie w NIPiP z udziałem Konsultantów Krajowych w dziedzinie pielęgniarstwa pediatricznego, położniczego i ginekologicznego oraz środowisko wo-rodzinnego, a także publikacje artykułów w „Magazynie Pielęgniarki i Położnej” (autorstwa m.in. Grażyny Piegdoń oraz Konsultanta Krajowego w dziedzinie pediatrii prof. Anny Dobrzańskiej) i trenera NBAS z Instytutu Brazeltona z Cambridge i Royal Hospital w Londynie. Prace te publikowano również na łamach „Forum PSPP”.

rozwojowego”, w której uczestniczyli goście z Instytutu Brazeltona w Wielkiej Brytanii.

W IV kadencji kluczowymi osiągnięciami były [17]:

- 2008 r. – Uruchomienie nowej witryny internetowej stowarzyszenia pod adresem: www.pspp.info.pl.
- 3–5 września 2008 r. – Współorganizacja XII Ogólnopolskiej Konferencji „Pielęgniarstwo Pediatriczne – Nowe Zadania” pod hasłem „Uzależnienia a rodzina” w Nałęczowie.
- 16 czerwca 2008 r. – Powołanie Zespołu Doradczego PSPP w celu diagnozy potrzeb środowiska pielęgniarstwa w regionach i opracowania programu działań na rzecz dzieci i młodzieży.
- 2008 r. – Wspieranie akcji profilaktycznych i prozdrowotnych organizowanych przez Stowarzyszenie „Parasol dla Życia” oraz Fundację „Dzieci Niczyje” (aktywne działania w obszarze „Profilaktyki Krzywdzenia Małych Dzieci”, w tym program „Dobry Rodzic – Dobry Start”).
- 2009 r. – Przeprowadzenie szkoleń w lubelskich przedszkolach na temat opieki nad dzieckiem z cukrzycą.
- 20 marca 2009 r. – Udział w konferencji „Pielęgniarstwo Wczoraj i Dziś” w Lublinie.
- 2–4 czerwca 2011 r. – Udział w XIV Ogólnopolskiej Konferencji „Pielęgniarstwo Pediatriczne – Nowe Zadania: wypadkowość, urazowość wśród dzieci i młodzieży” w Lublinie.
- Organizacja imprezy z okazji Dnia Dziecka pt. „Uśmiech Przywieziony na Dwóch Kofach” w Instytucie Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie.



Drużyna od lewej: Bogumiła Różycka, Grażyna Piegdoń, Ewa Darowna, Maria Brejla podczas udziału w Międzynarodowej Konferencji Pediatricznej w Sztokholmie w 2004 roku. Źródło: archiwum SPP.

KONTYNUACJA DZIAŁALNOŚCI STOWARZYSZENIA W CZASIE III I IV KADENCJI Z SIEDZIBĄ W LUBLINIE

Kolejnym kadencjom stowarzyszenia z siedzibą w Dziecięcym Szpitalu Klinicznym w Lublinie, przewodniczyły: Beata Paździor w czasie III kadencji (2004–2008) oraz Amelia Ścibior w trakcie IV kadencji (2008–2012).

W III kadencji na szczególne wyróżnienie zasługują [11–16]:

- Udział PSPP w organizacji licznych konferencji naukowo-szkoleniowych (Lublin, Warszawa, Nałęczów).
- Realizacja Projektu Brazeltona, mającego na celu wdrożenie na grunt polski skali oceny zachowań noworodka (NBAS). W projekcie udział wzięły: Instytut „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka” (odpowiedzialny za koordynację), PSPP i NRPiP (nadzór merytoryczny) oraz firma Johnson & Johnson Baby (wsparcie realizacyjne). Krajo-

W 2005 roku w ramach projektu odbył się ogólnokrajowy cykl kursów doskonalących „Wybrane aspekty oceny i wspomagania rozwoju noworodka” (autorzy programu: Grażyna Piegdoń, Dorota Milecka; konsultacja naukowa: Krystyna Bernat). W kursach wzięło udział łącznie 255 osób w 10 ośrodkach w Polsce (Warszawa, Lublin, Wrocław, Gdańsk, Olsztyn, Katowice, Kielce, Łódź). Projekt zakończono w 2008 roku. W wyniku tych trzyletnich działań wyszkolono pilotażową grupę 10 certyfikowanych specjalistów (psychologów, pielęgniarek, fizjoterapeutów, położnych) z uprawnieniami do badania Skalą Brazeltona, którzy ukończyli wymagający, 10-miesięczny kurs.

- 10 października 2005 r. – Udział w organizacji konferencji w IP CZD w Warszawie pt. „Współczesne zagrożenia zdrowotne populacji wieku



Beata Paździor – Prezes SPP III kadencji. Źródło: zbiory własne Beaty Paździor



Od lewej: dyrektor DSK w Lublinie Jerzy Szarecki oraz Amelia Ścibior – Zastępca Dyrektora ds. Pielęgniarstwa i Prezes SPP IV kadencji, podczas uroczystości wręczenia wyróżnienia dla jednego z najlepszych szpitali w Polsce w 2006 roku. Źródło: zbiory własne Amelii Ścibior.

WARSZAWA JAKO KOLEJNA SIEDZIBA PSPP PODCZAS V I VI KADENCJI

W kolejnych kadencjach – V (2012–2016) i VI (2016–2022) – funkcję prezesa PSPP objęła Elżbieta Dróżdż-Kubicka, a oficjalną siedzibą stowarzyszenia stał się IP – Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie.

Główne kierunki działań obejmowały [18, 19]:

- Organizację sześciu edycji Ogólnopolskiej Konferencji „Pediatria i Pielęgniarstwo Pediatryczne – Nowe Wyzwania” w Ostródzie w latach 2014–2019 (w kolejnych latach VI kadencji spotkania zawieszono ze względu na obostrzenia i pandemię COVID-19).
- 30 września 2016 r. – Współorganizację wraz z IP CZD oraz Warszawską OIPIP VII Ogólnopolskiej Konferencji Naukowo-Szkoleniowej „Jesienne Spotkania Pediatryczne”. Program merytoryczny uwzględniał m.in. nowoczesne standardy opieki diabetologicznej nad dziećmi i młodzieżą, opracowane na podstawie rekomendacji Polskiej Federacji Edukacji w Diabetologii (PFED) oraz konsultanta krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa diabetologicznego.
- 2014 r. – Nawiązanie strategicznej współpracy z Fundacją My Pacjenci w ramach projektu „Rodzice dla zdrowia”. Celem tej inicjatywy było zebranie danych dotyczących jakości opieki profilaktycznej nad zdrowym dzieckiem w wieku do 5 lat w poradniach Podstawowej Opieki Zdrowotnej (POZ).



