

BIULETYN INFORMACYJNY  
DOLNOŚLĄSKIEJ OKRĘGOWEJ IZBY PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH

# W CIENIU CZEPKA

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

NUMER 8/417  
SIERPIEŃ 2026



|                                                                                                            |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Stanowisko nr 15 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 17 czerwca 2026 r.                         | 4  |
| Stanowisko Nr 17 Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 24.07.2026 r.                    | 5  |
| PISMO Dolnośląskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego we Wrocławiu                         | 6  |
| PISMO Wojewódzkiego Konsultanta w dziedzinie epidemiologii na terenie woj. podkarpackiego                  | 6  |
| Uchwała Nr 186/V111J2026 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z 20 marca 2026 r.                        | 7  |
| Spotkanie przedstawicieli NIPiP z Ministerstwem Nauki i Szkolnictwa Wyższego                               | 13 |
| NIPiP uczestniczyła w Okrągłym Stole dla Zdrowia                                                           | 13 |
| LEX Medica                                                                                                 | 15 |
| AI w pielęgniarstwie                                                                                       | 18 |
| Owady, pajęczaki i inne spotkania.                                                                         | 20 |
| PTP pamięta: Paulina Palczak                                                                               | 21 |
| Znać swój los<br>Urszula Krzyżanowska-Łagowska, pierwsza przewodnicząca polskiego samorządu pielęgniarstwa | 23 |
| Zaczepek etyczny                                                                                           | 26 |
| Ogłoszenia i podziękowania                                                                                 | 27 |
| 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](http://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](http://www.doipip.wroc.pl) w zakładce pomoc finansowa)

# STANOWISKO NR 15 NACZELNEJ RADY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH Z DNIA 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 psychiatrycznym, izbach przyjęć szpitali psychiatrycznych oraz oddziałach chorób zakaźnych za pracę o szczególnym charakterze w rozumieniu ustawy z dnia 19 grudnia 2008 r. o emeryturach pomostowych (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 psychofizycznej, a nie wyłącznie nazwa stanowiska pracy czy miejsce zatrudnienia. Stanowisko to pozostaje zgodne z dotychczasową wykładnią przepisów ustawy o emeryturach pomostowych prezentowaną przez Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej oraz przesłankami określonymi w art. 3 ust. 3 ww. ustawy.

Zgodnie z tym przepisem za pracę o szczególnym charakterze uznaje się prace wymagające szczególnej odpowiedzialności oraz szczególnej sprawności psycho-

fizycznej, których możliwość należytego wykonywania w sposób niezagrażający bezpieczeństwu publicznemu, zdrowiu lub życiu innych osób zmniejsza się przed osiągnięciem wieku emerytalnego wskutek pogorszenia sprawności psychofizycznej związanej z procesem starzenia,

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

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

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

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

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych wskazuje, że brak objęcia pielęgniarek i pielęgniarzy zatrudnionych w wymienionych jednostkach ochroną przewidzianą w ustawie o emeryturach pomostowych prowadzi do nieuzasadnionego zróżnicowania sytuacji prawnej pracowników wykonujących pracę o porównywalnym stopniu odpowiedzialności, ryzyka zawodowego oraz obciążenia psychofizycznego. W szczególności brak

jest racjonalnych przesłanek uzasadniających odmienne traktowanie pielęgniarek i pielęgniarzy zatrudnionych w Szpitalnych Oddziałach Ratunkowych względem personelu wykonującego medyczne czynności ratunkowe w zespołach ratownictwa medycznego, a także personelu psychiatrycznego i zakaźnego wykonującego pracę wymagającą analogicznego poziomu

sprawności psychofizycznej oraz odpowiedzialności za bezpieczeństwo innych osób.

Mając na uwadze powyższe, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych wnosi o rozszerzenie katalogu prac o szczególnym charakterze określonego w ustawie o emeryturach pomostowych o pracę pielęgniarek i pielęgniarzy wykonujących zawód w wymienionych jednostkach or-

ganizacyjnych 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.

## STANOWISKO NR 17 PREZYDIUM NACZELNEJ RADY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH Z DNIA 24.07.2026 R.

W SPRAWIE PROJEKTU ROZPORZĄDZENIA MINISTRA ZDROWIA  
ZMIENIAJĄCEGO ROZPORZĄDZENIE W SPRAWIE KWALIFIKACJI  
WYMAGANYCH OD PRACOWNIKÓW NA POSZCZEGÓLNYCH RODZAJACH  
STANOWISK PRACY W PODMIOTACH LECZNICZYCH NIEBĘDĄCYCH  
PRZEDSIĘBIORCAMI

SEKRETARZ NRPIP KAMILA GÓLCZ  
PREZES NRPIP MARIOLA ŁODZIŃSKA

Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych wyraża stanowczy sprzeciw wobec rozwiązań przyjętych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 14 lipca 2026 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami, które w istotny sposób obniżają wymagania dotyczące osób zajmujących kierownicze stanowiska pielęgniarskie i położnicze.

Szczególne zaniepokojenie budzi brak spójności przyjętych rozwiązań z obowiązującym systemem organizacji pracy pielęgniarek i położnych oraz z przepisami regulującymi zasady wynagradzania pracowników podmiotów leczniczych. Rozporządzenie wprowadza sytuację, w której wymagania kwalifikacyjne stawiane osobom zatrudnianym na najwyższych stanowiskach kierowniczych w pionie pielęgniarskim i położniczym są niższe niż wymagania przewidziane dla stanowisk niższego szczebla zarządzania. Zgodnie z przyjętymi przepisami od osoby zatrudnionej na stanowisku naczelniej pielęgniarki lub naczelniej położnej wymagany jest tytuł zawodowy magistra oraz ukończenie studiów podyplomowych w zakresie zarządzania w ochronie zdrowia i jedynie

3-letnie doświadczenie zawodowe. Jednocześnie od pielęgniarki oddziałowej i położnej oddziałowej wymaga się tytułu zawodowego magistra, tytułu specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa oraz co najmniej 5-letniego doświadczenia zawodowego w podmiocie leczniczym. Oznacza to, że wymagania wobec osoby kierującej pracą całego pionu pielęgniarskiego lub położniczego są niższe niż wobec osoby kierującej jednym oddziałem szpitalnym. Taka konstrukcja przepisów pozostaje w sprzeczności z zasadami racjonalnego zarządzania oraz hierarchii odpowiedzialności w podmiotach leczniczych. Przyjęte rozwiązania pozostają również w sprzeczności z kierunkiem rozwoju zawodów pielęgniarki i położnej wyznaczonym przez ustawę z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej. Ustawa ta opiera model wykonywania zawodów na ustawicznym rozwoju zawodowym, podnoszeniu kwalifikacji, zdobywaniu doświadczenia oraz uzyskiwaniu coraz wyższych kompetencji zawodowych i menedżerskich. Taki model narusza hierarchię kompetencyjną w podmiotach leczniczych, osłabia autorytet kadry kierowniczej oraz może prowadzić do konfliktów organizacyjnych i płacowych.

Prezydium NRPIP z niepokojem wska-

zuje również, że skutkiem wejścia w życie rozporządzenia będzie naruszenie spójności z przepisami ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych. Obniżenie wymagań kwalifikacyjnych dla stanowisk naczelniej pielęgniarek i naczelniej położnych będzie skutkować przypisaniem tych stanowisk do niższej grupy współczynników pracy niż stanowiska pielęgniarek oddziałowych lub położnych oddziałowych, dla których pozostawiono wyższe wymagania kwalifikacyjne. Powstaje zatem realne ryzyko sytuacji, w której osoba sprawująca najwyższą funkcję kierowniczą w pionie pielęgniarskim lub położniczym będzie objęta mniej korzystnym zaszerzegowaniem niż osoba pozostająca w jej strukturze organizacyjnej. Taka konstrukcja przepisów podważa spójność systemu prawa, narusza zasadę proporcjonalności odpowiedzialności do wymagań stawianych na danym stanowisku oraz godzi w prestiż funkcji kierowniczych.

Projektowane rozwiązania są również niespójne z celami ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta, której podstawowym założeniem jest budowanie systemów zarządzania jakością i bezpieczeństwem świadczeń zdrowotnych. Obniżanie wymagań kwalifikacyjnych wobec osób odpowiedzialnych za organizację opieki pielęgniarskiej pozostaje w sprzeczności z obowiązkiem zapewnienia najwyższych standardów jakości udzielanych świadczeń oraz bezpieczeństwa pacjentów.

Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych apeluje do Ministra Zdrowia o pilne podjęcie prac legislacyjnych zmierzających do przywrócenia spójności przepisów regulujących kwalifikacje osób zajmujących kierownicze stanowiska pielęgniarskie i położnicze z przepisami ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej oraz ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych. Standardy kwalifikacyjne dla osób zarządzających opieką pielęgniarską

ską i położniczą powinny odpowiadać ran-  
dze sprawowanych funkcji oraz odpowie-  
dzialności za bezpieczeństwo pacjentów  
i jakość udzielanych świadczeń zdrowot-  
nych.

Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych podkreśla dodatkowo, iż opisane zmiany nie były przedmiotem opiniowania w ramach konsultacji publicznych. W przekazanej do zgłaszania uwag wersji projektu przedmiotowego

rozporządzenia z dnia 19 stycznia 2026 r. wymagania kwalifikacyjne na stanowisku naczelnego pielęgniarki i naczelnego położnej określone zostały jako tytuł zawodowy magistra i studia podyplomowe w zakresie zarządzania w ochronie zdrowia oraz tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia. Z racji, iż wymagania te były wyższe od kwalifikacji wymaganych od pielęgniarki i położnej oddziałowej Na-

czelna Rada nie zgłosiła uwag do projektu w przedstawionej wersji. Mając na uwadze powyższe nie sposób znaleźć uzasadnienie dla wprowadzenia w ostatecznej wersji całkowicie odmiennych przepisów, które nie stanowiły przedmiotu opiniowania w ramach konsultacji publicznych. Opisane działania budzą poważne wątpliwości z perspektywy zasad poprawnej legislacji i techniki prawodawczej.

## PISMO DOLNOŚLĄSKIEGO PAŃSTWOWEGO WOJEWÓDZKIEGO INSPEKTORA SANITARNEGO WE WROCŁAWIU DOTYCZY: PRZEKAZANIA INFORMACJI W SPRAWIE NIEPRAWIDŁOWEJ REKONSTYTUCJI PREPARATÓW SZCZEPIONKOWYCH.

Szanowna Pani Przewodnicząca,  
przesyłamy Pani pismo znak  
L.dz.01/07/2026 z dnia 07 lipca 2026 r. -  
stanowisko Konsultanta Wojewódzkiego

w Dziedzinie Epidemiologii dla województwa podkarpackiego, dotyczące stwierdzonych nieprawidłowości w zakresie rekonstrukcji szczepionki Act-HIB (Sanofi)

ze szczepionką DTP (Biomed) podczas przygotowania preparatu do użycia w jednym z podmiotów.

Zwracamy się do Pani Przewodniczącej z prośbą o wykorzystanie w działalności informacyjno-edukacyjnej stanowiska Konsultanta Wojewódzkiego w Dziedzinie Epidemiologii dla województwa podkarpackiego, a także przekazanie wspomnianego stanowiska pielęgniarkom i położnym, przeprowadzającym szczepienia ochronne na obszarze województwa dolnośląskiego.

Nadmieniamy, że Główny Inspektor Sanitarny zobowiązał wojewódzkich i powiatowych Państwowych Inspektorów Sanitarnych na obszarze kraju, do przekazania ww. stanowiska wszystkim punktom szczepień, działającym na obszarze ich właściwości miejscowej i rzeczowej.

## PISMO WOJEWÓDZKIEGO KONSULTANTA W DZIEDZINIE EPIDEMIOLOGII NA TERENIE WOJ. PODKARPACKIEGO

JANUSZ KALISZCZAK

W nawiązaniu do wcześniejszej korespondencji, w związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami w czasie kontroli w punkcie szczepień POZ w zakresie prawidłowej gospodarki preparatami szczepionkowymi i przestrzegania procedur dotyczących szczepień ochronnych, gdzie od nieokreślonego czasu pielęgniarki wykonujące szczepienia obowiązkowe u małych dzieci dokonywały „rekonstrukcji” szczepionki Act-HIB (firmy SANOFI) poprzez połączenie jej zawartości ze skojarzoną szczepionką przeciwko błonicy, tężcowi i krztuścowi – DTP (firmy BIOMED). Kontrolowany podmiot nie był w stanie wskazać dokładnego źródła informacji potwier-

dzającej dopuszczalność takiego sposobu rekonstrukcji. Według jego relacji informacja ta najprawdopodobniej pochodziła z udziału w kursie lub szkoleniu, bez podania szczegółów tej informacji.

Charakterystyka Produktu Leczniczego (ChPL) szczepionki Act-HIB, nie wskazuje jednoznacznie konkretnego preparatu dopuszczonego do użycia w ew. procesie rekonstrukcji. W zapisach wskazano jedynie możliwość zastosowania skojarzonej szczepionki przeciwko błonicy, tężcowi i krztuścowi, bez doprecyzowania jej rodzaju ani producenta. Dodatkowo z informacji przekazanej przez podmiot odpowiedzialny – tj. SANOFI – wynika,

że dostępne badania kliniczne potwierdzające bezpieczeństwo i skuteczność rekonstrukcji szczepionki Act-HIB dotyczą wyłącznie szczepionek produkowanych przez ten podmiot. Producent nie dysponuje danymi klinicznymi ani walidacyjnymi potwierdzającymi kompatybilność szczepionki Act-HIB z preparatami DTP produkcji BIOMED. W związku z powyższym podmiot odpowiedzialny rekomenduje stosowanie wyłącznie takich połączeń szczepionek, które zostały poddane badaniom klinicznym oraz ocenione w procesie rejestracji. Rekomendowane są wyłącznie kombinacje, które zostały zatwierdzone przez właściwe organy regulacyjne.

Jednocześnie zapisy ChPL szczepionki DTP jednoznacznie zakazują mieszania tego produktu leczniczego z innymi preparatami z uwagi na brak badań potwierdzających ich zgodność.

Wg oficjalnej definicji dla dziedziny Farmacji: „Proces rekonstrukcji leków polega na dodaniu odpowiedniego rozpuszczalnika do leku w proszku lub liofilizatu, aby uzyskać płynną postać gotową do podania. Rekonstrukcja to proces przywracania oryginalnej postaci substancji

leczniczej z jej formy liofilizowanej lub sproszkowanej poprzez dodanie odpowiedniego rozpuszczalnika. Jest to kluczowy etap przygotowania wielu leków do podania, szczególnie w przypadku preparatów parenteralnych, antybiotyków i szczepionek. W praktyce klinicznej rekonstrukcja wymaga przestrzegania ścisłych procedur aseptycznych oraz stosowania właściwego rozpuszczalnika w określonej objętości. Niewłaściwe przeprowadzenie tego procesu może skutkować zmianą właściwości farmakodynamicznych i farmakokinetycznych leku, co wpływa na jego skuteczność terapeutyczną i bezpieczeństwo stosowania. Rekonstrukcja może wpływać na stabilność leku, dlatego istotne jest przestrzeganie zaleceń producenta dotyczących czasu i warunków przechowywania po rekonstrukcji”.

Zatem powyższy problem dowolnego mieszania preparatów szczepionkowych stwierdzany w kontrolach sanitarnych, nie jest właściwym procesem rekonstrukcji leku „pro definitione” albowiem w powyższej sprawie mamy wyłącznie fakt zmieszania preparatów szczepionkowych różnych producentów, bez właściwych rekomendacji, zapewne o różnym składzie chemicznym, etc.

