

PIEŁĘGNIARKA I POŁOŻNA



ISSN 3071-6950
IX-X 2025 (157)

BIULETYN OKRĘGOWEJ IZBY PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W RZESZOWIE

Współczesna położna to nie tylko osoba przyjmująca poród

Rozmowa z dr n. med. Barbarą Zych,
autorką książki "Jubileusz 50 lat
kształcenia położnych
w Rzeszowie"

► 18-19





Fot. Michał Świecki, UR

SŁOWO PRZEWODNICZĄCEJ 3-4

AKTUALNOŚCI

5 W Collegium Medicum Uniwersytetu Rzeszowskiego otwarto Oddział Głównej Biblioteki Lekarskiej (zdjęcie powyżej). Studenci pielęgniarstwa promują profilaktykę zdrowotną. Trwają szkolenia stacjonarne z cyfryzacji dokumentacji medycznej.

6-7 Pielęgniarki i położne z Klubu Emeryta pod opieką kierownictwa OIPIP w Rzeszowie były na wycieczce po Roztoczu

8 Uchwały o przyznaniu dofinansowania podjęte przez Prezydium oraz Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Rzeszowie

9 Relacja z XIV Zjazdu Polskiego Towarzystwa Pielęgniarek Anestezjologicznych i Intensywnej Opieki

10 Zasady ustalania najniższego wynagrodzenia pracowników podmiotów leczniczych

11 Nowe standardy opieki nad kobietami w okresie okołoporodowym

12-13 Raport WHO na temat depresji dotyczącej pielęgniarek i lekarzy

PRAWO

14-16 Opiekun medyczny. Kim jest i jakie są jego uprawnienia

JUBILEUSZ

18-19 Rozmowa z dr n. med. Barbarą Zych, autorką książki "Jubileusz 50 lat kształcenia położnych w Rzeszowie"

ZDROWIE I STYL ŻYCIA

20-22 Zmieńmy podejście do chorób reumatycznych

23 Oleje z nasion łagodzą stany zapalne

24-25 Wysoki cholesterol to cichy zabójca

UCHWAŁY I STANOWISKA

26-29 Stanowisko w sprawie proponowanych zmian minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych

POŻEGNANIA

30-31

Reklama na stronie 32

25 sierpnia w Muzeum Kultury Ludowej w Kolbuszowej uczestniczyłam w corocznym wydarzeniu – Festiwalu Psalmów Dawidowych, które od lat buduje mosty między kulturą chrześcijańską i żydowską pod hasłem „Modlitwa o Pokój- Psalmu Pokoju i Nadziei”.

1 września odbyło się szkolenie w siedzibie Izby, organizowane wspólnie z oddziałem MOPS w Rzeszowie, z cyklu „Przeciwdziałanie przemocy”, skierowane do kadry kierowniczej w szpitalach, mające na celu uświadomienie zagrożeń i reagowanie na krzywdę, jaka może spotkać dzieci, dorosłych zarówno w zakresie fizycznym, emocjonalnym, jak i psychicznym.

5 września przedstawiciele Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych poprowadzili w siedzibie naszej Izby szkolenie dla 3 izb (Krosno, Przeworsk, Rzeszów) na temat zmian w funkcjonowaniu Centralnego Rejestru Pielęgniarek i Położnych oraz modułów systemu obsługi samorządu pielęgniarek i położnych.

7-8 września przebywałam w Warszawie na konferencji zorganizowanej przez NRPIP pod hasłem "Inwestycja w kształcenie pielęgniarek i położnych kluczem do zmian systemowych w ochronie zdrowia" (dokumentacja medyczna, AI jako partner pielęgniarki i położnej), mającej na celu wsparcie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych.

9 września przeprowadzone zostało postępowanie konkursowe na stanowisko Pielęgniarki Oddziałowej Oddziału Medycyny Paliatywnej Szpitala Specjalistycznego im. Edmunda Biernackiego w Mielcu – konkurs wygrała **Anna Totoń** (członek Okręgowej Rady PiP) – Gratulujemy!

11 września wiceprzewodnicząca Lidia Kopeć przeprowadziła postępowanie konkursowe na stanowisko Pielęgniarki Oddziałowej Kliniki Pulmonologii z Pododdziałem Alergologii PCCHP w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym im. Fryderyka Chopina w Rzeszowie - konkurs wygrała **Bożena Dec** – serdecznie gratulujemy!