Od lewej: dr n. o zdr. Elżbieta Dróżdż-Kubicka oraz dr n. o zdr. Ewa Romankiewicz podczas VII Ogólnopolskiej Konferencji „Pielęgniarstwo Pediatryczne – Nowe Wyzwania” w 2022 roku w Ostródzie. Źródło: zbiory Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Pediatrycznych.



Od lewej: Grażyna Piegoń, Emilia Kłos-Jasińska, Urszula Chrzanowska, Ewa Romankiewicz podczas X Jubileuszowej Konferencji „Pediatria i Pielęgniarstwo Pediatryczne – Nowe Wyzwania” w Ostródzie w dniach 15–17 czerwca 2025 roku. Źródło: zbiory Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Pediatrycznych.

POWRÓT PRZEWODNICZENIA PSPP DO OLSZTYNA

VII kadencja stowarzyszenia (2022–2026) to czas powrotu siedziby do Wojewódzkiego Specjalistycznego Szpitala Dziecięcego w Olsztynie. Pod przewodnictwem nowej prezes, Ewy Romankiewicz, kontynuowano uznany cykl konferencji w Ostródzie oraz podjęto liczne nowe inicjatywy [18]:

- Organizacja pięciu kolejnych Ogólnopolskich Konferencji „Pediatria i Pielęgniarstwo Pediatryczne – Nowe Wyzwania” (edycje VII–XI) w Ostródzie w latach 2022–2026.
- Organizacja trzech Ogólnopolskich Akcji Profilaktycznych, zainicjowanych przez Krajowego Konsultanta oraz Konsultantów Wojewódzkich w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego: „Owocon” (2023 r.), „Warzywon” (2024 r.), „Sportuś” (2025 r.) oraz „Witamina” (2026 r.).
- 2023 r. – Współorganizacja I Ogólnopolskiej Konferencji dla rodziców i dzieci z dysostozami.
- 2023 r. – Zakup 4 specjalistycznych kamizelek Act Fast, służących do nauki rękoczynów ratunkowych w przypadku zakrztuszenia, oraz prowadzenie pogadek i warsztatów z pierwszej pomocy.
- 2024 i 2025 r. – Realizacja Ogólnopolskiej Akcji „Niedrożność dróg oddechowych – Ratujemy i uczymy ratować”. Program edukacyjny dotyczący postępowania w stanach nagłej niedrożności dróg oddechowych wywołanej ciałem obcym skierowany był do rodziców i opiekunów hospitalizowanych dzieci. Powstał z inicjatywy Konsultanta Krajowego oraz Konsultantów Wojewódzkich we współpracy z PSPP i OIPIP Regionu Warmii i Mazur z siedzibą w Olsztynie.
- 2024–2026 r. – Aktywny udział w organizacji Światowego Dnia Higieny Rąk.
- 2024 r. – Udział w obchodach Światowego Dnia Wcześniaka.
- 2024 r. – Nawiązanie stałej współpracy z Fundacją Twórczych Kobiąt – Centrum Nauki o Laktacji.
- 2 grudnia 2025 r. – I Spotkanie Szkoleniowe dla Pielęgniarek/Pielęgniarzy i Położnych Regionu Warmii i Mazur pt. „Zapobieganie oraz zwalczanie zakażeń i chorób zakaźnych” w Olsztynie.
- 2025 r. – I Ogólnopolska akcja promująca Światowy Dzień Wcześniaka.
- 2025 r. – Ogólnopolska Konferencja Naukowo-Szkoleniowa „Wyglądam inaczej, ale nie jestem inny” w Olsztynie.



Od lewej: Grażyna Piegoń, Danuta Rakowska-Różiewicz, Ewa Darowna, Maria Brejla, Krystyna Piskorz-Ogórek podczas XI Ogólnopolskiej Konferencji „Pediatria i Pielęgniarstwo Pediatryczne – Nowe Wyzwania” w dniach 14–16 czerwca 2026 roku w Ostródzie. Źródło: zbiory własne Doroty Mileckiej.



Od lewej: dr n. med. Krystyna Piskorz-Ogórek (Dyrektor Wojewódzkiego Specjalistycznego Szpitala Dziecięcego w Olsztynie) wręcza dyplom uznania na ręce Prezes Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Pediatrycznych – dr n. o zdr. Ewy Romankiewicz (pierwsza od prawej) podczas XI Ogólnopolskiej Konferencji „Pediatria i Pielęgniarstwo Pediatryczne – Nowe Wyzwania” w dniach 14–16 czerwca 2026 roku w Ostródzie. Źródło: zbiory Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Pediatrycznych.

- Objęcie patronatem merytorycznym licznych konferencji naukowo-szkoleniowych dedykowanych opiece nad małym pacjentem.

OBCHODY 30-LECIA POWSTANIA PSPP

W dniach 14–16 czerwca 2026 roku w Ostródzie odbyła się XI Ogólnopolska Konferencja „Pediatria i Pielęgniar-

stwo Pediatriczne – Nowe Wyzwania”, połączona z uroczystymi obchodami jubileuszu 30-lecia powstania Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Pediatricznych. Historię oraz wieloletni dorobek stowarzyszenia zaprezentowano w formie filmu dokumentalnego z udziałem jego założycielek. dopełnieniem faktów historycznych był wykład inauguracyjny pt. „Od Dziecka Zdrowego i Chorego do Stowarzyszenia Pielęgniarek Pediatricznych”, który wygłosiła dr n. med. Krystyna Piskorz-Ogórek, Dyrektor Wojewódzkiego Specjalistycznego Szpitala Dziecięcego w Olsztynie.

Z uwagi na wyjątkowy charakter jubileuszu, pierwszego dnia konferencji uhonorowano wybitne pielęgniarki oraz osoby szczególnie zasłużone dla rozwoju stowarzyszenia. Ponieważ termin zjazdu zbiegł się z końcem VII kadencji władz PSPP, 14 czerwca odbyło się również Walne Zebranie sprawozdawczo-wyborcze. W wyniku głosowania nowym Prezesem PSPP na VIII kadencję została dr n. o zdr. Ewa Romankiewicz (więcej szczegółów i relacja z wydarzenia dostępne są na stronie: www.pspp.eu).