Wg wytycznych Polskiego Towarzystwa Wakcynologii, zgodnie z polskim Programem Szczepień Ochronnych i zale-

ceniami ekspertów, szczepionki DTaP nie należy mieszać w jednej ampułce (strzykawce) z preparatem Act-HiB. [1]

Choć obie szczepionki można podać podczas jednej wizyty to procedury ich aplikacji wyglądają następująco: [1]

- Dwa różne wstrzyknięcia: Preparaty muszą być podane w dwa różne miejsca na ciele (np. w dwie różne kończyny).
- Wyjątek dotyczący mieszania: W jednej strzykawce można mieszać jedynie wybrane szczepionki i tylko wtedy, gdy wyraźnie dopuszcza to producent – Oficjalna charakterystyka produktu leczniczego Act-HiB nie pozwala na mieszanie go z DTaP w jednej ampułce. [1,2,3]
- Najlepszym rozwiązaniem w przypadku jednoczesnego uodparniania jest zastosowanie gotowej szczepionki wysoko skojarzonej (np. 5- lub 6-składnikowej), która zawiera już wszystkie te komponenty w jednej dawce i przebadanej proporcji. [1]

Szczegółowe informacje na temat dostępnych wariantów i schematów podawania szczepionek znajdują się na stronach Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego PZH lub w bazie Rejestru Produktów Leczniczych.

Wobec powyższego, zdarzenia mają-

ce miejsce w opisanych wcześniej punkcie szczepień - tj. swobodne mieszanie dowolnych preparatów szczepionkowych, nie powinny mieć miejsca i są nieprawidłową interpretacją działań zalecanych we właściwych procedurach dotyczących szczepień ochronnych jw.

Proszę o przekazanie powyższych informacji do Państwowych Powiatowych Inspektorów Sanitarnych, dla celów kontrolnych oraz celów edukacyjnych – z prośbą o przekazanie powyższego do wszystkich punktów szczepień we wszelkich nadzorowanych podmiotach medycznych, w celu realizacji prawidłowego postępowania z preparatami szczepionkowymi.

#### Piśmiennictwo:

1. Red Book: 2012 Report of the Committee on Infectious Diseases- Wyd-29, Elk Grove Village, IL, American Academy of Pediatrics, 2012.
2. Eskola J., Ward J., Dagan R. i wsp.: Combined vaccination of Haemophilus influenzae type b conjugate and diphtheria-tetanus-pertussis containing acellular pertussis. Lancet, 1999; 354: 2063–2068.
3. Dhillion S: DTPa-HBV-IPV/Hib vaccine (Enfanrix hexa). A review of its use as primary and booster vaccination, Drugs, 2010; 70: 1021-1058.

## UCHWAŁA NR 186/VI/11J2026 NACZELNEJ RADY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH Z 20 MARCA 2026 R.

### W SPRAWIE PRZYJĘCIA PROCEDURY POSTĘPOWANIA PIELĘGNIARKI/ POŁOŻNEJ OBJĘTEJ OCHRONĄ PRZEWIDZIANĄ DLA FUNKCJONARIUSZA PUBLICZNEGO W PRZYPADKU AGRESYWNEGO ZACHOWANIA PACJENTA/ RODZINY

SEKRETARZ NRPIP KAMILA GÓLCZ  
PREZES NRPIP MARIOLA ŁODZIŃSKA

Na podstawie art. 22 ust. 1 pkt 9 ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (tj. Dz. U. z 2021, poz. 628 ze zm.) uchwala się, co następuje:

§ 1. Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych przyjmuje procedurę postępowania pielęgniarki/ położnej objętej ochroną przewidzianą dla funkcjonariusza publicz-

nego w przypadku agresywnego zachowania pacjenta/ rodziny, która stanowi załącznik nr I do niniejszej uchwały.

§ 2. Ustala się wzór wniosku zawiadomienia o popełnieniu przestępstwa wobec funkcjonariusza publicznego, który stanowi załącznik nr 2 do niniejszej uchwały.

§ 3. Traci moc uchwała Nr 206/VI/2014

Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 6 czerwca 2014 r. w sprawie przyjęcia procedury postępowania pielęgniarki/ położnej objętej ochroną przewidzianą dla funkcjonariusza publicznego w przypadku agresywnego zachowania pacjenta/rodziny.  
§ 4. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Załącznik nr 2 do uchwały nr 186/VIII/2026 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z 20 marca 2026 r. w sprawie przyjęcia procedury postępowania pielęgniarki/ położnej objętej ochroną przewidzianą dla funkcjonariusza publicznego w przypadku agresywnego zachowania pacjenta/ rodziny

....., dnia .....  
(miejscowość, data)

.....  
.....  
(dane pokrzywdzonego)<sup>1</sup>

**Do**

.....  
.....  
(dane jednostki Policji lub prokuratury)

### ZAWIADOMIENIE o popełnieniu przestępstwa

Na podstawie art. 304 § 1 k.p.k. zawiadamiam o popełnieniu w dniu ..... W ..... podczas .....  
(data, godzina) (miejsce popełnienia przestępstwa)  
i w związku z wykonywaniem czynności polegających na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, przestępstwa na moją szkodę, przez .....  
.....  
.....  
(dane osobowe sprawcy, ewentualnie także dane adresowe; gdy brak danych sprawcy opis jego wyglądu)  
oraz wnoszę o wszczęcie w tej sprawie postępowania przygotowawczego.

### Uzasadnienie

(w uzasadnieniu należy zwięźle opisać stan faktyczny oraz zachowanie sprawcy, które zdaniem zawiadamiającego nosi cechy przestępstwa i ewentualnie podać dowody na poparcie swoich twierdzeń, np. dane świadków)

.....  
(podpis pokrzywdzonego)

Załączniki:

-

(należy wymienić dokumenty, wskazane w uzasadnieniu)

<sup>1</sup> Pismo procesowe (zawiadomienie o przestępstwie) powinno zawierać:

1) oznaczenie organu, do którego jest skierowane, oraz sprawy, której dotyczy;

2) oznaczenie oraz adres wnoszącego pismo, a także – w pierwszym piśmie złożonym w sprawie – numer telefonu, telefaksu i adres poczty elektronicznej lub oświadczenie o ich nieposiadaniu.

Załącznik nr 1 do uchwały nr 186/VIII/2026 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z 20 marca 2026 r. w sprawie przyjęcia procedury postępowania pielęgniarki/ położnej objętej ochroną przewidzianą dla funkcjonariusza publicznego w przypadku agresywnego zachowania pacjenta/ rodziny

## **PROCEDURA POSTĘPOWANIA PIELEŃNIARKI I POŁOŻNEJ OBJĘTEJ OCHRONĄ PRZEWIDZIANĄ DLA FUNKCJONARIUSZA PUBLICZNEGO W PRZYPADKU AGRESYWNEGO ZACHOWANIA PACJENTA / RODZINY**

Procedura dotyczy sugerowanych zasad postępowania pielęgniarki, położnej w przypadku zachowania osoby agresywnej podczas i w związku z wykonywaniem czynności polegających na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, o których mowa w art. 4 ust. 1 pkt 1-5 i art. 5 ust. 1 pkt 1-9 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. *o zawodach pielęgniarki i położnej* dalej „ustawa”, korzystających z ochrony przewidzianej dla funkcjonariuszy publicznych, na zasadach określonych w ustawie z dnia 6 czerwca 1997 r. *Kodeks karny*) zgodnie z art. 11 ust. 2 ustawy.

### **CEL**

Zapewnienie ochrony pielęgniarkom i położnym, stworzenie bezpiecznych warunków pracy oraz prawidłowe i niezakłócone wykonywanie przez nie obowiązków służbowych podczas i w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych.

### **OKREŚLENIE POJĘĆ**

**Agresja** (łac. *aggressio* - napaść, natarcie), *psychol.* działanie: fizyczne, słowne, zmierzające do spowodowania szkody, wyrządzenia krzywdy fizycznej lub psychicznej, skierowane na inną osobę, także zamiar takiego działania lub względnie trwała tendencja do takich działań.

1. **Agresja fizyczna** – atak skierowany na inną osobę, w którym atakujący posługuje się określonymi częściami ciała lub narzędziami, przyjmujący formę uderzenia, potrącenia, kopnięcia, pobicia itp., powodujący zadanie bólu lub uszkodzenia ciała.
2. **Agresja słowna (werbalna)** – posługiwanie się sformułowaniami werbalnymi, szkodliwymi dla atakowanej osoby, wywołując w niej strach, poczucie krzywdy lub odrzucenie emocjonalne.

**Pobudzenie** – to stan psychicznego podniecenia i wzmożonej aktywności.

**Osoba agresywna** – pacjent, rodzina pacjenta, opiekun, każda inna osoba stosująca wobec pielęgniarki, położnej agresję.

**Naruszenie nietykalności cielesnej** - to każda umyślna czynność osoby agresywnej oddziałująca na ciało pielęgniarki, położnej, która nie jest przez nią akceptowana. Każde bezprawne dotknięcie, upokorzenie lub inny krzywdzący kontakt fizyczny (umyślne sprawienie bólu np. kopnięcie, szarpanie za włosy, spoliczkowanie, popchnięcie itp.) lub czynności, które są dla niej obraźliwe, krzywdzące, kłopotliwe.

**Czynna napaść** – każde działanie zmierzające bezpośrednio do naruszenia nietykalności cielesnej i wyrządzenia w ten sposób dolegliwości fizycznej. Staje się więc przestępstwem dokonany w chwili przedsięwzięcia działania zmierzającego bezpośrednio do naruszenia nietykalności cielesnej, które w rzeczywistości nie musi nastąpić.

**Znieważenie** – to każde zachowanie osoby agresywnej, uwłaczające godności osobistej pielęgniarki, położnej, stanowiące przejaw lekceważenia, pogardy, mające obelżywy, obraźliwy charakter (obraźliwe słowa, gesty). W praktyce jest to używanie w stosunku do pielęgniarki i położnej gestów, słów wulgarnych, powszechnie uznanych za obelżywe.

Załącznik nr 1 do uchwały nr 186/VIII/2026 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z 20 marca 2026 r. w sprawie przyjęcia procedury postępowania pielęgniarki/ położnej objętej ochroną przewidzianą dla funkcjonariusza publicznego w przypadku agresywnego zachowania pacjenta/ rodziny

## OPIS ZASAD ZASTOSOWANIA PROCEDURY

### Warunki

- 1) Objęcie pielęgniarki i położnej szczególną ochroną przewidzianą dla funkcjonariusza publicznego możliwe jest dopiero po zaistnieniu przesłanek zawartych w art. 4 ust. 1 pkt 1-5 i art. 5 ust. 1 pkt 1-9 ustawy, które muszą wystąpić **podczas i w związku** z wykonywaniem przez pielęgniarkę, położną wskazanych w ww. przepisach prawnych czynności.
- 2) Zaistnienie zdarzenia „**podczas i w związku**” z wykonywaniem przez pielęgniarkę, położną świadczenia zdrowotnego oznacza zbieżność czasową i miejscową zachowania osoby agresywnej i wykonywania przez pielęgniarkę, położną świadczeń zdrowotnych niezależnie od miejsca pracy i formy zatrudnienia.
- 3) Wykonywanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę i położną może mieć miejsce również poza godzinami pracy, jeśli w tym czasie podejmuje czynności związane z udzielaniem świadczeń zdrowotnych jednak musi zaistnieć związek czasowo – przyczynowy pomiędzy zaistniałym zdarzeniem a udzielanym rodzajem świadczeń.

W świetle art. 11 ust. 2 ustawy, pielęgniarka i położna wykonująca świadczenia zdrowotne jest chroniona przez prawo podobnie jak przepisy kodeksu karnego chronią funkcjonariuszy publicznych. Różnica polega na przesłankach - w przypadku pielęgniarki i położnej warunkiem ochrony przewidzianej dla funkcjonariusza publicznego jest zdarzenie, które miało miejsce **podczas i w związku** z wykonywaniem czynności polegających na udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Oznacza to, że nie wystarczające, że pielęgniarka/ położna wykonują w trakcie zdarzenia czynności zawodowe, dla objęcia ww. ochroną, tymi czynnościami zawodowymi muszą być świadczenia zdrowotne. Ochrona ta nie dotyczy więc pielęgniarek/położnych w drodze z i do pacjenta lub w trakcie czynności nie będących świadczeniami zdrowotnymi.

### Przesłanki

**1. Ochrona prawna przysługująca pielęgniarcie objętej ochroną przewidzianą dla funkcjonariusza publicznego podczas wykonywania czynności zawodowych polegających w szczególności na:**

- a. rozpoznawaniu warunków i potrzeb zdrowotnych pacjenta;
- b. rozpoznawaniu problemów pielęgnacyjnych pacjenta;
- c. planowaniu i sprawowaniu opieki pielęgnacyjnej nad pacjentem;
- d. samodzielnym udzielaniu w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych oraz medycznych czynności ratunkowych;
- e. realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji;

**2. Ochrona prawna przysługująca położnej objętej ochroną przewidzianą dla funkcjonariusza publicznego podczas wykonywania czynności zawodowych polegających w szczególności na:**

- a. rozpoznawaniu ciąży, sprawowaniu opieki nad kobietą w przebiegu ciąży fizjologicznej, a także prowadzeniu w określonym zakresie badań niezbędnych w monitorowaniu ciąży fizjologicznej;
- b. kierowaniu na badania konieczne do jak najwcześniejszego rozpoznania ciąży wysokiego ryzyka;

Załącznik nr 1 do uchwały nr 186/VIII/2026 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z 20 marca 2026 r. w sprawie przyjęcia procedury postępowania pielęgniarki/ położnej objętej ochroną przewidzianą dla funkcjonariusza publicznego w przypadku agresywnego zachowania pacjenta/ rodziny

- c. prowadzeniu porodu fizjologicznego oraz monitorowaniu płodu z wykorzystaniem aparatury medycznej;
- d. przyjmowaniu porodów naturalnych, w przypadku konieczności także z nacięciem krocza, a w przypadkach nagłych także porodu z położenia miednicowego;
- e. podejmowaniu koniecznych działań w sytuacjach nagłych, do czasu przybycia lekarza, w tym ręcznego wydobycia łożyska, a w razie potrzeby ręcznego zbadania macicy;
- f. sprawowaniu opieki nad matką i noworodkiem oraz monitorowaniu przebiegu okresu poporodowego;
- g. badaniu noworodków i opiece nad nimi oraz podejmowaniu w razie potrzeby wszelkich niezbędnych działań, w tym natychmiastowej reanimacji;
- h. realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji;
- i. samodzielnym udzielaniu w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych.

### **PROCEDURA POSTĘPOWANIA PIEŁĘGNIARKI, POŁOŻNEJ**

#### **1. W przypadku agresywnych zachowań ze strony osoby agresywnej, pielęgniarka, położna podejmuje działania w zakresie:**

- a. wyciszenia agresji poprzez rozmowę w celu wyjaśnienia powodu jej powstania,
- b. zachowania bezpiecznej odległości wobec osoby agresywnej,
- c. informowania ww. osoby o przysługującej pielęgniarce, położnej ochronie prawnej przewidzianej dla funkcjonariusza publicznego i konsekwencjach prawnych z tym związanych.

