

ZARZĄDZENIE nr 13/2026
DZIEKANA WYDZIAŁU NAUK MEDYCZNYCH
z dnia 29 września 2026 r.

**w sprawie zasad weryfikacji zgodności programu studiów ze standardem kształcenia
oraz monitorowania skuteczności działań w ramach wydziałowego systemu zapewnienia
jakości kształcenia na kierunku pielęgniarstwo**

§ 1

Działając na podstawie § 23 pkt 12, ppkt. a i n Statutu Poznańskiej Akademii Medycznej Nauk Stosowanych im. Księcia Mieszka I oraz w związku z koniecznością zapewnienia stałej zgodności programu studiów na kierunku pielęgniarstwo ze standardem kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu pielęgniarki, a także w celu wzmocnienia mechanizmów wewnętrznego systemu zapewnienia jakości kształcenia, zarządza się, co następuje:

§ 1

1. Wprowadza się zintegrowany system:
 1. weryfikacji zgodności programu studiów ze standardem kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu pielęgniarki;
 2. monitorowania prawidłowości realizacji programu studiów;
 3. identyfikowania niezgodności oraz obszarów ryzyka;
 4. wdrażania działań korygujących i zapobiegawczych;
 5. oceny skuteczności działań podejmowanych w ramach wydziałowego systemu zapewnienia jakości kształcenia.
2. System, o którym mowa w ust. 1, obejmuje studia pierwszego i drugiego stopnia na kierunku pielęgniarstwo.
3. Celem systemu jest zapewnienie, aby program studiów oraz sposób jego realizacji pozostawały w pełnej zgodności z:
 1. obowiązującymi przepisami prawa;

2. właściwym standardem kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu pielęgniarki;
3. uchwałami i zarządzeniami obowiązującymi w Uczelni;
4. zasadami wewnętrznego systemu zapewnienia jakości kształcenia.

§ 2

1. Weryfikacja programu studiów obejmuje w szczególności:
 1. liczbę godzin zajęć (w tym zajęć symulacyjnych i praktycznych) i praktyk zawodowych;
 2. prawidłowość przypisania punktów ECTS;
 3. sposób ujmowania pracy własnej studenta;
 4. efekty uczenia się i ich przyporządkowanie do poszczególnych zajęć;
 5. treści programowe;
 6. sekwencyjność realizacji zajęć;
 7. formy zajęć;
 8. liczebność grup studenckich;
 9. organizację zajęć w warunkach symulowanych;
 10. organizację zajęć praktycznych i praktyk zawodowych;
 11. kwalifikacje nauczycieli akademickich i innych osób prowadzących zajęcia;
 12. metody i kryteria weryfikacji efektów uczenia się;
 13. zasady dyplomowania;
 14. zgodność sylabusów z Programem studiów, Harmonogramem realizacji programu studiów i standardem kształcenia;
 15. spójność dokumentacji programowej.
2. Weryfikacji podlega zarówno program studiów jako całość, jak i każda jego istotna modyfikacja.

§ 3

1. Każda istotna zmiana programu studiów podlega co najmniej dwuetapowej weryfikacji.
2. Pierwszy etap obejmuje analizę merytoryczną przeprowadzaną przez:
 1. osoby odpowiedzialne za kierunek (Dziekan i właściwi Prodziekani);
 2. Radę Programową kierunku pielęgniarstwo;

3. Radę Interesariuszy, w zakresie związanym z profilem praktycznym i otoczeniem społeczno-gospodarczym.
3. Drugi etap obejmuje niezależną weryfikację przez Wydziałową Komisję ds. Zapewnienia i Oceny Jakości Kształcenia.
4. Dokumentacja może zostać skierowana do dalszego procedowania przez Radę Wydziału i Senat Uczelni dopiero po:
 1. zakończeniu obu etapów weryfikacji;
 2. usunięciu stwierdzonych rozbieżności;
 3. potwierdzeniu zgodności zmian ze standardem kształcenia.