BILANS 30 LAT DZIAŁALNOŚCI PSPP

Trzy dekady aktywności Stowarzyszenia to przede wszystkim historia osobistego zaangażowania wielu pielęgniarek, które realnie odmieniły oblicze polskiego pielęgniarstwa pediatricznego. Z perspektywy czasu najcenniejszą wartością okazały się pasja, determinacja i profesjonalizm konkretnych osób. Poza oficjalnymi władzami kolejnych kadencji, na miano wielkich osobowości i autorytetów dla przyszłych pokoleń zasłużyły m.in.: dr n. med. Krystyna Piskorz-Ogórek, pełniąca funkcję Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa pediatricznego w latach 2002–2024 (przez 22 lata), oraz Grażyna Piegdoń, wieloletnia Naczelna Pielęgniarka IP CZD w Warszawie.

Na szczególne wyróżnienie zasługują także trzy wiodące ośrodki opieki pediatricznej w Polsce, które przez lata otwierały się na ogólnokrajowe inicjatywy, wyznaczały standardy dobrych praktyk i tworzyły przestrzeń dla aktywności stowarzyszenia: Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie, Dziecięcy Szpital Kliniczny w Lublinie oraz Instytut „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka” w Warszawie [20].

Dzięki staraniom PSPP, Konsultantów ds. Pielęgniarstwa Pediatricznego oraz licznych zaangażowanych instytucji, polskie szpitale dziecięce przeszły spektakularną metamorfozę. Dawne, często odizolowane i surowe, pomalowane na biało oddziały ustąpiły miejsca placówkom

nowoczesnym i przyjaznym małym pacjentom. Dziś standardem jest całonocowa obecność rodziców przy dziecku, sale ozdobione kolorowymi motywami z bajek oraz wydzielone przestrzenie do nauki i zabawy. Przede wszystkim jednak kluczowym sukcesem było skuteczne wdrożenie założeń Europejskiej Karty Praw Dziecka w Szpitalu oraz zagwarantowanie specjalistycznej opieki uwzględniającej specyficzne potrzeby rozwojowe dzieci i młodzieży, realizowanej przez wysoko wykwalifikowaną kadrę medyczną.

BIBLIOGRAFIA:

1. Piskorz K, Darowna E, Kamieniecka E. (red.). Dziecko w zdrowiu i chorobie. Materiały z III Ogólnopolskiej Konferencji. Waplewo k/Olsztyna, Olsztyn 1998.
2. Powstanie PSPP. Polskie Stowarzyszenie Pielęgniarek Pediatricznych. Strona internetowa: <https://pspp.eu/index.php/pages/historia/item/16-najwazniejsze-dzialania-spp-w-latach-1996-2000> [dostęp: 9.03.2026].
3. Rejestr KRS. <https://rejestr.io/krs/58290/polskie-stowarzyszenie-pielengniarek-pediatricznych> [dostęp: 9.03.2026].
4. Polskie Stowarzyszenie Pielęgniarek Pediatricznych, Zarząd PSPP. Forum SPP. Biuletyn Ogólnopolski. 2004; 2: 4-5.
5. Paździor B. Sprawozdanie z działalności Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Pediatricznych w roku 2005, 2006 oraz 2007. Strona internetowa PSPP: <https://pspp.eu/index.php/pages/historia/item/18-najwazniejsze-dzialania-spp-w-leatach-2004-2008-iii-kadencja> oraz stara strona internetowa PSPP: <http://pspp008.webd.pl/> [dostęp: 9.03.2026].
6. Zarząd PSPP III Kadencji. Sprawozdanie z działalności PSPP w III kadencji (lata 2004-2008). Forum. Kwartalnik Pielęgniarki Pediatricznej. Magazyn Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Pediatricznych. 2008; 2-3: 66-68.
7. Roczne sprawozdanie z działalności organizacji pożytku publicznego za rok 2023, Strona internetowa PSPP, https://pspp.eu/images/2023/Sprawozdanie_merytoryczne_2023.pdf [dostęp: 9.03.2026].
8. Darowna E. Stowarzyszenie Pielęgniarek Pediatricznych - sprawozdanie z I kadencji. Strona internetowa, <http://pspp008.webd.pl/?id=32> oraz <https://pspp.eu/index.php/pages/historia/item/16-najwazniejsze-dzialania-spp-w-latach-1996-2000> [dostęp: 9.03.2026].
9. Działalność PSPP. Forum Stowarzyszenia Pielęgniarek Pediatricznych. Biuletyn Ogólnopolski. Numery wy-

dane w latach 2004-2010.

10. Darowna E. Sprawozdanie z II kadencji. Strona internetowa SPP: <https://pspp.eu/index.php/pages/historia/item/17-najwazniejsze-dzialania-spp-w-latach-2000-2004>, stara strona internetowa SPP, <http://pspp008.webd.pl/> [dostęp: 9.03.2026].
11. Sprawozdanie z działalności PSPP w 2005 roku. Forum Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Pediatricznych. Biuletyn Ogólnopolski. 2006; 1:1-3.
12. Piegdoń G. Jak zbadać mocne strony noworodka. Behawioralna skala oceny noworodka według Brazeltona – BNBAS. Magazyn Pielęgniarki i Położnej. 2005; 1-2: 54.
13. Paździor B. Wybrane aspekty oceny i wspomaganie rozwoju noworodka, Sprawozdanie z realizacji cyklu kursów. Forum Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Pediatricznych. Biuletyn Ogólnopolski. 2007; 1: 10-11.
14. Sprawozdanie merytoryczne z działalności PSPP za rok 2006. Forum Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Pediatricznych. Biuletyn Ogólnopolski. 2007; 2: 5-7.
15. Sprawozdanie z działalności PSPP za rok 2008. Forum. Kwartalnik Pielęgniarki Pediatricznej. Magazyn PSPP. 2009; 2: 8-11.
16. Sprawozdanie z działalności PSPP, kadencja 2004-2008. Strona internetowa PSPP: <https://pspp.eu/index.php/pages/historia/item/18-najwazniejsze-dzialania-spp-w-leatach-2004-2008-iii-kadencja>, stara strona internetowa PSPP: <http://pspp008.webd.pl/> [dostęp: 9.03.2026].
17. Skład Zarządu PSPP w IV kadencji, strona internetowa PSPP: <https://pspp.eu/index.php/pages/historia/item/44-najwazniejsze-dzialania-spp-w-latach-2008-2012-iv-kadencja> [dostęp: 9.03.2026].
18. Strona internetowa PSPP: www.pspp.eu [dostęp: 9.03.2026].
19. Jesienne Spotkania Pediatriczne. Informacja o konferencji, Warszawska Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych, strona internetowa: <https://woipip.pl/jesienne-spotkanie-pediatriczne/> [dostęp: 9.03.2026].
20. Milecka D, Garwacka-Czachor E. Rozwój pielęgniarstwa pediatricznego w Polsce. [w:] Białek E, Kodzis-Sofińska Wojnar A, Wróblewski P. (red. nauk). Medycyna i Dziecko. Rozprawy i szkice z historii medycyny i literatury. Tom I. Wrocław: Quaestio, 2025: 209-278.