#### **2. W przypadku zaistnienia zachowań, jakich dopuściła się osoba agresywna wobec pielęgniarki, położnej, której przysługuje ochrona na zasadzie ochrony funkcjonariusza publicznego należy:**

- a. w przypadku zaistnienia przesłanek popełnienia przestępstwa zawiadomić organ ścigania o przestępstwie, składając zawiadomienie stanowiące załącznik nr 1, uwzględniając:
  - okoliczności, że do zdarzenia doszło podczas i w związku z wykonywaniem czynności polegających na udzielaniu świadczeń zdrowotnych,
  - podczas jakich czynności (udzielanego świadczenia zdrowotnego) doszło do zdarzenia,
  - w przypadku, gdy wezwana Policja waha się lub odmawia wszczęcia postępowania, sugerując np. złożenie zawiadomienia prywatnego lub ścigania na drodze cywilnej, zasadne jest powołanie się, że w danej sytuacji przysługuje ochrona analogiczna jak w przypadku funkcjonariusza publicznego i na treść art. 11.ust. 2 ustawy o zawodach: Pielęgniarka i położna podczas i w związku z wykonywaniem czynności polegających na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, o których mowa w art. 4 ust. 1 pkt 1-5 i art. 5 ust. 1 pkt 1-9, korzystają z ochrony przewidzianej dla funkcjonariuszy publicznych na zasadach określonych w ustawie Kodeks karny i żądać wszczęcia postępowania z urzędu.
- b. odnotować powyższy fakt w dokumentacji medycznej, uwzględniając, powyższe przesłanki,
- c. wskazać świadków zdarzenia, jeśli to możliwe z imienia i nazwiska,

Załącznik nr 1 do uchwały nr 186/VIII/2026 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z 20 marca 2026 r. w sprawie przyjęcia procedury postępowania pielęgniarki/ położnej objętej ochroną przewidzianą dla funkcjonariusza publicznego w przypadku agresywnego zachowania pacjenta/ rodziny

- d. poinformować niezwłocznie kierownika oddziału / placówki, lekarza dyżurnego, przełożonego o zaistniałej sytuacji,
- e. pracodawca jest obowiązany zapewnić pracownikom bezpieczne i higieniczne warunki pracy (art. 15 kodeksu pracy). W przypadku oporu pracodawcy zgłoszenia zdarzenia Policji, pielęgniarka/położna może powołać się na powyższy przepis.
- f. w przypadku doznanych urazów, poddać się badaniu przez biegłego lekarza medycyny sądowej lub w razie trudności w jego dostępności innego lekarza.

### **OCHRONA PRAWNOKARNA NALEŻNA FUNKCJONARIUSZOWI PUBLICZNEMU**

1. Pielęgniarka i położna objęta ochroną przewidzianą dla funkcjonariusza publicznego w myśl art. 11 ust. 2 ustawy, podczas i w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych chroniona jest przez przepisy Kodeksu karnego dotyczące:
  - a. naruszenia nietykalności cielesnej funkcjonariusza publicznego - art. 222 § KK:  
*„Kto narusza nietykalność cielesną funkcjonariusza publicznego lub osoby do pomocy mu przybranej podczas lub w związku z pełnieniem obowiązków służbowych, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 3.”*
  - b. czynnej napaści na funkcjonariusza publicznego - art. 223 § 1 KK:  
*„Kto, działając wspólnie i w porozumieniu z inną osobą lub używając broni palnej, noża lub innego podobnie niebezpiecznego przedmiotu albo środka obezwładniającego, dopuszcza się czynnej napaści na funkcjonariusza publicznego lub osobę do pomocy mu przybraną podczas lub w związku z pełnieniem obowiązków służbowych, podlega karze pozbawienia wolności od roku do lat 10.”*
  - c. znieważenia funkcjonariusza publicznego - art. 226 § 1 KK:  
*„Kto znieważa funkcjonariusza publicznego lub osobę do pomocy mu przybraną, podczas i w związku z pełnieniem obowiązków służbowych, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do roku.”*
2. Przepięstwa popełnione przeciwko funkcjonariuszowi publicznemu ścigane są z urzędu, a skierowanie aktu oskarżenia, inicjowanie dowodów, występowanie przed sądem to obowiązek prokuratora.
3. Sprawca przestęstwa przeciwko funkcjonariuszowi publicznemu podlega surowszej karze: grzywny, kary ograniczenia wolności, kary pozbawienia wolności.
4. Organy ścigania po wpłynięciu zawiadomienia winny podjąć działania zmierzające do ukarania sprawcy, nie jest tu konieczne uzyskanie wniosku o ściganie od pokrzywdzonego (pielęgniarki, położnej), a jedynie zawiadomienie.

### **PODSTAWA PRAWNA**

1. Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (tj. Dz. U. z 2026 r., poz. 15).
2. Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (tj. Dz. U. z 2025 r., poz. 383 ze zm.).
3. Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy (tj. Dz. U. z 2025 r., poz. 277 ze zm.).

# SPOTKANIE PRZEDSTAWICIELI NIPIP Z MINISTERSTWEM NAUKI I SZKOLNICTWA WYŻSZEGO

WWW.NIPIP.PL

8 lipca 2026 r. w Ministerstwie Nauki i Szkolnictwa Wyższego odbyło się spotkanie zorganizowane na wniosek Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych. Rozmowy dotyczyły kluczowych wyzwań związanych z kształceniem pielęgniarek i położnych oraz funkcjonowaniem szkolnictwa wyższego w obszarze zawodów medycznych.

W spotkaniu ze strony Ministerstwa uczestniczyły:

- Maria Mrówczyńska – Wiceminister Nauki i Szkolnictwa Wyższego,
- Marta Kapusta – Dyrektor Departamentu Organizacji Uczelni, Kształcenia i Spraw Studenckich.

Naczelną Izbę Pielęgniarek i Położnych reprezentowali:

- Mariola Łodzińska – Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych,
- Anna Janik – Wiceprezes NRPI,
- Ewa Molka – Wiceprezes NRPI,
- Arkadiusz Szczepniak – Kierownik Działu CRPI i Systemów Informatycznych.

**Wynagrodzenia nauczycieli akademickich**

Przedstawiciele NIPiP zwrócili uwagę na znaczące dysproporcje pomiędzy wynagrodzeniami nauczycieli akademickich prowadzących kształcenie na kierunkach pielęgniarstwo i położnictwo a wynagrodzeniami pielęgniarek i położ-

nych zatrudnionych w podmiotach leczniczych. Wiceminister Maria Mrówczyńska poinformowała o trwających pracach legislacyjnych nad zmianą zasad wynagradzania nauczycieli akademickich poprzez powiązanie ich wynagrodzeń z przeciętnym wynagrodzeniem w sektorze przedsiębiorstw.

Projekt zmian został przekazany do dalszych uzgodnień.

**Realizacja zajęć praktycznych**

Omówiono również problem prowadzenia zajęć praktycznych przez nauczycieli akademickich niezatrudnionych w podmiotach leczniczych.

Obecne rozwiązania organizacyjne uniemożliwiają wykazywanie tych osób w systemach NFZ, co ogranicza dostęp do dokumentacji medycznej i utrudnia prowadzenie zajęć z udziałem pacjentów. Strony podkreśliły konieczność wypracowania rozwiązań umożliwiających prawidłową realizację procesu kształcenia praktycznego.

**Zarządzanie wydziałami nauk o zdrowiu**

Przedstawiciele NIPiP zwrócili uwagę na potrzebę większego udziału pielęgniarek i położnych w zarządzaniu wydziałami nauk o zdrowiu prowadzącymi kształcenie na kierunkach pielęgniarstwo i położnictwo.

Wiceminister wskazała, że ze względu

na ustawowo zagwarantowaną autonomię uczelni wprowadzenie takich rozwiązań może być bardzo trudne.

NIPIP przygotowuje w tej sprawie bezpośrednią komunikację do uczelni.

Ocena kierunków przez Polską Komisję Akredytacyjną

Poruszono także kwestie dotyczące prac Polskiej Komisji Akredytacyjnej.

NIPIP wskazała, że w zespołach oceniających kierunki pielęgniarstwo i położnictwo, w części dotyczącej ekspertów studenckich, powinni uczestniczyć studenci tych właśnie kierunków, posiadający wiedzę o specyfice kształcenia.

**Weryfikacja autentyczności dyplomów**

Istotnym tematem była również weryfikacja autentyczności dyplomów przedstawianych przez osoby ubiegające się o przyznanie prawa wykonywania zawodu. NIPiP zwróciła uwagę na trudności, jakie okręgowe izby napotykają w uzyskiwaniu potwierdzeń autentyczności dokumentów od niektórych uczelni.

Wiceminister poinformowała, że planowane zmiany przepisów zobowiążą uczelnie do udzielania informacji niezbędnych do potwierdzania autentyczności wydanych dyplomów. Jednocześnie przypomniła, że od 1 lipca 2026 r. funkcjonują elektroniczne dyplomy ukończenia studiów wraz z suplementami. Obecnie rozwiązanie ma charakter dobrowolny dla uczelni, natomiast od 1 stycznia 2027 r. korzystanie z e-dyplomów będzie obowiązkowe dla wszystkich uczelni.

**Dalsza współpraca**

Dziękujemy Ministerstwu za deklarację kontynuacji współpracy na rzecz rozwiązywania problemów związanych z kształceniem pielęgniarek i położnych oraz dalszego podnoszenia jakości przygotowania zawodowego przyszłych kadr medycznych.

# NIPIP UCZESTNICZYŁA W OKRĄGŁYM STOLE DLA ZDROWIA

WWW.NIPIP.PL

Przedstawiciele Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych uczestniczyli w Okrągłym Stole dla Zdrowia, zorganizowanym z inicjatywy Przewodniczącej Polski 2050 Katarzyny Pełczyńskiej-Nałęcz oraz Wice-

przewodniczącej sejmowej Komisji Zdrowia Wiolety Tomczak.

Spotkanie zgromadziło przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia, parlamentu, samorządów zawodów medycznych oraz

ekspertów, tworząc przestrzeń do merytorycznej dyskusji nad kierunkami zmian w systemie ochrony zdrowia.

W debacie z ramienia NIPiP uczestniczyła prezes NRPI Mariola Łodzińska oraz wiceprezes NRPI Andrzej Tytuła.

Prezes NRPI Mariola Łodzińska podkreśliła, że otwarty dialog wszystkich uczestników systemu ochrony zdrowia, również pacjentów, jest niezbędnym elementem budowania trwałych i odpowiedzialnych reform służących pacjentom oraz pracownikom ochrony zdrowia.

– „Czas powiedzieć głośno: system ochrony zdrowia to nie tylko lekarze.

To przede wszystkim pacjenci, którym świadczą udzielając wszystkie zawody



medyczne. Przychodzimy z rozwiązaniami, nie problemami, które są nam doskonale znane. Czas aby o ochronie zdrowia decydowały wszystkie zawody medyczne i pacjenci” – podsumowała prezes NRPiP

Mariola Łodzińska.

Skuteczna skuteczna reforma ochrony zdrowia nie będzie możliwa bez pełnego wykorzystania kompetencji pielęgniarek i położnych oraz zapewnienia odpowied-

nich warunków do wykonywania zawodu. Wskazano również na konieczność prowadzenia dialogu z samorządami zawodów medycznych na każdym etapie projektowania i wdrażania zmian systemowych.

Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych konsekwentnie opowiada się za rozwiązaniami, które wzmacniają bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów, poprawiają dostępność świadczeń oraz odpowiadają na wyzwania związane z niedoborem kadr medycznych, takich jak Zaawansowana Praktyka Pielęgniarska.

Kluczowe znaczenie mają także inwestycje w rozwój kompetencji zawodowych, właściwa organizacja pracy oraz tworzenie stabilnych warunków wykonywania zawodu.

Stanowiska i rekomendacje wypracowane podczas Okrągłego Stołu zostaną opracowane i przekazane uczestnikom spotkania oraz opublikowane przez organizatorów: <https://polska2050.pl/polska-2050-zaprasza-do-okraglego-stolu-dla-ochrony-zdrowia/>

## WSPÓLNE STANOWISKO SAMORZĄDÓW ZAWODÓW MEDYCZNYCH NA RZECZ PACJENTÓW I ROZWOJU SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA

WWW.NIPIP.PL

**Wspólne stanowisko samorządów zawodów medycznych na rzecz pacjentów i rozwoju systemu ochrony zdrowia**

W odpowiedzi na wyzwania stojące przed systemem ochrony zdrowia, 21 lipca 2026 r. odbyło się spotkanie przedstawicieli samorządów zawodów medycznych. Jego celem było wypracowanie wspólnego stanowiska oraz określenie kierunków współpracy służących poprawie jakości i dostępności świadczeń zdrowotnych oraz dalszemu rozwojowi systemu ochrony zdrowia. Uczestnicy spotkania zgodnie podkreślili, że skuteczne i trwałe zmiany wymagają partnerskiej współpracy wszystkich zawodów medycznych oraz pełnego wykorzystania ich kompetencji z korzyścią dla pacjentów.

W spotkaniu uczestniczyli Prezes Krajowej Ra Fizjoterapeutów Agnieszka Stępień, Prezes Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych Mariola Łodzińska, Prezes

Naczelnej Izby Aptekarskiej Marek Tomków, Prezes Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych Monika Pintał-Ślimak oraz Prezes Krajowej Rady Ratowników Medycznych Mateusz Komza.

**Wspólna odpowiedzialność za system ochrony zdrowia**

Samorządy zawodów medycznych zgodnie podkreślają, że reprezentowane przez nie środowiska stanowią jeden z fundamentów systemu ochrony zdrowia. Zrzeszają one ponad pół miliona przedstawicieli zawodów medycznych, w tym diagnostów laboratoryjnych, farmaceutów, fizjoterapeutów, pielęgniarki i położne oraz ratowników medycznych, co stanowi zdecydowaną większość wszystkich osób wykonujących zawody medyczne w Polsce.

Uczestnicy spotkania wskazali, że rozwój nowoczesnego i efektywnego systemu ochrony zdrowia wymaga ścisłej współpracy pomiędzy wszystkimi zawodami

medycznymi, wzajemnego wykorzystania ich kompetencji oraz tworzenia rozwiązań opartych na doświadczeniu praktyków. Takie podejście sprzyja poprawie jakości i bezpieczeństwa opieki nad pacjentem, zwiększeniu dostępności świadczeń zdrowotnych oraz sprawniejszej organizacji systemu.

**Wspólne kierunki działań**

Przedstawiciele samorządów zawodów medycznych potwierdzili wolę prowadzenia stałej współpracy oraz wypracowywania wspólnych rozwiązań na rzecz pacjentów i rozwoju systemu ochrony zdrowia. Uzgodniono wspólne opracowanie propozycji zmian systemowych ukierunkowanych na pełniejsze wykorzystanie kompetencji zawodów medycznych, poprawę organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych, zwiększenie ich dostępności oraz dalsze podnoszenie jakości i bezpieczeństwa opieki.

Podkreślono, że wspólne działania samorządów zawodowych będą prowadzone w duchu partnerstwa, odpowiedzialności i dialogu z administracją publiczną. Celem tej współpracy jest przedstawianie rozwiązań odpowiadających na potrzeby pacjentów oraz wspierających rozwój nowoczesnego, efektywnego i zrównoważonego systemu ochrony zdrowia.

Na 29 lipca 2026 r. zaplanowano spotkanie z Minister Zdrowia Jolantą Sobierańską-Grendą, podczas którego przedstawione zostaną wspólnie wypracowane propozycje rozwiązań przygotowane przez przedstawicieli samorządów zawodów medycznych.