§ 4

1. Kompleksowy przegląd programu studiów przeprowadzany jest nie rzadziej niż raz w roku.
2. Przegląd obejmuje w szczególności:
 1. zgodność programu z aktualnymi przepisami i standardem kształcenia;
 2. spójność Harmonogramu realizacji programu studiów, siatki ECTS i sylabusów;
 3. ocenę sekwencyjności zajęć;
 4. wyniki weryfikacji efektów uczenia się;
 5. wyniki egzaminów i procesu dyplomowania;
 6. wyniki ankiet studenckich;
 7. wyniki hospitacji;
 8. opinie interesariuszy wewnętrznych i zewnętrznych;
 9. organizację zajęć praktycznych i praktyk zawodowych;
 10. organizację zajęć realizowanych w warunkach symulowanych;
 11. zabezpieczenie kadrowe;
 12. dostępność infrastruktury i zaplecza dydaktycznego.
3. Wyniki przeglądu są dokumentowane w formie protokołu.

§ 5.

1. Wprowadza się obowiązek cyklicznego, udokumentowanego przeglądu liczby i kwalifikacji nauczycieli akademickich oraz innych osób prowadzących zajęcia.
2. Przegląd kadrowy przeprowadzany jest dwa razy w roku:

1. do dnia 31 marca;
2. do dnia 30 września.
3. Za przeprowadzenie przeglądu odpowiadają właściwi Prodziekani kierunku pielęgniarstwo oraz Wydziałowa Komisja ds. Zapewnienia i Oceny Jakości Kształcenia.
4. Przegląd obejmuje w szczególności:
 1. liczbę studentów w poszczególnych rocznikach;
 2. przewidywaną liczebność kolejnych roczników;
 3. wymaganą liczebność grup;
 4. liczbę grup koniecznych do utworzenia;
 5. liczbę godzin zajęć w poszczególnych formach;
 6. liczbę godzin zajęć symulacyjnych;
 7. liczbę godzin zajęć praktycznych;
 8. liczbę osób aktualnie prowadzących zajęcia;
 9. kwalifikacje zawodowe, naukowe i dydaktyczne kadry;
 10. formę i zakres zatrudnienia;
 11. rzeczywiste i prognozowane obciążenie dydaktyczne;
 12. potrzeby rekrutacyjne;
 13. potrzeby szkoleniowe;
 14. potencjalne ryzyka kadrowe dla pełnego cyklu kształcenia.
5. Wyniki przeglądu przedstawiane są Dziekanowi w formie pisemnego zestawienia.

§ 6

1. W przypadku stwierdzenia niedoboru lub ryzyka niedoboru kadry właściwi Prodziekani, we współpracy z Działem Kadr, podejmują działania rekrutacyjne.
2. Rekrutacja prowadzona jest w szczególności poprzez:
 1. współpracę z Okręgową Izbą Pielęgniarek i Położnych w Poznaniu;
 2. publikację ogłoszeń w kanałach informacyjnych OIPiP;
 3. publikację ofert na portalach rekrutacyjnych, w tym Pracuj.pl i OLX;
 4. współpracę z podmiotami leczniczymi;
 5. pozyskiwanie praktyków posiadających odpowiednie kwalifikacje zawodowe i dydaktyczne.

§ 7

1. Wprowadza się obowiązek szczególnej kontroli zajęć realizowanych w warunkach symulowanych.
2. Weryfikacja obejmuje w szczególności:
 1. liczbę godzin symulacji wysokiej wierności;
 2. zgodność liczby godzin ze standardem kształcenia;
 3. przyporządkowanie zajęć do właściwych grup zajęć;
 4. sekwencyjność względem praktyk zawodowych;
 5. kompletność scenariuszy symulacyjnych;
 6. kwalifikacje osób prowadzących zajęcia;
 7. organizację kursów doszkalających wewnętrznych i zewnętrznych
3. Zestawienia godzin zajęć realizowanych w warunkach symulacji wysokiej wierności podlegają dodatkowej weryfikacji przez Kierownika Centrum Symulacji Medycznej oraz Wydziałową Komisję ds. Zapewnienia i Oceny Jakości Kształcenia.
4. Zatwierdzenie zestawienia wymaga udokumentowania przeprowadzonej weryfikacji.