MARIA PACULA I JEJ DROGA W PTP

ELŻBIETA GARWACKA-CZACHOR, TERESA FICHTNER-JERUZEL
POLSKIE TOWARZYSTWO PIELĘGNIARSKIE ODDZIAŁ WE WROCŁAWIU

Oddanie pacjentom, wierność jednemu szpitalowi i niespożyta energia, którą przez dekady dzieliła się również z Polskim Towarzystwem Pielęgniarskim. W tym wydaniu biuletynu przybliżamy sylwetkę Marii Paculi – zasłużonej wrocławskiej pielęgniarki, instruktorki i wieloletniej działaczki wrocławskiego Oddziału PTP. Jej życiorys to nie tylko ważny fragment historii pielęgniarstwa w regionie, ale przede wszystkim inspirująca opowieść o tym, że praca na rzecz drugiego człowieka to pasja, która nie mija wraz z przejściem na emeryturę.



Maria Pacula

DZIECIĘCE MARZENIE, KTÓRE STAŁO SIĘ MISJĄ ŻYCIA

Impuls do wyboru drogi życiowej często rodzi się z osobistych doświadczeń. W przypadku Marii Paculi decydujący okazał się okres dzieciństwa – była dość chorym dzieckiem, a leczenie wiązało się z pobytami w szpitalu. To właśnie wtedy, obserwując pracę ówczesnych pielęgniarek, młoda wrocławianka podjęła decyzję: w przyszłości założyć czepek. Cel realizowała z dużą konsekwencją. Po ukończeniu szkoły podstawowej rozpoczęła naukę w Liceum Medycznym we Wrocławiu przy ul. Poniatowskiego. W 1967 roku odebrała upragniony dyplom, który otworzył jej drzwi do trwającej blisko cztery dekady kariery zawodowej.

JEDNA PLACÓWKA, CAŁE ZAWODOWE ŻYCIE

Większość współczesnych ścieżek zawodowych charakteryzuje się dużą zmiennością, jednak historia Marii Paculi jest pod tym względem wyjątkowym świadectwem wierności i lojalności. W 1967 roku podjęła pracę na oddziale chirurgicznym Państwowego Szpitala Klinicznego nr 5 we Wrocławiu przy ul. Traugutta 57/59. Nie przypuszczała wówczas, że mury tego szpitala staną się jej drugim domem na całe życie zawodowe.

Z oddziału chirurgicznego trafiła na oddział wewnętrzny, gdzie pełniła odpowiedzialną funkcję pielęgniarki zabiegowej. Szybko dostrzeżono jej talent orga-

nizacyjny oraz naturalne predyspozycje przywódcze – wielokrotnie powierzano jej zastępstwa pielęgniarki oddziałowej, a niekiedy także przełożonej pielęgniarek. Chcąc w pełni profesjonalnie odpowiadać na te wyzwania, w 1973 roku ukończyła wtedy elitarny, 10-miesięczny Kurs dla Kierowniczej Kadry Pielęgniarskiej w zamkniętej opiece zdrowotnej.

Wkrótce w szpitalu klinicznym pojawiły się słuchaczki Państwowej Szkoły Pielęgniarstwa. Maria Pacula, czując potrzebę dzielenia się wiedzą i kształtowania kolejnych pokoleń, postanowiła zdobyć przygotowanie pedagogiczne. W 1978 roku ukończyła 3-letnie Studium Nauczycielskie Średnich Kadr Medycznych, co pozwoliło jej na objęcie stanowiska instruktorki w szkole przy ul. Krakowskiej 28. Jej profesjonalizm i autorytet zaowocowały awansem – w 1982 roku objęła funkcję Przełożonej Pielęgniarek w PSK nr 5. Stanowisko to piastowała nieprzerwanie aż do przejścia na zasłużoną emeryturę w 2003 roku, podnosząc w międzyczasie swoje kwalifikacje na 2-letniej specjalizacji z organizacji i zarządzania (1996 r.).



Maria Pacula podczas pracy



Międzynarodowy Dzień Pielęgniarki w PSK 5. Od lewej: Teresa Łuczkowska, obok Maria Pacula

SERCE I ENERGIA DLA POLSKIEGO TOWARZYSTWA PIELĘGNIARSKIEGO

Równolegle do imponującej pracy administracyjnej, Maria Pacula rozwijała swoją wielką pasję, jaką była działalność społeczna w strukturach Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego. Do PTP wstąpiła w 1974 roku. Impulsem do tego było spotkanie z ówczesną Przewodniczącą Zarządu Oddziału Wojewódzkiego, Elżbietą Krupą, która zaszczerpiła w młodej pielęgniarce idee i cele przyświecające Stowarzyszeniu. Z jej merytorycznym wsparciem Maria Pacula podjęła się trudnego zadania: utworzyła Koło PTP w swoim macierzystym szpitalu i stanęła na jego czele jako Przewodnicząca.

W tamtych latach działalność Koła koncentrowała się wokół dwóch kluczowych obszarów – organizowania nowoczesnych szkoleń podnoszących kwalifikacje personelu oraz szeroko pojętej pomocy socjalnej dla koleżanek w potrzebie. Szybko jednak potencjał Marii Paculi zaczął wykraczać poza ramy jednej placówki. Zaangażowała się w prace na szczeblu wojewódzkim jako członkini Zarządu Oddziału PTP we Wrocławiu. Przez wiele lat jej szczególną misją była dbałość o pamięć i korzenie profesji, co realizowała jako członkini Komisji Historycznej – w strukturach tych działała społecznie aż do 2023 roku.

Kroniki wrocławskiego PTP zapamiętują ją jako osobę niezwykle energiczną, rzetelną i gotową do podjęcia każdego zadania. Uczestniczyła w organizacji wielu konferencji i uroczystości z okazji Międzynarodowego Dnia Pielęgniarki, integrując środowisko podczas spotkań w Sobótce, Obornikach Śląskich czy Lasocinie.