Tekst pochodzi z serwisu LEX Medica

# LEX Medica

## Prawo i praktyka dla całej placówki medycznej

**Autor:**

Karkowski Tomasz

**Rodzaj:**

komentarz praktyczny

### Coaching w pielęgniarstwie

Coaching święci sukcesy w różnych dziedzinach, również w pielęgniarstwie, pomagając ludziom osiągnąć ważne dla nich cele osobiste i zawodowe. Celem komentarza jest zapoznanie czytelników z rodzajami coachingu i możliwościami zastosowania go w pielęgniarstwie, np. jako coachingu koleżeńskiego, którego adresatami są pielęgniarki, czy coachingu zdrowotnego, którego adresatem jest pacjent.

#### 1. Wstęp

Coaching jest to relacja współpracy nawiązywana między trenerem a klientem. Relacja ta jest ograniczona czasowo i celowo, a jako główne narzędzie wykorzystuje rozmowę, której celem ma być pomoc klientom w realizacji ich celów. Coaching jest skoncentrowany na cel i znalezienie rozwiązania problemu.

#### 2. Definicje coachingu

Coaching definiowany jest różnorodnie. Raz jako dialog, poprzez który strony wchodzi w interakcję w dynamicznej wymianie, aby osiągnąć cele, usprawnić działanie i osiągnąć postęp. Innym razem jako współpracujący, zindywidualizowany, ukierunkowany na cel i zorientowany na rezultaty proces, który ułatwia zmianę poprzez wspieranie samoukierunkowanego uczenia się i osobistego rozwoju opierającego się na dowodach oraz przez włączenie etycznej praktyki.

Można wyróżnić trzy główne specjalności coachingu: coaching umiejętności, coaching efektywności oraz coaching rozwoju osobistego. Pierwszy z nich polega na doskonaleniu kompetencji, ale także na wsparciu potreningowym przy wdrażaniu nowo wypracowanych umiejętności w codzienną praktykę. Coaching efektywności

polega na przygotowaniu się do pełnienia nowych ról zawodowych lub bardziej efektywnego funkcjonowania w dotychczasowych rolach. Coaching rozwoju osobistego to wprowadzanie zmian w obecnym sposobie życia lub ścieżce kariery poprzez odkrycie na nowo znaczenia tego, co się robi, lub dążenie do nadania własnemu życiu lub karierze zupełnie nowego sensu i kierunku.

#### 3. Cele coachingu

Celem coachingu jest po pierwsze udoskonalenie dotychczasowego działania, aby przynosiło ono oczekiwane efekty, czyli dotyczy pracy nad relacją pomiędzy działaniem a rezultatem. Po drugie coaching może służyć zmianie bardziej pogłębionej, a celem w tym przypadku będzie uświadomienie oraz zmiana schematów i wzorców poznawczych czy myślowych. Po trzecie coaching może generować szerszą perspektywę dla złożoności relacji pomiędzy rezultatem, działaniem i ramami osadzonymi w określonym kontekście, co przyczynia się do transformacji podstawowych zasad stanowiących fundament formułowanych objaśnień, przyjmowanych perspektyw i podejmowanych aktywności. Celem coachingu jest nie tylko mobilizowanie ludzi do podejmowania się roli przywódców i osiągania świetnych wyników, ale także wspieranie ich w tych dążeniach. Na początku należy sprecyzować cele i aspiracje poszczególnych osób oraz pomóc im w uświadomieniu sobie, jaką pozycję chcą osiągnąć. Wymaga to posiadania umiejętności pozwalających wydobyć z ludzi to, co w nich najlepsze, wymaga nie tylko wspierania ich indywidualnego rozwoju, ale i twórczej współpracy z nimi.

Coaching to interpersonalny i interaktywny proces, którego zadaniem jest wspieranie ciągłego rozwoju osobistego i zawodowego przez nabywanie odpowiednich umiejętności, działań i zdolności, priorytetowych dla praktyki zawodowej. To interwencja skupiająca się na osobie

i realizowana w kontekście relacji trener-klient. Relacja ta ma charakter wspierający i dyskretny, jednocześnie jest ograniczona czasowo i ukierunkowana na cel. Do zadań trenerów należy stworzenie warunków do refleksji, która pozwoli klientowi niejako „stać z boku” i obiektywnie ocenić własne cele oraz metody ich realizacji. Ponadto trenerzy mogą zarówno rozwijać u klientów nowe umiejętności, jak i pomóc im w likwidacji barier, które utrudniają wykorzystanie własnego potencjału.

#### 4. Rodzaje coachingu

Można wyróżnić różne odmiany coachingu. Na przykład coaching organizacyjny (biznesowy) wykorzystywany jest do wspierania rozwoju członków określonej organizacji, coaching życiowy nakierowany jest na otwieranie potencjału osobistego w życiu pozazawodowym i poszczególnych jego strefach, coaching sportowy zorientowany jest na pomaganie w przygotowaniu sportowców do osiągnięcia i utrzymywania optymalnej formy, a przez to osiągnięcia sukcesów w swojej dyscyplinie, coaching edukacyjny wspiera proces dydaktyczny na każdym poziomie kształcenia, coaching zdrowia ukierunkowany jest na wsparcie oddziaływań terapeutycznych i rehabilitacyjnych w procesach rekonwalescencji lub uczenia życia z przewlekłą chorobą, coaching wykonawczy adresowany jest do kadry zarządzającej i służy wspomaganie rozwoju w całym obszarze działań menedżerskich, coaching zawodowy (kariery) przeznaczony jest dla pracowników rozwijających swoje kompetencje zawodowe, planujących dalszy przebieg kariery lub ukierunkowujących rozwój swoich profesjonalnych kompetencji, coaching adaptacyjny wspomaga wdrażanie nowych członków do organizacji, coaching międzykulturowy pomaga w dostosowaniu do nowych kulturowych środowisk pracy menedżerom, dyplomatom, członkom międzynarodowych zespołów. Można mówić też o samocoachingu, kiedy



Tekst pochodzi z serwisu LEX Medica

# LEX Medica

## Prawo i praktyka dla całej placówki medycznej

koncepcja i metody wspierania rozwoju wykorzystywane są do pomagania w przezwyciężaniu życiowych lub zawodowych trudności albo po prostu w doskonaleniu siebie.

Z kolei ze względu na specyfikę klienta można wyróżnić coaching indywidualny oraz coaching zespołowy. W tym pierwszym przypadku podmiotem działań jest konkretna osoba, a przedmiotem wsparcia jej potencjał osobisty i kompetencje. Natomiast o coachingu zespołowym mówimy w przypadku, gdy mamy do czynienia z grupą osób pracującą wspólnie lub nowo utworzoną, która potrzebuje wsparcia w wypracowaniu zespołowych umiejętności i osiągnięciu grupowej synergii działania. Coaching jest procesem interaktywnym umożliwiającym klientom, którzy widzą potrzebę zmiany w swoim życiu prywatnym lub zawodowym, ustalanie celów i tworzenie planów działania. Polega na rozmowie o możliwościach i działaniach, podczas której trener zachęca i wspiera klientów w refleksji nad własnymi możliwościami, rozwojem, realizacją celów. Taka współpraca będzie przynosić efekty, jeżeli trener będzie postrzegał klienta jako osobę wartościową i twórczą oraz będzie wykorzystywał w pracy z nim swoje umiejętności (takie jak aktywne słuchanie, zadawanie pytań, obserwacja, udzielanie informacji zwrotnej). Coaching może być także postrzegany jako forma indywidualnego rozwoju zawodowego trenerów oraz jako nowa ścieżka kariery dla pielęgniarek.

### 5. Rodzaje coachingu w pielęgniarstwie

Tak jak istnieją różne metody coachingu, tak też istnieją różne możliwości jego zastosowania. Przyszłość pielęgniarstwa wiąże się z czterema takimi obszarami: coaching koleżeński, coaching zdrowotny, coaching interdyscyplinarny oraz planowanie sukcesji.

#### 5.1. Coaching koleżeński

Coaching koleżeński może być wy-

korzystany do pomocy pielęgniarkom w rozwoju ich kariery i zwiększeniu satysfakcji zawodowej. Pielęgniarka-trener może pomagać młodszej koleżance w sprawach zawodowych – w ten sposób pracodawca doceni jej doświadczenie i zaangażowanie, a jednocześnie zorganizuje odpowiednią pomoc dla osób, które tej pomocy potrzebują. Coaching koleżeński może być także wykorzystywany jako stworzenie pracownikom możliwości porozmawiania o ich pracy i karierze. Takie rozmowy budują dobrą atmosferę w pracy, tworzą środowisko wrażliwe na problemy rozwoju, wspierające aspiracje zawodowe pracowników.

Nowi, początkujący pracownicy są cennym, choć wymagającym wsparcia zasobem organizacji, wymagają więc specjalnego traktowania. Coaching koleżeński może pomóc w zatrzymaniu ich w zawodzie, wyposażając w nowe umiejętności i sposób patrzenia, potrzebne do dobrego funkcjonowania w organizacji i skutecznych negocjacji z kolegami. Ta forma coachingu może być realizowana w formie indywidualnej lub grupowej.

#### 5.2. Coaching zdrowotny

Coaching zdrowotny to strategia użyteczna dla pielęgniarek, które chcą pomóc pacjentom osiągnąć ich cele zdrowotne. Pacjenci coraz częściej chcą brać odpowiedzialność za własne zdrowie i przyszłość, a coaching zdrowotny umożliwia pielęgniarkom prowadzenie z nimi odpowiednich tu temu rozmów jako formy opieki zorientowanej na pacjenta. Obecnie niewiele jeszcze mamy przykładów coachingu zdrowotnego opisanych w literaturze. Podejście to wydaje się jednak doskonale odpowiadać relacji pielęgniarka-klient, w której klienci wypowiadają swoje potrzeby, a pielęgniarka-trener zadaje pytania pomagające im „iść na przód”. Ponadto jest to forma rozwoju praktyki pielęgniarstwa.

Należy również dodać, że doświad-

czenie choroby przez pacjenta, zarówno przewlekłej somatycznej, jak i psychicznej, stanowi sytuację trudną dla niego oraz dla jego rodziny. Konsekwencją kryzysu psychicznego oraz choroby przewlekłej jest zmiana dotychczasowego stylu życia, funkcjonowania w społeczeństwie i postrzegania własnej osoby w pełnieniu ról społecznych. Ponadto w przypadku zdiagnozowania zaburzeń psychicznych osoba chora w wyniku stygmatyzacji społecznej zostaje usunięta na margines społeczeństwa, a otoczenie tej osoby często z powodu braku informacji na temat choroby wycofuje się z kontaktów z chorym. Ponadto choroby przewlekłe o niepomysłnym rokowaniu, związane z pogarszającą się sprawnością psychofizyczną, hospitalizacją i obniżeniem statusu materialnego, mogą również prowadzić do izolacji i poczucia osamotnienia, co potęguje złe samopoczucie chorego; dodatkowo znaczenie mogą mieć skutki uboczne stosowanej farmakoterapii. Dlatego ważną rolę odgrywa wsparcie społeczne traktowane jako związek pomocny o charakterze opiekuńczym, który pozwala na realizowanie potrzeb interpersonalnych człowieka, co przyczynia się do ułatwienia mu adaptacji do trudnych warunków.

Należy pamiętać, że zespół osób leczących i pielęgnujących (lekarze, pielęgniarki, psychologowie) jest pierwszym profesjonalnym ogniwem, które przejawiając właściwą postawę wobec chorego, zapewnia mu odpowiednie wsparcie, przede wszystkim dotyczące przekazywania emocji pozytywnych i uspokajających, a zarazem jest świadectwem opieki i troski o pacjenta. W późniejszym etapie zespół informuje rodzinę lub najbliższe osoby z otoczenia, w jaki sposób można pomóc pacjentowi po hospitalizacji. Aby wsparcie udzielane pacjentowi przez zespół terapeutyczny było skuteczne, musi być oparte na rzetelnym, holistycznym, podmiotowym podejściu do chorego, zaangażowaniu w jego sytuację oraz chęci



# LEX Medica

## Prawo i praktyka dla całej placówki medycznej

udzielenia pacjentowi pomocy.

Jednym z najważniejszych wyznaczników zarówno indywidualnego, jak i społecznego funkcjonowania człowieka w grupie jest zdolność wczuwania się w stany psychiczne innych osób. Staje się to szczególnie ważne w stosunkach międzyosobowych, np. w interakcjach pomiędzy pielęgniarką a pacjentem. Psychologicznym mechanizmem ułatwiającym wczuwanie się, rozumienie i wyobrażanie sobie myśli i uczuć swych partnerów jest zdolność do empatyzowania.

### 5.3. Coaching interdyscyplinarny

Wzrasta zainteresowanie kształceniem i praktyką interdyscyplinarną. Ich celem jest rozwijanie współpracy zespołowej pielęgniarek, lekarzy i innych pracowników ochrony zdrowia w opiece holistycznej. Dobra współpraca to coś więcej niż umiejętność pracy zespołowej. Wymaga gotowości tworzenia i wysiłku na rzecz funkcjonowania zespołów interdyscyplinarnych. Trener może ułatwić rozwój zespołu, którego członkowie pracują nad relacjami wewnętrznymi, w którym jest czas na działanie i na refleksję. Ponieważ pielęgniarki doceniają korzyści płynące ze współpracy, mogą pokierować tworzeniem takich zespołów i zadbać, aby realizowały one swoje cele.

### 5.4. Planowanie sukcesji

Coaching może być także używany w programach planowania sukcesji. Największe wyzwania dla pielęgniarstwa światowego w ciągu najbliższych pięciu lat to: wskaźniki demograficzne, zmiany w rozumieniu równowagi między pracą a życiem prywatnym, planowane przejście na emeryturę wielu liderów. Programy planowania sukcesji zadań lidera stają się kluczowym elementem długoterminowych strategii zarządzania zasobami ludzkimi w wielu organizacjach. Coaching indywidualny i grupowy, mentoring, praktyki zawodowe, dzielenie się etatami to ele-

menty tych strategii. Coaching ma zapewnić rozwój aspiracji zawodowych, pomóc w ustalaniu celów, wspierać przywódców w okresie transformacji.

### 6. Korzyści ze stosowania coachingu

Do korzyści, jakie może z coachingu osiągnąć lider czy przełożony, zaliczamy umiejętność profesjonalnego rozwijania ludzi, polepszenie wyników pracy i uzyskanie pożądanego w zespole zachowań, zbudowanie partnerstwa w relacji z pracownikiem, zwiększenie wewnętrznej siły i autorytetu wśród pracowników, a co się z tym wiąże satysfakcji z pracy z ludźmi, możliwość lepszego poznania swoich pracowników.

Natomiast wśród korzyści, jakie coaching daje pracownikowi, możemy wymienić rozwój osobisty, realną możliwość osiągnięcia założonego celu, poprawę wyników pracy, zmianę zachowań na bardziej pożądane w zespole, zbudowanie partnerstwa ze swoim szefem, co wpływa na poprawę atmosfery w pracy, wzrost satysfakcji z wykonywanej pracy, wzrost poczucia pewności siebie i motywacji do dalszych działań.

### 7. Zakończenie

Coaching koleżeński może być także stosowany, aby umożliwić zespołowi rozmowy o możliwościach kariery, a przez to budowanie kultury organizacyjnej zorientowanej na rozwój zawodowy. Pielęgniarstwo staje się zawodem o coraz większej liczbie specjalizacji, zwraca się więc coraz większą uwagę na doświadczenie pielęgniarek. Ledwie co zatrudnione pielęgniarki spotykają się z trenerem i rozmawiają o indywidualnych wyzwaniach stojących przed nimi w odniesieniu do adaptacji w miejscu pracy.