§ 8

1. Kierownik Centrum Symulacji Medycznej uczestniczy w:
 1. planowaniu i koordynacji zajęć symulacyjnych;
 2. weryfikacji kwalifikacji kadry;
 3. opracowywaniu i aktualizowaniu scenariuszy symulacyjnych;
 4. monitorowaniu liczby godzin symulacji wysokiej wierności;
 5. identyfikowaniu potrzeb szkoleniowych;
 6. planowaniu obsady zajęć;
 7. przygotowaniu i organizacji egzaminów OSCE.
2. Kierownik współpracuje z Dziekanem, właściwymi Prodziekanami oraz Wydziałową Komisją ds. Zapewnienia i Oceny Jakości Kształcenia.

§ 9

1. Właściwi Prodziekani oraz Wydziałowa Komisja ds. Zapewnienia i Oceny Jakości Kształcenia dokonują okresowej analizy potrzeb szkoleniowych kadry.
2. Analiza obejmuje w szczególności potrzeby w zakresie:

1. symulacji medycznej;
 2. projektowania i prowadzenia scenariuszy symulacyjnych;
 3. egzaminów OSCE;
 4. oceny efektów uczenia się;
 5. metodyki kształcenia praktycznego.
3. Na podstawie analizy organizowane są szkolenia wewnętrzne i zewnętrzne.

§ 10

1. Każda stwierdzona niezgodność podlega udokumentowanej analizie.
2. Dla każdej niezgodności określa się:
 1. charakter i źródło nieprawidłowości;
 2. obszar jakości, którego dotyczy;
 3. przyczynę;
 4. działanie korygujące;
 5. osobę lub jednostkę odpowiedzialną;
 6. termin wdrożenia;
 7. sposób potwierdzenia realizacji;
 8. mechanizm zapobiegający ponownemu wystąpieniu problemu;
 9. termin ponownej oceny skuteczności zastosowanego rozwiązania.
3. Wprowadza się rejestr działań korygujących i zapobiegawczych prowadzony przez Wydziałową Komisję ds. Zapewnienia i Oceny Jakości Kształcenia.

§ 11

1. Wydziałowa Komisja ds. Zapewnienia i Oceny Jakości Kształcenia dokonuje oceny skuteczności wdrożonych działań nie później niż w terminie 6 miesięcy od ich wdrożenia, chyba że charakter działania wymaga dłuższego okresu obserwacji.
2. Ocena obejmuje ustalenie, czy:
 1. niezgodność została skutecznie usunięta;
 2. wprowadzone rozwiązanie funkcjonuje prawidłowo;
 3. nie wystąpiły nowe ryzyka;
 4. nie zachodzi potrzeba podjęcia dalszych działań.

3. Wyniki oceny są przedstawiane Dziekanowi i uwzględniane przy kolejnym przeglądzie programu studiów.

§ 12

1. Za realizację postanowień Zarządzenia odpowiadają, w zakresie swoich kompetencji:
 1. Dziekan Wydziału Nauk Medycznych;
 2. właściwi Prodziekani;
 3. Rada Programowa kierunku pielęgniarstwo;
 4. Wydziałowa Komisja ds. Zapewnienia i Oceny Jakości Kształcenia;
 5. Kierownik Centrum Symulacji Medycznej;
 6. Dział Kadr Uczelni;
 7. osoby odpowiedzialne za prowadzenie i aktualizację sylabusów.
2. Dziekan sprawuje nadzór nad realizacją Zarządzenia.

§ 13

Właściwi Prodziekani oraz Wydziałowa Komisja ds. Zapewnienia i Oceny Jakości Kształcenia dokonają pierwszego przeglądu zgodnie z niniejszym Zarządzeniem do dnia 31 marca 2027 r.

§ 14

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

DZIEKAN WNM

/-/ prof. dr hab. n. med. Krzysztof Książek