Warto również przypomnieć wyjątko-

wy epizod z 1991 roku. Podczas wyborów do Sejmu RP wrocławski Oddział PTP podjął odważną próbę wprowadzenia swoich przedstawicieli do parlamentu, tworząc komitet wyborczy „PETEP”. Maria Pacula weszła w skład tego komitetu i z pełnym zaangażowaniem odwiedzała wraz z pozostałymi jego członkami koła w regionie, prezentując i promując kandydatury Elżbiety Cisakowskiej, Wandy Kucharskiej oraz Jolanty Kowalik.



Maria Pacula podczas konferencji w Sobótce z okazji Międzynarodowego Dnia Pielęgniarki (1994 r.)

AKTYWNOŚĆ, KTÓRA NIE ZNA WIEKU

Przejście na emeryturę nie oznaczało dla Marii Paculi rezygnacji z aktywności społecznej. Swoje wieloletnie doświadczenie i empatię skierowała na nowe tory.

Związała się z wrocławską Fundacją „Siwy Dym”, gdzie poszerzyła wiedzę z zakresu wsparcia osób zmagających się z depresją oraz chorobą Alzheimera.

Od 2016 roku jest także słuchaczką Uniwersytetu Trzeciego Wieku przy Uniwersytecie Medycznym we Wrocławiu. Pogodę ducha i aktywność wyraża ponadto w zespole „Szczęśliwe Emerytki”, działającym przy Dolnośląskiej Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych.

ZASŁUŻONE UZNANIE I PRYWATNE PASJE

Ta wieloletnia, bezinteresowna praca na rzecz drugiego człowieka oraz środowiska pielęgniarskiego spotkała się z należnym uznaniem władz państwowych i stowarzyszeniowych. Maria Pacula została uhonorowana m.in.:

- Odznaką „Za wzorową pracę w służbie zdrowia” (1983 r.)
- Honorową Odznaką Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego (1985 r.)
- Złotym Krzyżem Zasługi (2004 r.)

Pytana o swoje autorytety, Maria Pacula zawsze bez wahania wskazuje Teresę Fichtner-Jeruzel – wieloletnią przełożoną, naczelną pielęgniarkę i Dyrektorkę ds. Pielęgniarsstwa Okręgowego Szpitala Kolejowego we Wrocławiu, a zarazem zasłużoną, wieloletnią Przewodniczącą, a od dwóch lat wciąż aktywną Wiceprzewodniczącą wrocławskiego PTP, z którą od 1983 roku współpracowała w strukturach Towarzystwa.

Choć w ostatnim okresie stan zdrowia nieco ograniczył jej dotychczasową aktywność, Maria Pacula nie traci optymizmu. Jak sama podkreśla, wreszcie ma czas na realizację prywatnych pasji: czytanie książek (głównie o tematyce historycznej), zwiedzanie Wrocławia i Dolnego Śląska z przewodnikiem, a także regularne wizyty w teatrze, operze i filharmonii. W tych wszystkich działaniach niezmiennie od lat ma ogromne oparcie w najbliższej rodzinie – ukochanej siostrze Annie oraz siostrzeńcu, na których pomocną dłoń zawsze może liczyć.

Maria Pacula to postać, której życiorys udowadnia, że pielęgniarstwo to nie tylko zawód, ale przede wszystkim stan ducha i niegasnąca pasja społeczna, trwająca przez całe życie.

Droga Mario, życzymy Ci dużo zdrowia i niestabnącej radości z Twoich pasji i zainteresowań. Niech każda nowa lektura historyczna wciąga Cię bez reszty, a kolejne wycieczki pozwalają zachwycać się urokami Wrocławia i Dolnego Śląska. Dziękujemy za Twój uśmiech, energię i ogromne serce, które przez tyle lat oddawałaś wrocławskiemu PTP!

ZACZEPEK ETYCZNY PRZESTROGA TIMAJOSA

DR HAB. JAROSŁAW BARAŃSKI - ETYK, FILOZOF, KIEROWNIK ZAKŁADU
HUMANISTYCZNYCH NAUK LEKARSKICH UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO
IM. PIASTÓW ŚLĄSKICH WE WROCŁAWIU

W „Timajosie” kapłan egipski, Sonchis z miasta Sais bądź Psenophis z Heliopolis, który przekazał Solonowi historię Atlantydy, rzekł do Solona jako do reprezentanta Hellady, który udał się do Egiptu w swoją pierwszą podróż, prawdopodobnie przed 560 rokiem p.n.e.: „jesteście wszyscy młodzi duszą, bo w niej nie macie złożonego żadnego poglądu, który by pochodził od starej tradycji, ani żadnej nauki wyblakłej przez czas”.

Przyczyna tego stanu niepamięci wydaje się dla kapłana prosta: za tą nią stoją katastrofy, głównie potop, który pozwala przeżyć jedynie „analfabetom i ignorantom”. Pamięć wymaga świętości i powinna być ona strzeżona po to, aby katastrofy nie mogły jej sięgnąć. Bogowie czy władcy mają skłonność do oczyszczania pamięci, czyli do jej rugowania z naszych umysłów po to tylko, abyśmy nie mogli czym myśleć. Bo bezmyślność jest młodzieńczym zapalem oddawania czci bogom lub władcom. Pamięć, niestety, gdy przywoła to, co minione, to może się okazać – co jest bardzo niebezpieczne – że ten młody świat jest zmarszałą kopią dawnego.