Z kolei coaching zdrowotny może być pożyteczną strategią dla pielęgniarek, które chcą pomagać pacjentom w realizacji ich celów. Pacjenci coraz częściej chcą brać odpowiedzialność za stan własnego zdrowia

i swoją przyszłość, a coaching zdrowotny umożliwi pielęgniarce lepszą z nimi komunikację. Wydaje się jednak, że w sposób naturalny wpisuje się ona w relację pielęgniarka-klient, w której klienci wyrażają swoje potrzeby, a pielęgniarka-trener zadaje pytania pomagające im „iść naprzód”. Coaching może być bardzo skuteczny, podnosząc efektywność pacjentów do wzbogacenia ich maksymalnego potencjału zdrowia, szczególnie jeżeli wymagana jest zmiana stylu życia. Ponadto coaching stwarza okazję do przesunięcia tradycyjnego myślenia o relacjach pacjenta do świadczącego usługi medyczne i zmotywowania pacjentów w kierunku zmiany ich zachowania. Coaching dla pacjentów i klientów to forma bardzo obiecująca, jeśli chodzi o rozwój praktyki pielęgniarstwa. W niektórych krajach, również w Polsce, występuje wzrost zainteresowania rozwojem edukacji i praktyki interdyscyplinarnej. Pielęgniarki, lekarze i przedstawiciele innych zawodów medycznych współpracują w zespołach, których celem głównym jest zapewnienie holistycznej opieki nad pacjentem. Jednak skuteczna współpraca wymaga czegoś więcej niż tylko nauczania ludzi pracy w grupie. Wymaga gotowości do tworzenia interdyscyplinarnego zespołu i dbania o jego utrzymanie. Trener ułatwia funkcjonowanie grupy, zwracając uwagę na relacje wewnętrzne, stwarzając możliwości ciągłej refleksji i podejmowania odpowiednich działań. Pielęgniarstwo zawsze doceniało korzyści płynące ze współpracy, dlatego może pokierować coachingiem grupowym, ukierunkowanym na rozwój grupy i realizację jej założonych celów.

# AI W PIELĘGNIARSTWIE

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 poprzednim artykule omówiliśmy zaawansowane technologie, takie jak systemy Ambient AI, które wbrew częstemu przekonaniu nie są wcale produktem ostatniego AI-owego boomu.

Początki sztucznej inteligencji sięgają lat 50. XX wieku, gdy pionierzy tacy jak Alan Turing i John McCarthy zaczęli formułować koncepcję maszyn zdolnych do „myślenia”. W kolejnych dekadach rozwój AI przebiegał falami entuzjazmu i prostych systemów symbolicznych, przez okresy stagnacji, aż po powrót zainteresowania dzięki rosnącej mocy obliczeniowej i dostępowi do danych. Stopniowo sztuczna inteligencja ewoluowała od regułowych systemów eksperckich do metod uczenia maszynowego, od wielkich, niedostępnych dla większości komputerów i laboratoriów badawczych, do „kieszonkowych”, niepozornych aplikacji, których moc jednocześnie fascynuje, zaskakuje, a czasem nawet budzi niepokój i obawy.

Dziś nie trzeba tłumaczyć, czym jest ChatGPT, ale wydaje się, że to jakieś jego możliwości, już tak. Algorytmy sztucznej inteligencji przez dziesięciolecia pracy najwybitniejszych umysłów rozwijano do rozwiązywania potężnych problemów. Dziś my, zwykli użytkownicy, mając to narzędzie podane „na tacy”, wykorzystujemy je głównie do szukania propozycji filmu na wieczór, planowania urlopu czy pomysłów na obiad. Nie neguję tego podejścia, sama tak robię i wydaje się, że to po prostu dzisiejszy standard. Chciałabym jednak zaprosić do nieco szerszej eksploracji tych narzędzi, ponieważ oferują tak wiele, że nawet ich twórcy nie potrafią powiedzieć gdzie leży granica.

W tym artykule opowiem o stosunkowo podstawowych zastosowaniach, o których możesz wciąż nie wiedzieć, a w następnym spróbujemy puścić wodze fantazji i wejść w zaawansowane projekty, które do niedawna wymagały wielu godzin pracy programistów. Treści takiego pomysłu jeszcze nie wybrałam, mogę podzielić się jednym z moich zastosowań, ale także pomysłem kogoś z Was - czytelników. Jeżeli taki pomysł się pojawi, będzie ciekawy i zostanie przesłany na (instagram kamilapolczyk), postaram się go wdrożyć, tłumacz

macząc krok po kroku cały proces. Może to być automatyzacja jakiegoś żmudnego procesu, aplikacja lub inne praktyczne rozwiązanie, które rozwiązuje realny problem.

Tak jak wspominałam, nie będę tłumaczyć czym jest ChatGPT, ale pozwolę sobie w kilku słowach powiedzieć o jego i jego „kolegów” różnicach. To, co odróżnia modele językowe od siebie, to przede wszystkim specjalizacja. Co prawda te największe, jak wspomniany ChatGPT, Claude czy Gemini, mają dość szerokie spektrum możliwości, ale także między nimi występują różnice. Na przykład ChatGPT dobrze sprawdza się w pisaniu tekstów, odpowiadaniu na pytania, analizowaniu informacji i pomaganiu w codziennej pracy. Claude dobrze radzi sobie z dłuższymi tekstami, analizą treści oraz programowaniem, a Gemini mocno korzysta z ekosystemu Google. Dalej w kolejce mamy Perplexity, potężne narzędzie do wyszukiwania i porządkowania informacji, szczególnie wtedy, gdy ważne są źródła. W kolejnym szeregu stoją mniejsze modele i narzędzia specjalistyczne. Przykładem może być LLaMA, który bywa przydatny tam, gdzie liczy się prywatność i praca na danych wrażliwych, ponieważ może działać lokalnie, na własnym komputerze, a nie w chmurze. Oznacza to, że jeśli masz chaotyczny tekst, na przykład notatkę o pacjencie, i chcesz uporządkować ją do formy zgodnej z systemem obowiązującym w Twojej placówce, możesz to zrobić bezpiecznie, bez ryzyka, że dane trafią na zewnętrzny serwer. Wystarczy wkleić taką notatkę do okna chatu, a następnie dodać prompt w stylu:

*„Jesteś asystentem medycznym. Twoim zadaniem jest ustrukturyzowanie chaotycznych notatek. Przekształć poniższy tekst w czytelny raport według schematu: 1. Objawy, 2. Diagnoza/Podejrzenia, 3. Zalecenia”.*

Mały problem pojawia się jeżeli notatka sporządzona jest ręcznie. Wspomniany model LLaMA może nie poradzić sobie z jej odczytaniem, ale już takie narzędzie jak Gemini tak. Zrób zdjęcie notatki, wrzuć je do aplikacji i poproś po prostu o przepisanie tekstu. Gemini w ułamku sekundy wygeneruje bezbłędną notatkę.

Dlaczego zatem nie proponuję ko-

rzystać z tego typu modeli od razu, tylko wysyłać do LLaMA? Ponieważ w naszym świecie istnieją bardzo rygorystyczne zasady dotyczące przetwarzania danych osobowych. Kiedy wklejasz dane pacjenta do okna (chat) modelu językowego, trafiają one poza twoją kontrolę i mogą być przetwarzane przez zewnętrzny system. W przypadku danych wrażliwych, takich jak informacje medyczne, oznacza to ryzyko naruszenia prywatności, dlatego bezpieczniej jest korzystać z rozwiązań działających lokalnie, na własnym komputerze lub serwerze.

Niezbędna uwaga w tym miejscu, ze względu na powagę sytuacji jest taka, by w każdym wypadku przeczytać zasady przetwarzania danych dla każdego narzędzia, które chcemy wykorzystać. Zasady te zmieniają się na tyle często, że nie warto polegać tylko i wyłącznie na radach przedstawionych w takich miejscach jak ten artykuł. To, co dziś jest prawdą, w dniu publikacji tekstu może już być nieaktualne.

## Perplexity + NotebookLM

Perplexity i NotebookLM to jedne z moich ulubionych narzędzi. Żyjemy dziś w świecie fake newsów i treści stworzonych przez sztuczną inteligencję, dlatego łatwo o błąd. W życiu prywatnym pomyłka często nie niesie dużych konsekwencji, ale w pracy, zwłaszcza medycznej czy eksperckiej, może być już bardzo poważna. Z tego powodu nie powinniśmy ufać modelom językowym w stu procentach, bo mogą popełniać tzw. halucynacje. Nie są one wyszukiwarką internetową ani encyklopedią, tylko systemem, który przewiduje kolejne słowa na podstawie prawdopodobieństwa. Czasem prowadzi to do sytuacji, w której model brzmi bardzo pewnie i profesjonalnie, a mimo to podaje nieprawdziwe informacje, zmyśla procedury albo na przykład dawki leków. Dlatego w erze sztucznej inteligencji obowiązuje jedna żelazna zasada. AI może podpowiadać, ale ostateczna decyzja zawsze należy do specjalisty, który bierze za nią pełną odpowiedzialność.

Tu z pomocą przychodzą wymienione narzędzia. Jeżeli chcesz stać się ekspertem w jakiejś dziedzinie, możesz się sprytnie wykorzystywać. W pierwszym z nich opisujesz problem i prosisz o wskazanie trzech lub czterech artykułów naukowych, które omawiają dany temat. Następnie pobierasz je i wgrywasz do NotebookLM. Od tego momentu narzędzie pracuje wyłącznie na podstawie załączonych materiałów, bez sięgania do internetu i bez korzystania z przypadkowych źródeł, na przykład stron producentów, które zwykle podkreślają zalety swoich produktów, a omijają ich słabsze strony. W tym momencie możesz zadawać pytania i otrzymywać odpowiedzi

oparte wyłącznie na zweryfikowanej wiedzy, niemal jak w pracy badawczej. Dzięki temu ryzyko halucynacji jest ograniczone do minimum.

To jednak nie wszystko. Jeśli chcesz naprawdę zgłębić temat, a nie tylko uzyskać odpowiedź na jedno pytanie, NotebookLM może w kilka kliknięć przygotować też podcast na podstawie załączonych materiałów. To świetne rozwiązanie do nauki w biegu. Wystarczy wgrać długi artykuł naukowy (lub kilka) w PDF albo nowe wytyczne medyczne, a program stworzy profesjonalny podcast audio, w którym dwóch wirtualnych prowadzących omawia treść po polsku. To idealna opcja do słuchania w drodze do pracy.

### Praca z obrazem

Wklejanie zdjęć lub zrzutów ekranów to także efekt ostatniej rewolucji. LLM-y rozpoznają obraz nie gorzej niż człowiek robiąc to znacznie szybciej. Jako uzasadnienie posłużę się przykładem z życia wziętym. Mianowicie, będąc na wielkich targach nowoczesnych technologii w Monachium, dostałam fizyczną mapę, która po rozwinięciu miała wielkość dosłownie 1,5 na 0,5 metra, a na niej upchane były stanowiska wystawiających się firm, z których mnie konkretnie interesowała jedna. Rozwiązanie? Rozłożyłam mapę na podłodze, zrobić zdjęcie obejmujące całość i wrzucić do Gemini z odpowiednim zapytaniem. Zdjęcie z którego gołym okiem nie dało się wyczytać nic, w kilka sekund posłużyło do wygenerowania dokładnej instrukcji pozwalającej dotrzeć w zaplanowane miejsce.

Inny przykład jest bardziej codzienny. Założmy, że musisz załatwić sprawę na jednym z portali rządowych. Logujesz

się i po chwili na stronie głównej widzisz dziesiątki odnośników. W takiej sytuacji wystarczy szybki zrzut ekranu, wklejenie go do tego samego narzędzia co wcześniej i gotowe. Otrzymujesz jasną instrukcję, jak dotrzeć do celu i jak wypełnić poszczególne wnioski.

Choć na początku artykułu przedstawiłam wykorzystanie AI do szukania przepisów kulinarnych niejako wlewanie paliwa rakietowego do zwykłej zapalniczki to od razu przyznałam, że także to robię. Pomoc w upraszczaniu codziennych czynności to prawdopodobnie najczęstsze obecnie jej zastosowanie. Niniejszy przykład ponownie bierze się z życia. Niedawno załączyłam zdjęcie na wzór poniższego do LLMa.

Z prośbą o podpowiedź co mogę z tego zrobić. Na początek pojawiło się pytanie - "czy masz kakao lub gorzką czekoladę oraz proszek do pieczenia?", a że miałam to pierwsze i ostatnie otrzymałam natychmiast przepis:

Czekoladowe Brownie z Cukinii (Bez Mąki i Cukru):

Przygotowanie:

- Zetrzyj cukinię na drobnych oczkach i mocno odciskaj z niej nadmiar wody (to kluczowy krok!).
- Zblenduj odcisniętą cukinię z bananem, jajkami i masłem orzechowym na gładką masę.
- Dodaj kakao oraz proszek do pieczenia i dokładnie wymieszaj.
- Przelej masę do małej formy wyłożonej papierem do pieczenia.
- Piecz w 180°C przez około 30-35 minut (do suchego patyczka).

Dodatkowe informacje: Wartość odżywcza (Cała porcja / całe ciasto)

- Energia: ~550-580 kcal
- Białko: ~24-26 g
- Tłuszcze: ~22-24 g (głównie zdrowe tłuszcze nienasycone z masła orzechowego i żółtek)
- Węglowodany: ~65-70 g
- Błonnik: ~14-16 g

(Jeśli podzielisz ciasto na 6 solidnych porcji, jeden kawałek to zaledwie ~95 kcal i niemal 3 g błonnika!)

Przyznaję! Nie miałam pojęcia w ogóle o istnieniu Brownie z cukinii, a dziś mogę je wam polecić.

### Podsumowanie

AI w naszej kieszeni to potężne narzędzie, które można wykorzystać w niezliczonej liczbie zadań. To, o czym wspominałam powyżej, stanowi zaledwie kroplę w morzu możliwości. Nie sposób opisać ich wszystkich, a przytoczone przykłady są jedynie wybranymi sytuacjami z mojego własnego doświadczenia. Zgodnie z zapowiedzią z początku artykułu dotyczącą one wyłącznie najbardziej codziennych spraw. Zastosowanie AI nie kończy się jednak na tym — kończy się dopiero tam, gdzie sięga nasza wyobraźnia i chęć poznania. Granice, które ostatnio wydawały się nie do przekroczenia, dziś są zamierzchną przeszłością. Co czeka nas jutro? Tego nie wiedzą nawet współcześni twórcy. Jedno jest pewne - wiedza, możliwości rozwoju, zaawansowane umiejętności, których nigdy nie studiowaliśmy, stanęły przed nami otworem. Wymagają jednak eksploracji, zaangażowania i chęci do działania. W następnym artykule pokaże Ci jak naprawdę można wykorzystać sztuczną inteligencję, a to co zrobiliśmy tutaj uznasz za jedynie wstęp do nowego rozdziału.



Zdjęcie wygenerowane przy pomocy modelu językowego Gemini.

# OWADY, PAJĘCZAKI I INNE SPOTKANIA.

MGR EWA LEDWOŃ  
EDUKATORKA DIABETOLOGICZNA  
UNIWEKSYTECKI SZPITAL KLINICZNY W OPOLU  
WYKŁADOWCA W INSTYTUCIE NAUK O ZDROWIU UNIWEKSYTET OPOLSKI

Okres wiosenno-letni to czas wzmożonej aktywności na świeżym powietrzu, obozów i kolonii. Dla dzieci to moment bez troski, jednak dla wychowawców to sezon podwyższonego ryzyka ukąszeń i użądleń. Pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania staje przed zadaniem nie tyl-

ko udzielania pomocy doraźnej, ale przede wszystkim edukacji. Warto zastanowić się, jak rozmawiać z najmłodszymi o zagrożeniach ze strony owadów i pajęczaków, aby budować w nich zdrowy nawyk profilaktyki i poczucie sprawczości, a nie irracjonalny lęk.