16-18 września uczestniczyłam w posiedzeniu Naczelnej Rady w Zielonej Górze, gdzie doszło do spotkania z panią minister zdrowia Jolantą Sobierańską-Grenda i prezesem NFZ Filipem Nowakiem.

17 września w naszej Izbie odbyło się szkolenie dla pielęgniarek i położnych z zakresu stosowania nowoczesnych opatrunków firmy Convatec, leczenie ran połączone z warsztatami.

18 września w Izbie odbyło się posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady, które prowadziła Lidia Kopeć, wieczorem natomiast reprezentowała OIPIP w uroczystości z okazji 25-lecia kierunków medycznych na Uniwersytecie Rzeszowskim, która odbyła się w Filharmonii Podkarpackiej.

19 września miałam przyjemność uczestniczyć w Absolutorium Lekarskim organizowanym przez Uniwersytet Rzeszowski w Filharmonii Podkarpackiej im. Artura Malawskiego.

20 września na zaproszenie pielęgniarek z Centrum Medycznego Łańcut (archidiecezja przemyska) uczestniczyłam w pielgrzymce pracowników ochrony zdrowia pod hasłem „Pielgrzymi Nadziei do Matki Bożej Pocieszenia” do Sanktuarium Matki Bożej Pocieszenia w Komborni - tego dnia świątynia została wyniesiona do godności bazyliki.

22 września z wiceprzewodniczącą Lidią Kopeć wzięliśmy udział w spotkaniu w MOPS Rzeszów z paniami, które zgłosiły swój akces uczestnictwa w projekcie MA-MA MIA.

słowo przewodniczącej

24 września dla koleżanek pielęgniarek i położnych, które zakończyły pracę zawodową zorganizowaliśmy wycieczkę do Tomaszowa Lubelskiego, Krasnobrodu i Zamościa. Choć był to dzień deszczowy, nastroje dopisały. W wycieczce wzięłam udział wspólnie z wiceprzewodniczącą Małgorzatą Sowa i sekretarz Dorotą Liput.

3-4 października razem z wiceprzewodniczącą Małgorzatą Sowa wzięłyśmy udział w IV Ogólnopolskiej Konferencji Naukowej dla Zespołów Farmaceutycznych, Lekarskich i Pielęgniarskich pod hasłem „Leczenie oparte na wartości”. Konferencja miała charakter integrujący środowiska medyczne.

6 października Monika Jaskot, Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej reprezentowała OIPIP na święcie Ratowników Medycznych w Dębicy. Ja natomiast uczestniczyłam w Konwencie Przewodniczących w Warszawie. W OIPIP odbyło się kolejne szkolenie na temat przeciwdziałania przemocy, zakładania Niebieskiej Karty, w szkoleniu wzięło udział 25 osób z różnych grup zawodowych.

8 października wzięłam udział w posiedzeniu Komisji Konkursowej na stanowisko zastępcy dyrektora s/d lecznictwa w WZS w Rzeszowie.

9 października uczestniczyłam w Inauguracji roku Akademickiego 2025/2026 w Państwowej Akademii Nauk Stosowanych w Jarosławiu.

11 października wzięłam udział w bezpłatnej Konferencji Szkoleniowej Akademia Leczenia Ran,

zorganizowanej w Głogowie Małopolskim przez firmę URGO - Medical.

15 października przewodniczyłam postępowaniu konkursowemu na stanowisko Pielęgniarki Oddziałowej Oddziału Dziecięcego w SP ZOZ w Leżajsku – na stanowisko została powołana **Klaudia Czerwonka**, a na stanowisko Pielęgniarki Oddziałowej Oddziału Reumatologicznego **Irena Zagaja**. Postępowaniu konkursowemu na stanowisko Pielęgniarki Oddziałowej Oddziału Chirurgii Ogólnej przewodniczyła Edyta Bernacka - została powołana **Diana Mola**. Gratulujemy nowo wyłonionym Pielęgniarkom Oddziałowym. W godzinach popołudniowych uczestniczyłam w III posiedzeniu Rady POW NFZ (obserwatorzy).

18 października na zaproszenie przewodniczącego Izby Lekarskiej pana Krzysztofa Marchewki uczestniczyłam w koncercie z okazji Dnia Św. Łukasza w siedzibie Izby Lekarskiej.