Timajos jednak uczula na to, że pamięć milknie po wszelakich katastrofach. Pytanie zasadnicze jest takie, czy mamy

wpływ na to, aby ich uniknąć lub inaczej: co powoduje, że one się nam zdarzają? Kritias odpowiada przywołując mit o Atlantydzie, na wyspie której żyli ludzie „w łącności z cnotą”. Lecz świat ten począł podupadać, a to z powodu zaniku boskiego pierwiastka, który ustępował elementom śmiertelnym pod naporem ludzkiego charakteru, a gdy już nie mogli znieść swojego powodzenia, poczęli niszczyć to wszystko, co dla nich było najcenniejsze, postanowili postępować haniebnie – „byli pełni niesprawiedliwej chciwości i fizycznej siły”. Cóż mogło się stać takiego na Atlantydzie, że ludzie cnoty przywarami zastąpili, chępiąc się niesprawiedliwością? Pozostaje nam jedynie domyślać się, że ich tradycję oczyścił nie tyle oceaniczny potop, lecz oni sami chlubiąc się czynieniem krzywdy: występowali bowiem przeciwko sobie i przeciwko własnemu ustrojowi. Zeus postanowił ukarać mieszkańców Atlantydy, aby „wrócili do rozwagi i stali się rozumniejszymi”. Nawet skierował do nich słowa, ale rękopis „Kritiasa” w tym momencie się urywa. Domyślanie się słów Zeusa byłoby wyrazem pychy, toteż nie wiemy, co powiedział i jak zostały jego słowa odebrane, aczkolwiek wiemy, że słuch o tym idealnym państwie zaginął. Pozostała jedynie

przestroga Timajosa. Płonną jest nadzieja, która pobrzmiwa w słowach kapłana egipskiego: ci, którzy po potopach ostają, w żaden sposób pamięci nie przywołają – albo nie potrafią już czytać, albo nie chcą czytać, jeśli potrafią. W mrocznych opisach puentuje swoją wypowiedź kapłan egipski, zwracając się do Solona tymi słowami: „I tak znowu stajecie się na powrót młodymi i nic nie wiecie, co się stało tutaj lub u was w dawnych czasach”. Wtedy była ta młodość kulturowa wymuszona przez działania bogów, dziś infantylizacja kultury jest wyborem ludzi. Niepamięć zapewne uwolni nas od zmór sennych, lecz przyczyni się do ich obecności na jawie.

Przestroga Timajosa tkwi również w słowach Kritiasa, który opisuje Atlantyde, gdy nie chyliła się jeszcze ku upadkowi: „ich uczucia były szczere, a oni sami wielkoduszni; łączyli łagodność z rozumem wobec nadarżających się z czasem zmieniających kolei życia i wobec siebie wzajemnie. Dlatego gardzili wszystkim z wyjątkiem cnoty, nie przykładali wielkiej wagi do posiadanych dóbr i innych posiadanych rzeczy. Nie upajali się pychą z powodu swoich bogactw, nie tracili panowania nad samymi sobą i w ten sposób uniknęli upadku”. Żyli po prostu rozumnie: wolni od gniewu, załości, pazerności, kłamstwa i oszustwa. To zatem jedyna droga, według Kritiasa, do tego, aby pamięć kulturowa i jej nosiciele przetrwali. Niestety, żyjąc haniebnie sprowokowali gniew bogów.

Mit sięga początków, które toną w zapomnieniu, a przywoływany objawia się nam w czasie sakralnym, którego ludzka niepamięć nie zdoła zatrzeć. Nawet wtedy, gdy Atlantyda poprzez katastrofę uległa oczyszczeniu przez wodę i ogień, które bezpowrotnie niszczyły grzech Atlantydw. Atlantyda była wyspą, którą Posejdon otrzymał od bogów jako miejsce swojej czci. Na niej zamieszkał i spłodził królewski ród ze śmiertelną kobietą, Klejto. Ab origine miała Atlantyda boskie źródło. Oddaje jej mit dwoistość ludzkiego bytu i tę dwoistość w sobie nosi: mówi o powstaniu i narodzinach, czyli o początku, jak również o zniszczeniu, zagładzie, czyli o końcu. Ten mit prześwituje, także w swej rudymen tarnej postaci, przez szczeliny rzeczywistości codziennej i prowokuje do odtworzenia mitycznej struktury kulturowej, która leży u podstaw codzienności, nadaje sens ludzkiej krzątaninie, którą jest tworzenie czasu historycznego. Bruno Schulz pisze: „Istotą rzeczywistości jest sens. Co nie ma sensu, nie jest dla nas rzeczywiste. Każdy fragment rzeczywistości żyje dzięki temu, że ma udział w jakimś sensie uniwersalnym. A wtedy jest zrozumiała konkluzja mówiąca, że „Sens jest pierwiastkiem, który unosi ludzkość w proces rzeczywistości”.



Uwaga pielęgniarki i położne spoza UE posiadające warunkowe prawo wykonywania zawodu lub prawo wykonywania zawodu wydane w trybie uproszczonym!

Przypominamy, że warunkowe prawo wykonywania zawodu oraz prawo wykonywania zawodu wydane na określony zakres czynności, okres i miejsce zatrudnienia jest ważne maksymalnie przez 5 lat od dnia jego wydania.

Po upływie tego okresu prawo wykonywania zawodu wygasa, co oznacza brak możliwości dalszego wykonywania zawodu na terytorium Polski.

Warto podkreślić, że jedyną możliwością przedłużenia tych uprawnień jest rozpoczęcie kształcenia na studiach I stopnia na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo w Polsce.

Przedłużenie prawa wykonywania zawodu jest możliwe wyłącznie wtedy, gdy osoba:

realizuje studia I stopnia na kierunku pielęgniarstwo albo położnictwo o jest aktualnie zatrudniona w zawodzie na terenie Polski oraz przedłoży odpowiednie zaświadczenia we właściwej Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych (w której jest zarejestrowana) potwierdzające zatrudnienie w zawodzie pielęgniarki /położnej oraz odbywanie studiów kierunkowych.

Przedłużenie może zostać przyznane przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych, jednak nie dłużej niż na 3 lata.

Jeżeli posiadasz warunkowe prawo wykonywania zawodu i zbliża się termin upływu jego ważności, nie zwlekaj z podjęciem decyzji dotyczącej dalszego kształcenia.

Szczegółowe informacje znajdują się w komunikacie:

Pełny komunikat NIPiP - link poniżej

<https://www.doipip.wroc.pl/wp-content/uploads/2026/06/Komunikat-27.05.2026r.pdf>



PODZIĘKOWANIE

dla Pani Barbary Serockiej

Droga Basiu

Przez lata udowadniałaś, że nie ma rzeczy niemożliwych - zawsze wiedziałaś co zrobić, komu pomóc i jak uspokoić nawet największy chaos. Byłaś naszą encyklopedią, wsparciem i dobrym duchem oddziału.

Teraz nadszedł najprzyjemniejszy dyżur - bez budzika. Niech emerytura będzie pełna zdrowia, śmiechu i czasu dla bliskich.

Dziękujemy za wiedzę, wsparcie i niezliczoną liczbę wspólnych uśmiechów.

Będzie nam Ciebie bardzo brakować, ale pamiętaj emerytura nie zwalnia z odwiedzin.