Edukacja zamiast paniki - Spotkanie z kleszczem to jeden z najczęstszych letnich scenariuszy, dlatego edukacja w tym zakresie powinna opierać się na odczarowaniu mitów i nauce praktycznych umiejętności. Teoria to za mało, ponieważ dzieci najlepiej uczą się przez naśladownictwo i ćwiczenia manualne. Znakomitym pomysłem jest zorganizowanie zajęć z użyciem rekwizytów, wykorzystując na przykład gąbkę lub pomarańczę, w którą wbite zostaną łebki od szpilek symulujące kleszcze. Biorąc do ręki pęsety, specjalne lassa lub karty do usuwania kleszczy, podopieczni mogą zobaczyć, że ruch musi być płynny, chwyt blisko skóry i że owada absolutnie nie wolno wykręcać. Uzupełnieniem takich warsztatów może być praca z mapą ciała. Używając rysunku konturowego człowieka, warto poprosić dzieci o zaznaczenie ulubionych miejsc kleszczy, takich jak pachy, pachwiny, zgięcia podkolanowe czy skóra głowy. Uczy to niezwykle ważnego nawyku wzrokowego skanowania ciała po każdym powrocie z lasu. Kolejnym krokiem powinno być obalanie mitów. W formie zabawy można omówić szkodliwe domowe sposoby, wyjaśniając, dlaczego smarowanie kleszcza masłem czy alkoholem drastycznie zwiększa ryzyko zakażenia poprzez sprowokowanie wymiotów u pajęczaka.

Opanowanie i szybka reakcja - Użądlenie przez pszczołę lub osę jest zjawiskiem bolesnym, ale u osób uczulonych może stanowić bezpośrednie zagrożenie życia. Edukacja w tej materii musi łączyć empatię z nauką zdecydowanych algorytmów postępowania. W pierwszej kolejności warto wykorzystać plansze wizualne, aby dzieci potrafiły rozróżnić te owady i zrozumieć różnicę w ich zachowaniu, zapamiętując, że żądło pszczoły zostaje w skórze, podczas gdy osa może użądlić wielokrotnie. Następnie należy zademonstrować na modelu procedurę usuwania żądła. Dzieci muszą wiedzieć, dlaczego nie wolno łąpać go dwoma palcami ze względu na ryzyko wciśnięcia reszty jadu, i poznać technikę zdrapywania za pomocą płaskiego przedmiotu, na przykład krawędzi plastikowej karty. Niezwykle istotne jest również nauczanie rozpoznawania anafilaksji, ze szczególnym uwzględnieniem objawów ogólnoustrojowych. Należy uczyć dzieci, że jeśli po użądleniu ich rówieśnik nagle zaczyna mieć trudności z oddychaniem, puchnie mu twarz lub robi się słaby, muszą natychmiast wezwać osobę dorosłą lub zadzwonić pod numer alarmowy. W grupach, w których znajdują się dzieci z rozpoznaną silną alergią, Świadomość rówieśników często ratuje życie i zauważalnie zmniejsza stygmatyzację dziecka zmagającego się z alergią.

# PTP PAMIĘTA: PAULINA PALCZAK

ELŻBIETA GARWACKA-CZACHOR  
POLSKIE TOWARZYSTWO PIELĘGNIARSKIE ODDZIAŁ WROCŁAW

Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie liczyło kiedyś kilkadziesiąt tysięcy członków i członków, dziś to grono jest znacznie skromniejsze – niespełna dwa tysiące osób. Wśród tych, które przez lata tworzyły tę wspólnotę, była Paulina Palczak, aktywna członkini Oddziału Legnickiego, odznaczona najwyższym pielęgniarskim wyróżnieniem na świecie – Medalem im. Florence Nightingale. To właśnie legnicki Oddział przygotował niegdyś wniosek o to odznaczenie. Gdy jednak Oddział w Legnicy przestał istnieć, a zrzeszeni tam członkowie znaleźli nowe miejsce w kołach w Lubinie i Legnicy, działających dziś w ramach Oddziału Wrocławskiego, historia Pauliny Palczak na długo pozostała nieopisana. Pierwsza wzmianka o niej pojawiła się w 2005 roku, gdy Zdzisław Abramczyk poświęcił jej krótką notkę w książce o polskich medalistkach Czerwonego Krzyża. Dopiero jednak, gdy Wrocław przejął członkinie i członków z terenu Legnicy, postanowiliśmy przyjrzeć się tej historii bliżej – a w 2022 roku podjęły się tego studentki naszego Studenckiego Koła Naukowego przy Państwowej Akademii Nauk Stosowanych w Głogowie.



Paulina Palczak w latach młodości  
Źródło: Rodzinne archiwum Pauliny Palczak

## Zanim została legendą – dziewczyna z Brzeżan

Paulina Krzyworózcza przyszła na świat 11 lipca 1921 roku w Brzeżanach na Wołyniu, w rodzinie właściciela masarni. Od dziecka nie potrafiła usiedzieć z boku – angażowała się w życie lokalnej społeczności, występowała w amatorskim teatrze, a w dorosłym życiu została nawet radną Miejskiej Rady Narodowej w Chocianowie. Ten rys charakteru – gotowość do działania na rzecz innych – towarzyszył jej właściwie od zawsze.

Szkolę podstawową skończyła w 1938 roku, po czym zapisała się na osiemnastomiesięczny kurs sanitariuszek Polskiego Czerwonego Krzyża. W styczniu 1941 roku, tuż przed wybuchem wojny niemiecko-sowieckiej, zdała egzamin przed komisją Wojewódzkiego Wydziału Zdrowia w Tarnopolu i uzyskała dyplom młodszej pielęgniarki. Nie wiedziała jeszcze, że ten dokument stanie się wkrótce przepustką do jednych z najtrudniejszych doświadczeń jej życia.

## Pielęgniarka bez lekarza

Pierwszą pracę podjęła w Wiejskim Ośrodku Zdrowia w Kozowej, w obwodzie tarnopolskim na Ukrainie, później trafiła do szpitala obsługującego zarówno ludność cywilną, jak i żołnierzy. To właśnie tam, podczas nalotów i bombardowań, operowano rannych wprost na miejscu. Kiedy Niemcy wkroczyli na te tereny, aresztowali zatrudnionych w placówce lekarzy pochodzenia żydowskiego. Szpital został bez lekarza – ale nie bez opieki. Paulina, wraz z garstką koleżanek, została na miejscu i samodzielnie podejmowała decyzje o leczeniu, wykonując zabiegi ratujące życie tam, gdzie nie było już nikogo innego, kto mógłby to zrobić.

W kolejnych latach wojny pracowała w szpitalach w Kozowej, Rohatynie i Brzeżanach – w regionie, gdzie narastający konflikt polsko-ukraiński czynił codzienną pracę śmiertelnie niebezpieczną. Opatrywała ofiary napadów, leczyła Polaków porażonych podczas podpalenia ich domów, a w czasie epidemii tyfusu i tężca opiekowała się zarówno cywilami, jak i żołnierzami – często bez odpowiedniego zaplecza i bez gwarancji własnego bezpieczeństwa.

## Nowe życie na Dolnym Śląsku

Listopad 1945 roku przyniósł kolejny przełom – transportem repatriacyjnym Paulina trafiła do Chojnowa. Od razu zabrała się do organizowania miejscowego szpitala, choć ten – z braku środków finansowych – przetrwał zaledwie rok. Nie zniechęciło jej to do dalszej pracy w zawodzie. W 1953 roku objęła funkcję pielęgniarki oddziałowej w Szpitalu Przeciwgruźliczym im. Seweryna Sterlinga w Chojnowie, gdzie pracowała nieprzerwanie aż do 1965 roku, a rok później otrzymała oficjalny dyplom pielęgniarski wydany przez Ministerstwo Zdrowia. Później, aż do przejścia na emeryturę, związana była z Pogotowiem Ratunkowym przy Szpitalu Rejonowym w Chojnowie.



Przed Szpitalem Przeciwgruźliczym im. Seweryna Sterlinga w Chojnowie (1964 r.)  
Źródło: Rodzinne archiwum Pauliny Palczak

Dopiero w 1968 roku, po ponad dwudziestu latach rozłąki, zdołała pierwszy raz odwiedzić rodzinne Brzeżany, gdzie po wojnie pozostali jej matka i brat. To spotkanie było jednym z niewielu momentów, gdy mogła choć na chwilę wrócić do świata sprzed wojny.

## Medal, który spóźnił się o rok

Życie prywatne Pauliny również nie było wolne od trudów. Jej mąż, Józef Palczak, był osobą niesłyszącą, przez co cały ciężar prowadzenia domu i wychowania



Rewers Medalu im. Florence Nightingale Pauliny Palczak  
Źródło: Rodzinne archiwum Pauliny Palczak

córki spoczywał na niej. Mimo to przez całe życie znajdowała czas i siłę na działalność społeczną – od młodzieżowego teatru amatorskiego po pracę radnej.

Uznanie za tę drogę przyszło niestety zbyt późno. Medal im. Florence Nightingale przyznano jej 12 maja 1997 roku, jednak zmarła zaledwie kilka miesięcy później, w listopadzie tego samego roku – nie zdążywszy odebrać odznaczenia osobiście. Uroczyste wręczenie odbyło się dopiero rok później, w 1998 roku w Legnicy, a medal w imieniu matki odebrała jej córka, Krystyna Cibiniak.

#### Dlaczego przypominamy tę historię

Przez lata nazwisko Pauliny Palczak pozostawało w cieniu innych dolnośląskich Medalistek, których losy zostały wcześniej opracowane i upowszechnione. Dopiero dociekliwość członkiń Studenckiego Koła Naukowego PTP przy Państwowej Akademii Nauk Stosowanych w Głogowie – i spotkanie z córką Medalistki w Legnicy w listopadzie 2022 roku, w 25 rocznicę jej śmierci – pozwoliły odtworzyć pełny obraz tej niezwyklej biografii, wsparty rodzinnymi dokumentami, fotografiami i samym medalem.

Dla Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego historia Pauliny Palczak to coś więcej niż ciekawostka archiwalna. To przypomnienie, że nasz zawód od zawsze budowały kobiety gotowe działać tam, gdzie zabrakło kogokolwiek innego – bez lekarza, bez zaplecza, czasem bez gwarancji własnego bezpieczeństwa. Jej odwaga, wierność ideałom niesienia pomocy drugiemu człowiekowi i zaangażowanie społeczne to wartości, które Towarzystwo pielęgnuje i przekazuje kolejnym pokoleniom pielęgniarek jako część naszej wspólnej, zawodowej tożsamości.

#### Opracowano na podstawie:

1. Abramek Z. Pielęgniarki Polskiego Czerwonego Krzyża wyróżnione medalem im. Florence Nightingale. Warszawa: Polski Czerwony Krzyż Mazowiecki Zarząd Okręgowy; 2005.
2. Baszyńska K, Garwacka-Czachor E. Paulina Palczak – zapomniana Laureatka Medalu im. Florence Nightingale z Dolnego Śląska [w:] Pielęgniarki i pielęgniarstwo dla zdrowia nas wszystkich. Praca zbiorowa pod redakcją: Kędry E, Mileckiej D, Garwackiej-Czachor E, Gurowca P. J. Wydawnictwo PANS w Głogowie, Głogów 2023.
3. Wirtualne Muzeum Pielęgniarstwa Polskiego. Galeria medalistek Medalu Florence Nightingale. <http://www.wmpp.org.pl/pl/galeria-medalistek.html> (dostęp 09.07.2026).



Spotkanie z córką Pauliny Palczak – Krystyną Cibiniak (w środku), po lewej stronie Elżbieta Garwacka-Czachor, po prawej Karolina Baszyńska

# ZNAĆ SWÓJ LOS

## URSZULA KRZYŻANOWSKA-ŁAGOWSKA, PIERWSZA PRZEWODNICZĄCA POLSKIEGO SAMORZĄDU PIELĘGNIARSKIEGO

DOROTA MILECKA<sup>1,2,4</sup> ELŻBIETA GARWACKA-CZACHOR<sup>1,2,3</sup>,

<sup>1</sup> KOMISJA HISTORYCZNA DOLNOŚLĄSKIEJ OKRĘGOWEJ IZBY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

<sup>2</sup> POLSKIE TOWARZYSTWO PIELĘGNIARSKIE ODDZIAŁ WROCŁAW

<sup>3</sup> DOLNOŚLĄSKIE CENTRUM ONKOLOGII, PULMONOLOGII I HEMATOLOGII WE WROCŁAWIU

<sup>4</sup> UNIwersYTET OPOLSKI, INSTYTUT NAUK O ZDROWIU

Gdyby ktoś w 1956 roku powiedział siedemnastoletniej Urszuli Krzyżanowskiej, że za trzydzieści pięć lat stanie na czele nowo powstałego samorządu zawodowego kilkuset tysięcy pielęgniarek i położnych w całej Polsce, zapewne wybuchnęłaby śmiechem. Sama przyznawała, że o zawodzie pielęgniarki nigdy nie marzyła – bała się krwi, zastrzyków i chorób, a jej serce ciągnęło raczej ku polonistyce. Historia jednak lubi zaskakiwać, a życiorys Urszuli Krzyżanowskiej-Łagowskiej to jeden z najciekawszych dowodów na to, że przypadek potrafi wyprowadzić człowieka na drogę wielkiej misji.



Urszula Krzyżanowska-Łagowska  
Zdjęcie: archiwum NRPIP

### Dziewczyną z Chełmszczyzny

Urodziła się 13 stycznia 1938 roku w Leonowie, w rodzinie, którą wojna szybko naznaczyła tragedią – ojciec zginął już we wrześniu 1939 roku, gdy miała zaledwie półtora roku. Wychowywała ją samotnie matka, z trudem radząc sobie w powojennej rzeczywistości. To właśnie nauczycielka języka rosyjskiego, ocenia-

jąc surowo zdolności uczennicy, poradziła jej szkołę pielęgniarską – decyzja, która z perspektywy czasu okazała się jedną z najszcześniejszych pomyłek diagnostycznych w historii polskiego pielęgniarstwa. W 1958 roku Urszula opuściła mury Szkoły Pielęgniarstwa w Chełmie jako dyplomowana pielęgniarka.

Nie był to koniec edukacji, a dopiero jej początek. Kolejne lata przyniosły kurs zarządzania kadrą pielęgniarską w Warszawie, studia prawnicze na Uniwersytecie Warszawskim zwieńczone dyplomem magistra administracji, a już na emeryturze – doktorat z nauk humanistycznych na Katolickim Uniwersytecie Lubelskim. Sama siebie określała zresztą przewrotnie: pielęgniarka, prawniczka, socjolożka, a w marzeniach – filozofka duchowości i poetka. Dla bliskich pozostała po prostu Ula.

### Zawodowe korzenie na Warmii i Mazurach

Pierwsze kroki zawodowe stawiała w Zielonej Górze, ucząc przyszłe pielę-

gniarki fachu w tamtejszym liceum pielęgniarskim. Ale to Olsztyn stał się miejscem, z którym związała ponad ćwierć wieku życia – tam pracowała w szpitalu dziecięcym i w administracji zdrowia publicznej, pełniąc kolejno funkcje przełożonej pielęgniarek, pielęgniarki naczelnej, a wreszcie pielęgniarki wojewódzkiej. Tam też założyła rodzinę – wyszła za mąż za stomatologa Andrzeja Łagowskiego i urodziła syna Piotra. Równolegle rozwijała działalność w Polskim Towarzystwie Pielęgniarskim, którego oddziałem wojewódzkim w Olsztynie kierowała przez dwie kadencje.