19 października wspólnie z sekretarz Dorotą Liput i Pocztem Sztandarowym uczestniczyłyśmy w uroczystości religijnej poświęconej św. Łukaszowi, patronowi pracowników służby zdrowia, która odbyła się w kościele w Mrowli. Samorząd lekarski poświęcił swój nowy sztandar.

21 października w siedzibie Izby spotkaliśmy się z architektami, którzy przedstawili swoje oferty w związku z naszą inwestycją.

23 października miało miejsce posiedzenie Prezydium Rady, w tym

dniu ORZOZ wzięła udział w egzaminie podsumowującym szkolenie w Vital-Med Kuśnierz „Szczepienia ochronne dla pielęgniarek”.

24 października na zaproszenie władz Uniwersytetu Rzeszowskiego uczestniczyłam w otwarciu Oddziału Głównej Biblioteki Lekarskiej, z honorem przecinania wstęgi. Po południu godz. 14:00 -16:00 wzięłam udział w Radzie Społecznej WSPL SPZOZ ul. Langiewicza (omówienie stanu zaawansowania prowadzonych inwestycji).

27 października wspólnie z wiceprzewodniczącą Lidią Kopeć uczestniczyłyśmy w spotkaniu podsumowującym Projekt MAMA -MIA dedykowany kobietom ciężarnym.

28 października Komisja Rewizyjna przeprowadziła kontrolę w OIPIP.

03 listopada odbyło się kolejne szkolenie w OIPIP tematyka przemoc i przeciwdziałanie przemocy. Zespół Przeciwdziałania Przemocy wspólnie z MOPS Rzeszów poprowadził rzetelnie cały cykl szkoleń.

5 listopada wzięłam udział w Konwencie Przewodniczących w Warszawie.

8 listopada sekretarz Dorota Liput reprezentowała OIPIP na egzaminie kursu specjalistycznego „Wykonywanie i interpretacja zapisu EKG dla dorosłych”, organizatorem kształcenia była firma Vital-Med Kuśnierz.

Barbara Świetlik
przewodnicząca ORPiP w Rzeszowie

PIELĘGNIARKA
I POŁOŻNA. Biuletyn
Okręgowej Izby Pielęgniarek i
Położnych w Rzeszowie

WYDAWCA
Okręgowa Izba Pielęgniarek i
Położnych w Rzeszowie,
ul. Rymanowska 3, 35-083
Rzeszów,
www.oipip.rzeszow.pl,
biuro@oipip.rzeszow.pl

REDAKTOR NACZELNA
Małgorzata Sowa,
izba.biuletyn@gmail.com

SEKRETARIAT
tel. +48 17 77 88 483, fax +48
17 77 88 484, tel. kom +48
608 340 558

NUMER KONTA (składki
członkowskie)
Santander Bank Polska
03 1500 1100 1211 0005
5678 0000

DZIAŁ PRAWA
WYKONYWANIA ZAWODU
tel. +48 17 77 88 485

RZECZNIK
ODPOWIEDZIALNOŚCI
ZAWODOWEJ
PIELĘGNIAREK
I POŁOŻNYCH
tel. +48 17 77 88 490
(dyżury w 2. i 4. śróde
miesiąca w godzinach
14.00 – 16.00)

OKRĘGOWA KOMISJA
REWIZYJNA
tel. +48 17 77 88 491

OKRĘGOWY SĄD
PIELĘGNIAREK
I POŁOŻNYCH
tel. +48 17 77 88 315
PROJEKT GRAFICZNY I SKŁAD
Redaktor Oipip,
redaktor.oipip@o2.pl

DRUK
ad Studio

NAKŁAD
1000 egzemplarzy, pismo
jest rozprowadzane
nieodpłatnie wśród
pielęgniarek i położnych
zrzeszonych w OIPIP w
Rzeszowie. Wydawca i
redakcja nie ponoszą
odpowiedzialności za treść
reklam i ogłoszeń.

Oddział Głównej Biblioteki Lekarskiej w Rzeszowie

24 października 2025 roku w Collegium Medicum Uniwersytetu Rzeszowskiego odbyło się uroczyste otwarcie Oddziału Głównej Biblioteki Lekarskiej (GBL) – nowoczesnego centrum wiedzy medycznej, które służy studentom i pracownikom kierunków medycznych oraz całemu środowisku naukowemu regionu. W akcie symbolicznego przecięcia wstęgi wzięła udział Barbara Świetlik, przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Rzeszowie.