Twoje koleżanki z oddziału dziennego chemioterapii Dolnośląskiego Centrum Onkologii Pulmonologii i Hematologii.



WYŻSZA SZKOŁA MEDYCZNA W LEGNICY

REKRUTACJA 2026/27

PIELĘGNIARSTWO

STUDIA MAGISTERSKIE (II stopnia)

TRYB WEEKENDOWY Piątek - Niedziela
Kluczowe dla osób pracujących na etacie! **2 zajęcia/miesiąc**

- Najwyższe wynagrodzenia absolwentów naszej uczelni na kierunku Pielęgniarstwo II stopnia wśród wszystkich uczelni prywatnych w Polsce zachodniej w latach 2025-2026 r. - **12 267 zł brutto***
(* - Ogólnopolski System Monitorowania Ekonomicznych Losów Absolwentów 2026 r.)
- Pierwsza uczelnia prywatna na Dolnym Śląsku z II stopniem Pielęgniarstwa
- Akredytacja PKA i Certyfikat MZ

Zwrot inwestycji w ~10 miesięcy

Opłata za studia (rekrutacja):
- do 30.06.2026 r. **4800 zł / semestr**
- od 01.07.2026 r. **4900 zł / semestr**

tel. 76 854 99 33
tel. kom. 796 996 088
email: dziekana@wsmlagnica.pl

www.wsmlegnica.pl

„Kiedy tracisz kogoś, kogo kochasz, zyskujesz anioła, którego znasz...”

Niech wspomnienia MAMY dadzą Ci spokój i ukojenie.
Najszczerze wyrazy współczucia
oraz słowa otuchy po śmierci MAMY,
naszej koleżance

EWIE ŻAK

składają koleżanki i koledzy z Oddziału Anestezjologii
i Intensywnej Terapii, Szpitala im. T. Marciniaka

„Nigdy nie ma dobrego momentu na pożegnanie bliskich,
Ale zawsze jest dobry czas, żeby otulić ich myślami”

TERESIE SZERSZEŃ

szczerze wyrazy współczucia i słowa otuchy
z powodu śmierci TEŚCIOWEJ

składa:

Przewodnicząca i członkowie Dolnośląskiej Okręgowej
Rady Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu

„Choć czas Jej życia okazał się zbyt krótki,
pamięć o Niej pozostanie na zawsze.”

Z głębokim smutkiem przyjęliśmy wiadomość o śmierci

LIDII KRĘPY

pielęgniarki, która przez wiele lat z oddaniem,
profesjonalizmem i empatią służyła pacjentom, pracując
w Oddziale Neurologii z Pododdziałem Udarowym.

Jej życzliwość, zaangażowanie oraz troska
o drugiego człowieka na zawsze pozostaną w pamięci
współpracowników i wszystkich,
którzy mieli zaszczyt Ją poznać.

Rodzinie, Bliskim oraz Współpracownikom składamy
wyrazy głębokiego współczucia i słowa wsparcia w tym
trudnym czasie.

Zastępca Dyrektora ds. Pielęgniarskich – Pielęgniarka
Naczelną

wraz z Pielęgniarkami i Pielęgniarskimi Oddziałowymi
oraz zespołami pielęgniarskimi
Dolnośląskiego Szpitala Specjalistycznego
im. T. Marciniaka – Centrum Medycyny Ratunkowej
we Wrocławiu

„Ludzie, których kochamy zostają z nami na zawsze”

Naszej Koleżance

MARYSI ROŻEK

wyrazy głębokiego współczucia z powodu śmierci męża

składają

Koleżanki i koledzy Oddziału Dermatologii
z Pododdziałem Dermatologii Dziecięcej WSS
ul. Kamińskiego we Wrocławiu.

„Nie umiera ten, kto trwa w pamięci żywych”
ks. Jan Twardowski.

Z ogromnym smutkiem i bólem przyjęliśmy wiadomość
o śmierci naszej koleżanki

LIDII KRĘPY

pielęgniarki.

Na zawsze pozostanie w naszej pamięci jako osoba
życzliwa, oddana pracy obecna dla innych w chwilach,
kiedy najbardziej potrzebowali wsparcia.

Koleżanki z Oddziału Chorób Wewnętrznych
w Strzelinie.

Na odejście Bliskich nie można się przygotować.
Śmierć zawsze jest nie na miejscu i nie w porę
- za szybko, za rano, za nagle...

Nie pyta, nie uprzedza, nie dyskutuje.

Przychodzi i zostawia ból...

Ból, który ukoić mogą tylko wspomnienia.

Naszej Koleżance

ANNIE BONIEWICZ

I Jej Rodzinie

Najszczerze wyrazy współczucia z powodu nagłej
śmierci Męża

Składa Dyrekcja, Koleżanki, Koledzy oraz
Współpracownicy
Bonifraterskiego Centrum Medycznego we Wrocławiu

**DOLNOŚLĄSKA OKRĘGOWA IZBA
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH we Wrocławiu**
ul. Powstańców Śląskich 50, 53-333 Wrocław
tel. 71 333 57 02, fax 71 373 20 56
e-mail: info@doipip.wroc.pl
www.doipip.wroc.pl

NUMER KONTA BANKOWEGO DOIPI
na który należy przekazywać SKŁADKI
CZŁONKOWSKIE
Bank PEKAO SA O/Wrocław
Nr konta: 63 1240 6670 1111 0000 5641 0435

GODZINY PRACY BIURA DOIPI
we Wrocławiu
poniedziałek, środa, czwartek: 8-16
wtorek: 8-17, piątek 8-15

BIBLIOTEKA
czynna codziennie
w godzinach pracy BIURA

DZIAŁ KSZTAŁCENIA
tel. 71 333 57 08
poniedziałek, środa, czwartek: 8-16
wtorek: 8-17, piątek 8-15
e-mail: dzialksztalcenia@doipip.wroc.pl

KONTO DZIAŁU KSZTAŁCENIA
Bank PEKAO SA O/Wrocław
Nr konta: 13 1240 6670 1111 0000 5648 5055

GODZINY PRACY KASY
poniedziałek, środa: 10-16;
wtorek, czwartek: 8-13
piątek: NIECZYNNIA
tel. 71 333 57 02

**OKRĘGOWY RZECZNIK
ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAWODOWEJ**
tel. 71 333 57 13
poniedziałek, wtorek, środa: 15:30-18:00
czwartek: 14:00-16:00

**OKRĘGOWY SĄD PIELĘGNIAREK
I POŁOŻNYCH**
tel. 71 333 57 02
Informacja o dyżurach pod numerem telefonu
lub w Sekretariacie Biura DOIPI

RADCA PRAWNY – Marcin Dzik
poniedziałek: 12.30-15.30, środa: 8:00-12:00
tel. 785 930 294
e-mail: info@doipip.wroc.pl

KASA POŻYCZKOWA PRZY DOIPI
Bank PKO BP IV Oddział Wrocław,
ul. Gepperta 4
Nr konta: 56 1020 5242 0000 2702 0019 9224
tel. 71 333 57 02
Informacje o stanie swojego konta w Kasie
Pożyczkowej można uzyskać w czasie dyżuru
w środę 15-16.30 telefonicznie lub osobiście.
KSIĘGOWOŚĆ IZBY NIE PROWADZI KASY
POŻYCZKOWEJ I NIE UDZIELA INFORMACJI.