Była to jednak dopiero rozgrzewka. Kobieta, która – jak sama mówiła – nie potrafiła poprzestać na stabilizacji, zaczęła szukać czegoś więcej.

### Podróż, która zmieniła wszystko

Punktem zwrotnym okazała się nauka języka angielskiego, podjęta z uporem w latach osiemdziesiątych. Dała jej odwagę, by zgłosić się do prestiżowego międzynarodowego konkursu stypendialnego Międzynarodowej Rady Pielęgniarek, fundowanego przez firmę 3M. W 1985 roku – ku własnemu zdumieniu – wygrała. Stypendium w wysokości 7600 dolarów otworzyło jej drzwi do świata, o którym wcześniej mogła tylko czytać.

Podróż zawiadła ją najpierw do Szwecji, potem do Kanady, gdzie w Ottawie po raz pierwszy zetknęła się z instytucją zupełnie nieznaną w ówczesnej Polsce – samorządem zawodowym pielęgniarek, sprawującym pieczę nad rejestracją, licencjonowaniem i jakością opieki. Odkrycie to zapadło jej głęboko w pamięć. Kolejnym przystankiem były Stany Zjednoczone, gdzie poznawała nowoczesne systemy klasyfikacji pacjentów, standardy opieki długoterminowej i etykę zawodową. Osiem miesięcy zagranicznej edukacji zmieniło



Urszula Krzyżanowska-Łagowska podczas wystąpienia z okazji obchodów XXV-lecia Dolnośląskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu  
Zdjęcie: archiwum DOIPIP

sposób, w jaki myślała o swoim zawodzie – i o jego przyszłości w Polsce.

Formalności stypendium wymagały też otwarcia przewodu doktorskiego, którego ostatecznie nie ukończyła – jak sama tłumaczyła, budowa samorządu zawodowego pochłonęła ją bez reszty, a Międzynarodowa Rada Pielęgniarek przyjęła to wyjaśnienie ze zrozumieniem.

#### Architektka samorządności

Rok 1988 przyniósł impuls decydujący o dalszych losach bohaterki – w prasie medycznej opublikowano projekt ustawy o samorządzie lekarskim. Krzyżanowska-Łagowska, świeżo po zagranicznych doświadczeniach, zadała sobie pytanie, które miało odmienić bieg historii polskiego pielęgniarstwa: dlaczego nie stworzyć czegoś podobnego dla pielęgniarek i położnych? Wspólnie z Ireną Kosobudzką-Starzec, ówczesną prezes Zarządu Głównego PTP, przystąpiła do pracy nad pierwszym projektem ustawy o izbach pielęgniarstwach, czerpiąc inspirację z rozwiązań skandynawskich, kanadyjskich i amerykańskich.

Równolegle o niezależność zawodową walczyło środowisko związane z NSZZ „Solidarność”, ze szczególną rolą Aliny Pieńkowskiej. Obrady Okrągłego Stołu w marcu 1989 roku przyniosły oficjalne uznanie potrzeby powołania samorządu pielęgniarstwa. Powstały więc dwa równoległe projekty ustawy – jeden przygotowany przez PTP, drugi przez Ogólnopolski Komitet Organizacyjny Izby Pielęgniarek i Położnych. Po burzliwych dyskusjach Sejm w lutym 1991 roku uchwalił ustawę będącą kompilacją obu dokumentów, a w kwietniu tego samego roku podpisał ją prezydent Lech Wałęsa.

Jesienią 1991 roku, podczas obrad I Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w warszawskim Pałacu Kultury i Nauki, Urszula Krzyżanowska-Łagowska została wybrana pierwszą w historii prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych.

#### Budowanie od zera

To, co zastała po wyborze, trudno nazwać komfortowym startem. Samorząd nie miał ani biura, ani pieniędzy, ani doświadczonej kadry. Z pomocą przyszło PTP, użyczając skromnych pomieszczeń przy ulicy Koszykowej w Warszawie – dług ten samorząd spłacił, gdy tylko stanął na nogi. Sama prezes przez wiele miesięcy nie miała nawet stałego miejsca zamieszkania w stolicy, korzystając z gościnności rodziny i przyjaciół.

Mimo trudności pierwsza kadencja NRPIP przyniosła fundamenty, na których samorząd opiera się do dziś: kodeks etyki zawodowej, pierwsze standardy zawodowe, raport o stanie pielęgniarstwa oraz



Urszula Krzyżanowska-Łagowska podczas powitania na uroczystości XXV-lecia Dolnośląskiej Okręgowej Izby pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu  
Zdjęcie: archiwum DOIPI

projekt ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej skierowany do Sejmu. Powstał też biuletyn samorządowy, a od 1993 roku ogólnopolski dwumiesięcznik „Pielęgniarstwo i My”, poprzednik dzisiejszego „Magazynu Pielęgniarki i Położnej”. Nawiązano

trwałą współpracę z kanadyjskim środowiskiem pielęgniarstwowym. W marcu 1992 roku ulicami Warszawy przeszło pięć tysięcy pielęgniarek i położnych, domagając się godnych warunków pracy i płacy – pierwszy tak masowy protest tego środowiska w



Urszula Krzyżanowska-Łagowska na zakończenie I kadencji samorządu  
Zdjęcie: archiwum NRPIP

historii.

Kadencja nie obyła się jednak bez bolesnych ciosów. Kilka trudnych zdarzeń organizacyjnych odcisnęło na Prezes trwałe piętno psychiczne – jak sama pisała, nie zdołała się po tym w pełni podnieść aż do końca kadencji. Konsekwencją była decyzja o niekandydowaniu na kolejną kadencję oraz nieudzielenie Radzie absolutorium podczas II Krajowego Zjazdu w 1995 roku. Mimo tych trudności, z perspektywy lat jej dokonania oceniane są dziś jednoznacznie pozytywnie – jak podsumowała jedna z konsultantek jej książki: wizja Krzyżanowskiej-Łagowskiej wyprzedziła swoje czasy.

#### Duchowość jako powołanie

Po zakończeniu prezesury, w wieku 57 lat, wróciła do Olsztyna fizycznie i psychicznie wyczerpana. Krótki epizod pracy w firmie kosmetyczno-medycznej szybko ustąpił miejsca temu, co naprawdę ją pociągało – poszukiwaniu duchowego wymiaru pielęgniarstwa. Podróż do Indii i pięć tygodni spędzone w aśramie Sai Baby otworzyły ją na filozofię Wschodu. W wieku 62 lat rozpoczęła kolejny doktorat, tym razem obroniony, poświęcony wartościom duchowym w etosie pielęgniarstwie. Przez lata wykładała etykę, filozofię i socjologię zawodu pielęgniarki – najpierw w Ciechanowie, później w warszawskiej Akademii Wychowania Fizycznego, przekonana, że pielęgniarstwo bez wymiaru duchowego pozostaje niepełne.

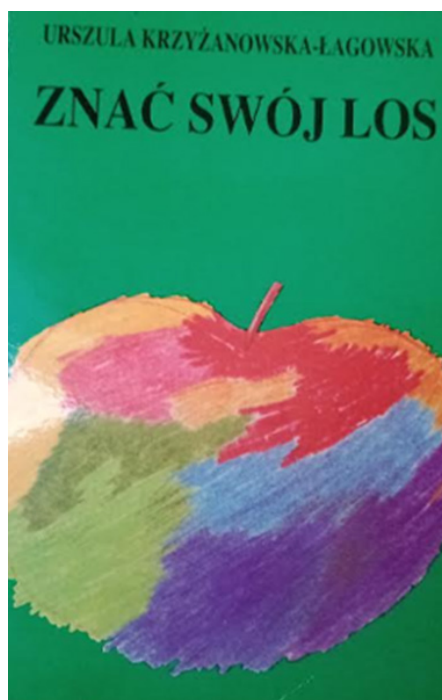
#### Pióro jako terapia

Mało kto wiedział, że budowniczyni samorządu w wolnych chwilach chwyciła za pióro. Pisanie było dla niej sposobem na rozładowanie napięcia, które nieuchronnie towarzyszyło tworzeniu czegoś od podstaw. Powstały w ten sposób dwa tomyki poezji – „Wyrazić siebie” i „Pobądź ze mną” – pełne szczerych, czasem bolesnych emocji, oraz cztery książki, w tym osobiste „Znać swój los” i monumentalna, dokumentalna „Idea samorządności”, uznawana dziś za jedno z najważniejszych źródeł do historii polskiego samorządu pielęgniarstwa. Jak sama pisała, do opisanie tamtych wydarzeń potrzebowała aż dwudziestu lat dystansu emocjonalnego.

Za swoją pracę i zaangażowanie została uhonorowana licznymi odznaczeniami, w tym Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski oraz medalami honorowymi Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych.

#### Ostatni rozdział

Nawet po przejściu na emeryturę akademicką w 2016 roku pozostała aktywna – spacerowała, medytowała, słuchała muzyki, pisała, bywała w teatrze



Zdjęcia książek Urszuli Krzyżanowskiej-Łagowskiej: zbiory prywatne Elżbiety Garwackiej-Czachor

i kinie. Ukochanym miejscem do końca życia pozostawała jej stara warszawska chatka w Chaberkowie, oddana jej niemal jak przyjaciel. Zmarła 11 sierpnia 2018 roku w Warszawie w wieku 80 lat, po krótkiej, ale agresywnej chorobie. Spoczęła na cmentarzu w Olsztynie, obok matki.

Jej wiersz „Chwila, po chwili” – spokojna medytacja o przemijaniu, pozbawiona żalu i buntu – mógłby posłużyć za motto jej całego życia: nie da się zatrzymać czasu, ale można wypełnić go pracą, pasją i sensem. Urszula Krzyżanowska-Łagowska zrobiła to z nawiązką, zostawiając po sobie samorząd zawodowy, który do dziś

reprezentuje i broni interesów kilkuset tysięcy polskich pielęgniarek i położnych.

#### Opracowano na podstawie:

E. Garwacka-Czachor, D. Milecka, A. Szafran. Urszula Krzyżanowska-Łagowska (1938–2018) – pierwsza Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych. [w:] Białek E, Krzemińska S. A, Miodek M, Prętki K. (red. nauk). Między służbą a misją. Kobiety i medycyna. Rozprawy z historii medycyny i literatury. Tom II. Wrocław: Quaestio, 2024: 129-150.

# ZACZEPEK ETYCZNY O SYNDROMIE VIP W MEDYCYNIE

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

Nie tylko w medycynie mamy do czynienia z celebrytami bądź VIP-ami, osobami na kierowniczych stanowiskach, którzy, pisze Jeff Brown, „są przyzwyczajeni do preferencyjnego traktowania – więcej usług, zazwyczaj za wyższą cenę, i pełnego szacunku nastawienia. Czasami, jak mi powiedziano, plotkarskie felietony wspominają, jak wiele osób z tych typów ma poczucie wyższości, które może prowadzić do dawania niskich napiwków, a nawet oczekiwania darmowej obsługi »tylko za ten przywilej«”.

W literaturze najczęściej wspomina się o piosenkarzach, prezydentach i członkach rodzin królewskich, a co począć z politykami, dyrektorami, radnymi, członkami partii, którzy uznają siebie za celebrytów tylko z tego powodu, że są częścią sfery politycznej? Domagają oni bowiem nie-równego traktowania przez personel medyczny, oczekują preferencji medycznych, żądają wyrazów szacunku, są urażliwi, kapryśni, skorzy do zemsty, czym wzbudzają lęki, gdy na niespełnione oczekiwania reagują groźbami pozbawienia pracy lub tzw. konsekwencjami prawnymi. Tkwi w tej opiece pewien kluczowy dla budowania relacji zaufania paradoks: personel świadczący usługi ma odczuwać wdzięczność za udzieloną pacjentowi pomoc. Ta zaś u podstawy definiowana jest społecznie, a nie klinicznie. Doświadczaliśmy tego w trakcie pierwszych szczepień na COVID-19, gdy celebryci byli głęboko przekonani, że mają pierwszeństwo do dostępu do szczepionek.

Ibraheem Alkahawaldeh i współpracownicy piszą o zespole bardzo ważnej osoby (VIP) lub zespole rekomendowanego pacjenta („The recommended patient syndrome: Charting new frontiers”) – to „zjawisko występujące w opiece zdrowotnej, w której dobrze przemyślane działania mające na celu poprawę opieki nieumyślnie prowadzą do szkody. Znanie osobistości, lekarze i przywódcy polityczni często otrzymują preferencyjne traktowanie, co prowadzi do potencjalnie niepotrzebnych interwencji”. Lecz, piszą D. Rojas i H. Lever, „Terminu »opieka zdrowotna VIP« używamy w odniesieniu do usług wykraczających poza te oferowane lub dostępne dla ogółu pacjentów w ramach

typowego ubezpieczenia zdrowotnego”, dodając, że „Systemy opieki zdrowotnej, które praktykują opiekę VIP, sankcjonują pogląd, że życie i ciało zamożnych pacjentów zasługują na wyższy poziom opieki, nawet na oddziale ratunkowym: dolegliwości klatki piersiowej u pacjenta VIP powinny być leczone w pierwszej kolejności, podczas gdy inni pacjenci z tymi samymi dolegliwościami powinni czekać dłużej w kolejce lub zasługują na mniejszą uwagę ze strony lekarzy specjalistów”.

Objawami tego zespołu jest nadmierne leczenie i – w rezultacie – zwiększone ryzyko, zmniejszenie satysfakcji pacjentów i członków zespołów terapeutycznych: „Syndrom bardzo ważnej osoby (VIP) lub syndrom zalecanego pacjenta (RPS) to kolejne paradoksalne zjawisko w opiece zdrowotnej, w którym powiązania pacjentów z świadczeniodawcami opieki zdrowotnej, status społeczny lub stanowisko polityczne prowadzą do otrzymania preferencyjnego leczenia, często zagrażającego optymalnej opiece i mogącego skutkować niepotrzebnymi lub szkodliwymi interwencjami medycznymi”. Toteż wymienia się konsekwencje wystąpienia tego syndromu, do których należą: zbyteczne badania, skłonność do monitorowania drobnych nieprawidłowości, także – w celu oszczędzenia pacjentom dyskomfortu – pominięcie diagnozy bądź skrócenie albo wydłużenie pobytu pacjenta w szpitalu. „Ponadto, personel medyczny może szukać wymówek, aby zminimalizować kontakt ze względu na wymagania pacjentów, przyczyniając się do izolacji pacjentów VIP”. Cierpi na tym wywiad medyczny ograniczony obawą przed urażeniem pacjenta naturą osobistych pytań odnoszących się do spożywania alkoholu, substancji psychoaktywnych lub do życia seksualnego.

Nancy Nielsen („VIP patients can be a headache for their doctors”) radzi, aby traktować VIP-a tak, jak każdego innego pacjenta z tym samym schorzeniem i przekonywać jedynie do tych terapii, które są oparte na dowodach naukowych. J. Guzman i współpracownicy („Caring for VIPs: Nine principles”) zalecają zaś kierowanie się w opiece nad pacjentami tymi następującymi zasadami: po pierwsze, na-

wet pod presją nie należy naginać zasad, które podważałyby wiedzę i zakłócałyby praktykę kliniczną; po drugie, należy pracować zespołowo, aby przeciwdziałać nieskoordynowanej opiece; po trzecie, należy komunikować się nie tylko z pacjentem, lecz nadto z jego rodziną, z lekarzami go odwiedzającymi; po czwarte, należy z wielką ostrożnością komunikować się z mediami; po piąte, należy przeciwdziałać presji, aby opiekę nad takim pacjentem sprawował szef oddziału; po szóste, opieka nad pacjentem powinna być sprawowana w miejscu najodpowiedniejszym; po siódme, należy zagwarantować bezpieczeństwo pacjenta; po ósme, należy zachować ostrożność „przy przyjmowaniu lub odrzucaniu prezentów (...). Pacjenci ofiarowują prezenty z wdzięczności, uczucia, desperacji lub chęci uzyskania specjalnego traktowania”; po dziewiąte, należy współpracować z osobistymi lekarzami pacjenta VIP.