WYKAZ TELEFONÓW W SIEDZIBIE BIURA DOIPI WE WROCŁAWIU

Sekretariat	71 333 57 02	Księgowość	71 333 57 06
Sekretariat (fax)	71 373 20 56	Kasa	71 333 57 02
Dyrektor Biura	71 333 57 00	Okręgowy Rzecznik	
Przewodnicząca	71 333 57 02	Odpowiedzialności Zawodowej	71 333 57 13
Wiceprzewodnicząca	71 333 57 10	Okręgowy Sąd	
Sekretarz	71 333 57 04	Pielęgniarek i Położnych	71 333 57 02
Skarbnik	71 333 57 05	Dział Kształcenia	71 333 57 08
Ewidencja/rejestr piel. i poł.	71 333 57 09/ 71 333 57 11	Kierownik Działu Kształcenia	71 333 57 12
Ewidencja/rejestr piel. i poł.	71 333 57 14	Radca Prawny	785 930 294
Praktyki zawodowe	71 333 57 07	Biblioteka	71 333 57 11

KONSULTANCI WOJEWÓDZCY W DZIEDZINACH:

- **PIELĘGNIARSTWO ANESTEZJOLOGICZNE
I INTENSYWNEJ OPIEKI** – mgr Ewa Pielichowska
4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SP ZOZ
ul. Rudolfa Weigla 5, 50-981 Wrocław
T: 261 660 207, 608 309 310
E: naczelnia.pielęgniarka@4wsk.pl
- **PIELĘGNIARSTWA GINEKOLOGICZNEGO
I POŁOŻNICZEGO** OD 01.10.2022 R.
– Dr n. med. Monika Przestrzelska
Zakład Położnictwa i Pielęgniarstwa
Ginekologiczno-Położniczego
ul. Bartla 5, 50-996 Wrocław
T: 71 784 18 24, 608 509 727
E: mprzestrzelska.konsultantd@gmail.com
- **PIELĘGNIARSTWA W OPIECE
DŁUGOTERMINOWEJ** – mgr Dorota Rudnicka
Ośrodek Medycyny Paliatywnej i Hospicyjnej
Będkowo Sp. z o.o. Sp. k.
Będkowo 1, 55-100 Trzebnica
T: 71 722 29 48, 603 852 669
E: drudnicka@hospicjumbedkowo.pl
- **PIELĘGNIARSTWA INTERNISTYCZNEGO**
prof. dr hab. n. med. Uchmanowicz Izabella
Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich
we Wrocławiu
E: izabella.uchmanowicz@umw.edu.pl
- **PIELĘGNIARSTWA ONKOLOGICZNEGO**
– dr n. med. Elżbieta Garwacka-Czachor
Dolnośląskie Centrum Onkologii,
Pulmonologii i Hematologii
pl. Hirsztfelda 12, 53-413 Wrocław
T: 71 36 89 260, 603 38 58 98
E: e.garwacka@gmail.com
- **PIELĘGNIARSTWA PEDIATRYCZNEGO**
– mgr Klaudia Michnik
T: 787 523 032
E: klaudiamichnik5@gmail.com
- **PIELĘGNIARSTWA PSYCHIATRYCZNEGO**
– dr n. o zdr. Jerzy Twardak
Uniwersytet Medyczny
Zakład Pielęgniarstwa Rodzinnego
ul. Bartla 5, 56-618 Wrocław
T: 668 193 147
E: jerzy.twardak@umed.wroc.pl
- **PIELĘGNIARSTWA CHIRURGICZNEGO
I OPERACYJNEGO**
dr n. o zdr. Chudiak Anna Krystyna
Dolnośląskie Centrum Onkologii,
Pulmonologii i Hematologii
T: 726 510 816
E: chudiakanna@gmail.com
- **PIELĘGNIARSTWO OPIEKI PALIATYWNEJ**
– mgr Ewa Śniechowska-Krzyżanowska
Bonifraterskie Centrum
Zdrowia sp. z o.o.
ul. Gen. R. Traugutta 57
T: 728 871 779
E: ewakrzyżanowska@gmail.com
- **PIELĘGNIARSTWA RATUNKOWEGO**
– dr n. o zdr. Wiesław Zielonka
Pogotowie Ratunkowe w Legnicy
ul. Dworcowa 7, 59-220 Legnica
T: 502 676 039
E: w.zielonka@pogotowie-legnica.pl
- **PIELĘGNIARSTWA EPIDEMIOLOGICZNEGO**
– mgr Dorota Kaczor
Dolnośląskie Centrum Rehabilitacji Sp.z o.o.
ul. J.Korczaka 1, 58-400 Kamienna Góra
T: 606 226 655
E: kador@wp.pl
- **PIELĘGNIARSTWA GERIATRYCZNEGO**
dr hab. Wróblewska Izabela Małgorzata
Collegium Witelona Uczelnia Państwowa
T: 76 723 22 15
E: izabella.wroblewska@collegiumwitelona.pl

bo ca[®] DERMIC

SPRAY NA SKÓRĘ NARAŻONĄ NA DŁUGOTRWAŁY UCISK, OTARCIA, PODRAŻNIENIA.



płyn na skórę 200 ml



ZESKANUJ KOD
I DOWIEDZ SIĘ
WIĘCEJ



Wąkrota azjatycka

Regeneracja naskórka



Kasztanowiec

Uczucie lekkości



Ostropest plamisty

Jędrność i antyoksydacja



Formuła hydro-lipidowa

Ochrona i nawodnienie

SOLPHARM[®] S

Producent:
Solpharm Sp. z o.o.
ul. Zakątek 1, 05-270 Marki
www.solpharm.pl