Jednak wszyscy autorzy podkreślają, że syndrom ów prowadzi do zakłóceń w opiece zdrowotnej, do obniżenia jakości jej usług, do utraty zaufania u pacjentów, którzy są wrażliwi na sposób respektowania zasady równego, uczciwego i sprawiedliwego traktowania przez personel medyczny. Szczególnie pacjenci pseudo-VIP, ci, którzy aspirują do bycia celebrytą lub bardzo ustosunkowaną politycznie osobą mają skłonność do stawiania żądań, a nawet do formułowania poleceń, aby preferencyjna opieka nad nimi naruszała fundamentalne wartości i zasady sprawiedliwej opieki. Najczęściej więc domagają się ci pacjenci specjalnego traktowania i takich warunków opieki, choćby w postaci przyspieszonych operacji, wymuszając niekiedy zbędne badania i nadopiekuńczość pielęgniarek. Jest to rezultatem presji administracyjnej, aby zapewnić tym pacjentom szczególną uwagę i »lepszą« opiekę niezależnie od obciążeń fizycznych i psychicznych personelu. Dotyczy to również pielęgniarek: „Opieka nad osobami bardzo ważnymi może być dla pielęgniarek uciążliwa, dezorientująca, trudna i stresująca” („V.I.P. care: Ethical dilemmas and recommendations for nurses”).

Specjalne traktowanie pacjentów VIP rodzi wiele etycznych konfliktów, ponieważ promuje nierówność i niesprawiedliwość, podważa także autonomię zawodową personelu medycznego. Wyznaczanie ram tej opieki w oparciu o status społeczny jest z pewnością wynikiem neoliberalnego wymiaru życia społecznego, który „wywołany – piszą K. Ümmügülüm i K.S. Burcu – globalnym kapitalizmem wpłynął na dziedzinę zdrowia, ponieważ sprywatyzował każdą dziedzinę. Kapitalistyczna idea, że osoby z większymi pieniędzmi powinny otrzymywać lepszą jakość opieki zdrowot-

nej, przekształca zdrowie w towar i powoduje, że ludzie tracą z oczu fakt, że zdrowie jest podstawową potrzebą i powinno być zapewnione wszystkim na równi. Opieka VIP również prywatyzuje i segreguje niektórych ludzi oraz pogłębia istniejące

nierówności w zdrowiu” („How Possible Is Ethical Nursing Care in the Presence of VIP Patients?”).

Domaganie się zatem przez pacjentów VIP specjalnego traktowania i określonych preferencji może wywołać prze-

ciwne do oczekiwanych skutki: „Jak na ironię, pisze A.-R. Hosseinpour. syndrom ten jest efektem ubocznym najlepszych intencji wszystkich, w tym pacjentów. Wszyscy myślą, że optymalizują leczenie. W rzeczywistości je podważają”.



**WYŻSZA SZKOŁA MEDYCZNA  
W LEGNICY**

**REKRUTACJA 2026/27**

# **PIELĘGNIARSTWO**

## **STUDIA MAGISTERSKIE (II stopnia)**

**TRYB WEEKENDOWY**

Kluczowe dla osób pracujących na etacie!

**Piątek - Niedziela**

**2 zjazdy/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.)



**Zwrot inwestycji  
w ~10 miesięcy**

- Pierwsza uczelnia prywatna na Dolnym Śląsku z II stopniem Pielęgniarstwa
- Akredytacja PKA i Certyfikat MZ

**Opłata za studia (rekrutacja):**

- do 30.06.2026 r. **4800 zł** / semestr
- od 01.07.2026 r. **4900 zł** / semestr

**[www.wsmlegnica.pl](http://www.wsmlegnica.pl)**

tel. 76 854 99 33

tel. kom. 796 996 088

email: [dziekanat@wsmlegnica.pl](mailto:dziekanat@wsmlegnica.pl)

# KURSY UNIJNE

#FunduszeEuropejskie #FunduszeUE

Dolnośląska Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu zaprasza na **BEZPŁATNE** kursy dla pielęgniarek, pielęgniarzy i położnych zarejestrowanych w DOIPIP we Wrocławiu:

Kursy rozpoczynające się w 2026 r.

## Sierpień 2026 :

| Nazwa kursu                                                                              | Termin kursu       | Liczba miejsc |
|------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|---------------|
| Kurs dokształcający<br>Trudne rozmowy z pacjentem i rodziną dla pielęgniarek i położnych | 29.08 – 14.09.2026 | 24            |

## Wrzesień 2026 :

| Nazwa kursu                                                                                                                      | Termin kursu       | Liczba miejsc |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|---------------|
| Kurs specjalistyczny<br>Diagnostyka ultrasonograficzna w położnictwie i ginekologii dla położnych                                | 05.09 – 30.11.2026 | 28            |
| Kurs specjalistyczny<br>Opieka pielęgniarska nad chorymi dorosłymi w leczeniu systemowym nowotworów dla pielęgniarek i położnych | 12.09 – 09.11.2026 | 28            |
| Kurs specjalistyczny<br>Komunikowanie interpersonalne w pielęgniarstwie dla pielęgniarek i położnych                             | 15.09 – 17.11.2026 | 24            |
| Kurs specjalistyczny<br>Szczepienia ochronne dla pielęgniarek i położnych                                                        | 19.09 – 28.10.2026 | 28            |

## Październik 2026 :

| Nazwa kursu                                                                                           | Termin kursu       | Liczba miejsc |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|---------------|
| Kurs specjalistyczny<br>Terapia bólu przewlekłego u dorosłych dla pielęgniarek i położnych            | 03.10 – 23.11.2026 | 28            |
| Kurs specjalistyczny<br>Wykonanie i interpretacja zapisu EKG u dorosłych dla pielęgniarek i położnych | 14.10 – 07.12.2026 | 28            |
| Kurs specjalistyczny<br>Leczenie ran dla pielęgniarek                                                 | 10.10 – 10.12.2026 | 28            |

## Listopad 2026 :

| Nazwa kursu                                                                                   | Termin kursu       | Liczba miejsc |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|---------------|
| Kurs kwalifikacyjny<br>Pielęgniarstwo anestezjologiczne i intensywnej opieki dla pielęgniarek | 07.11 – 26.02.2027 | 28            |

## Grudzień 2026 :

| Nazwa kursu                                                                   | Termin kursu          | Liczba miejsc |
|-------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------|
| Kurs specjalistyczny<br>Edukator w cukrzycy dla pielęgniarek i położnych      | 05.12.26 – 23.02.2027 | 28            |
| Kurs kwalifikacyjny<br>Pielęgniarstwo opieki długoterminowej dla pielęgniarek | 12.12.26 – 23.03.2027 | 28            |

**Kursy rozpoczynające się w 2027 r.****Styczeń 2027 :**

1. Kurs kwalifikacyjny Pielęgniarstwo operacyjne dla pielęgniarek.
2. Kurs specjalistyczny Leczenie ran dla położnych.
3. Kurs doształcający Kontraktowanie świadczeń zdrowotnych dla pielęgniarek i położnych.

**Luty 2027 :**

1. Kurs kwalifikacyjny Pielęgniarstwo anestezjologiczne i intensywnej opieki położnictwie i ginekologii dla położnych.
2. Kurs specjalistyczny Żywnienie dojelitowe i pozajelitowe dla pielęgniarek.
3. Kurs specjalistyczny Komunikowanie interpersonalne w pielęgniarstwie dla pielęgniarek i położnych.
4. Kurs doształcający Zarządzanie w ochronie zdrowia dla pielęgniarek i położnych.

Kursy realizowane są w ramach projektu „Wsparcie kształcenia pielęgniarek, pielęgniarzy i położnych w Polsce”, współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus, w programie Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego 2021–2027.

**Uczestnicy otrzymują:**

- bezpłatne materiały szkoleniowe (tablet, pamięć USB),
- catering podczas zajęć teoretycznych,
- zaświadczenie o ukończeniu kursu,
- dostęp do platformy e-learningowej z 15 kursami doskonalącymi (z certyfikatami).

**Dla kogo?**

Dla wszystkich pielęgniarek, pielęgniarzy i położnych posiadających prawo wykonywania zawodu – zarówno aktywnych, jak i nieaktywnych (np. na urloпах wychowawczych lub poszukujących pracy).

**UWAGA! Jedna osoba może wziąć udział tylko w jednym kursie stacjonarnym**

**Szczegółowe informacje:**

<https://nipip.pl/projekt/> (Realizator Projektu)  
[www.doipip.wroc.pl](http://www.doipip.wroc.pl) (Organizator kształcenia na terenie DOIPIP we Wrocławiu)  
 tel. 71 333 57 08, kom: 502 030 721  
 e-mail: [dzialksztalcenia@doipip.wroc.pl](mailto:dzialksztalcenia@doipip.wroc.pl)

**PODZIĘKOWANIE**

Zespół Centrum Medycznego  
 „MASTERMED” Sp. z o.o w OLEŚNICY  
 pragnie złożyć serdeczne podziękowania i wyrazy najwyższego szacunku oraz uznania dla Pani

**TERESY CICHOWLAS**

za lata sumiennej i empatycznej pracy z małymi pacjentami  
 w punkcie szczepień naszej Przychodni.  
 Pani Teresa wyróżniała się wyjątkowym profesjonalizmem, zaangażowaniem oraz odpowiedzialnością w swojej pracy.  
 Jej postawa, wysoka kultura osobista i dbałość o najwyższe standardy stanowiły dla nas inspirację.

Prezes i Pracownicy  
 Centrum Medycznego „MASTERMED”  
 w Oleśnicy

„Każdą inną ludzką miłość trzeba zdobywać, trzeba na nią  
zasługiwać pokonując stojące na jej drodze przeszkody, tylko  
miłość matki ma się bez zdobywania i bez zasług.”

– Herman Auerbach

Naszej Koleżance

**EWIE TOMASZEK**

i Jej Rodzinie

składamy  
najszczerze wyrazy współczucia  
z powodu śmierci MAMY

Dyrekcja Koleżanki, Koledzy i Współpracownicy  
Dolnośląskiego Centrum Onkologii Pulmonologii i  
Hematologii

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

Naszej Koleżance

**ALBERCIE CIĘCIWA**

i Jej Rodzinie

Wyrazy głębokiego współczucia

i słowa otuchy z powodu śmierci  
TATY

Składa Dyrekcja Koleżanki, Koledzy i Współpracownicy  
Dolnośląskiego Centrum Onkologii Pulmonologii i  
Hematologii

„To bowiem, co widzialne, przemija, to zaś, co niewidzialne,  
trwa wiecznie.” 2 Kor 4, 18/

Naszej koleżance

**MIROŚLAWIE PANFIL**

i jej Rodzinie

Wyrazy głębokiego współczucia oraz słowa wsparcia  
i otuchy z powodu śmierci TATY

Składają: koleżanki i koledzy z POZ Róży Wiatrów  
i Weigla 4 WSK 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 DOIPiP**  
na który należy przekazywać SKŁADKI  
CZŁONKOWSKIE  
Bank PEKAO SA O/Wrocław  
Nr konta: 63 1240 6670 1111 0000 5641 0435

**GODZINY PRACY BIURA DOIPiP**  
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 DOIPiP

**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 DOIPiP**  
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 DOIPiP WE WROCŁAWIU

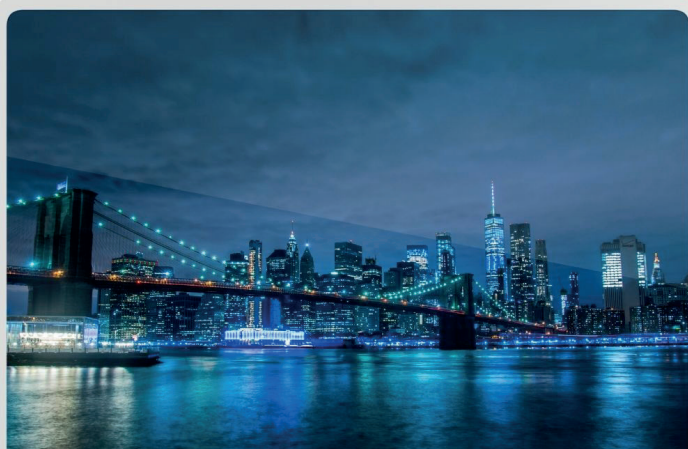
|                                |                            |                              |              |
|--------------------------------|----------------------------|------------------------------|--------------|
| Sekretariat                    | 71 333 57 02               | Księgowość                   | 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

## Wybierz UMW!

Zdobądź wiedzę i kompetencje, które pozwolą Ci skutecznie zarządzać w dynamicznie zmieniającym się sektorze ochrony zdrowia. MBA w Ochronie Zdrowia to połączenie praktycznego podejścia, nowoczesnego zarządzania i doświadczenia ekspertów z branży. Rozwiń swoją karierę, poszerz sieć kontaktów i dołącz do grona liderów, którzy realnie wpływają na przyszłość ochrony zdrowia!



## Kontakt

+48 71 784 28 09

ul. J. Mikulicza-Radeckiego 4a,  
Wrocław

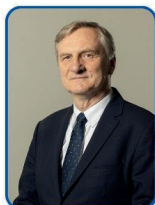
podyplomowe-ckp@umw.edu.pl

podyplomowe.umw.edu.pl

# MBA w Ochronie Zdrowia



## Wykładowcy



**Dr Zbigniew  
Król, prof. UMW**



**dr Dorota  
Kiedik**



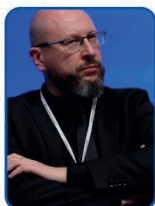
**dr Mariola  
Dwornikowska-  
Dąbrowska,  
MBA**



**Jarosław  
Paweł  
Maroszek**



**Anna  
Paluchiewicz**



**Piotr Nowicki,  
MBA**

## Program studiów

- **moduły tematyczne**, m. in. strategię i modele systemów ochrony zdrowia; finanse; rachunkowość i ekonomia; prawo, regulacje i compliance; przywództwo oraz kapitał ludzki; jakość i technologie; praktyczne zarządzanie jednostkami ochrony zdrowia
- **praktyczne projekty menedżerskie** oparte na rzeczywistych wyzwaniach
- **możliwość przygotowania do doktoratu wdrożeniowego**

## Informacje praktyczne



3 semestry studiów



opłata 25 000 PLN



planowane rozpoczęcie:  
jesień 2026

**Zniżki dla wybranych  
grup kandydatów!**

## Rekrutacja

**Studia są skierowane do wszystkich zainteresowanych, którzy ukończyli studia wyższe oraz posiadają min. 5 lat doświadczenia zawodowego.**

W szczególności zapraszamy osoby planujące pracę:

- w ośrodkach ochrony zdrowia;
- w strukturach zarządzania ochroną zdrowia i instytucjach kształtujących politykę zdrowotną;
- w innych podmiotach związanych z ochroną zdrowia.

Kandydaci, którzy spełniają wymagania i dokonają wszystkich wymaganych czynności, przyjmowani są według kolejności przesłania kompletnych zgłoszeń w systemie IRK, a następnie według kolejności wpłat oraz dostarczenia oryginalnych dokumentów.

# Dołącz do najlepszych