Oddział GBL w Rzeszowie, współpracujący z centralą w Warszawie, pełni rolę regionalnego centrum dostępu do zasobów medycznych i naukowych. Oferuje tradycyjne formy biblioteczne – czytelnię, wypożyczalnię i zbiory drukowane – oraz nowoczesne rozwiązania cyfrowe, w tym dostęp do licencjonowanych baz danych, e-booków, repozytorium uczelnianego i usług e-wypożyczania.

– To jest biblioteka dedykowana przede wszystkim naszym przyszłym lekarzom, naszym przyszłym pielęgniarkom, położnym, wszystkim zawodom medycznym. Dzięki niej będą mogli korzystać z ogromnego zasobu wiedzy i dostępu do wszelkiego rodzaju baz danych – powiedział podczas uroczystości prof. dr hab. Adam Reich, rektor UR.

Fot. Michał Świąciecki, UR



Dyrektor Głównej Biblioteki Lekarskiej, dr n. med. Feliks Orchowski, zwrócił uwagę na innowacyjny charakter otwartego oddziału, który jest jedną z najnowocześniejszych w Polsce baz wiedzy medycznej i umożliwia dostęp do zasobów, które do tej pory dostępne były głównie w największych ośrodkach akademickich.

Oddział GBL w Rzeszowie udostępnia m.in.: Polską Bibliografię Lekarską – bazę z ponad 680 000 rekordów, międzynarodowe bazy

pełnotekstowe (EBSCO, LWW, Medline Complete, Nature, Oxford Journals, Science, Science Direct, Springer, Taylor & Francis, Wiley Online Library), krajową platformę książek elektronicznych IBUK Libra, zbiory drukowane liczące ok. 1 566 tytułów. Biblioteka oferuje także usługi informacyjne, wypożyczenia międzybiblioteczne, tematyczne zestawienia literatury oraz zamawianie kopii dokumentów w formie elektronicznej i drukowanej.

Razem dla zdrowej kobiety, dla zdrowego miasta

Fot. FB PielęgniarstwoUR



Studenci kierunku Pielęgniarstwo Uniwersytetu Rzeszowskiego włączyli się w wydarzenie z okazji 14. urodzin Millenium

Hall – „Świątuj zdrowie z Różową Przychodnią” – dzieląc się wiedzą i doświadczeniem, promując profilaktykę oraz świadome podejście do zdrowia. Dziękujemy wszystkim, którzy odwiedzili nasze stoisko! Partnerzy wydarzenia: Uniwersytet Rzeszowski – Collegium Medicum, Fundacja Go Healthy Girl, Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Fryderyka Chopina w Rzeszowie, Kliniczny Szpital Wojewódzki im. św. Jadwigi Królowej w Rzeszowie.

###

Szkolenia z cyfryzacji dokumentacji medycznej

Od 28 października trwają szkolenia stacjonarne z cyfryzacji dokumentacji medycznej w profilaktycznej opiece zdrowotnej nad uczniami. Cel: przygotowanie pielęgniarek, higienistek szkolnych do

prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej uczniów w systemie gabinet.gov.pl. Od września 2027 r. prowadzenie dokumentacji medycznej ucznia w postaci elektronicznej będzie obowiązkowe.

###

Dr Barbara Zych w Krajowej Radzie Akredytacyjnej

Dr n. med. Barbara Zych z Uniwersytetu Rzeszowskiego została powołana w skład Krajowej Rady Akredytacyjnej Szkół Pielęgniarek i Położnych na kadencję 2025–2029. Krajowa Rada Akredytacyjna Szkół Pielęgniarek i Położnych działa przy Ministrze Zdrowia i odpowiada za opiniowanie oraz ocenę jakości kształcenia na kierunkach pielęgniarstwo i położnictwo w całym kraju. Serdecznie gratulujemy!

BEZPŁATNE PORADY PRAWNE

Adwokat Bernadeta Karpiuk i adwokat Aleksandra Siwy udzielają bezpłatnych porad prawnych pielęgniarkom i położnym w środy w godz. 14-16, w siedzibie OIPIP w Rzeszowie, ul. Rymanowska 3 lub telefonicznie, tel. 17 77 88 483



Fot. Freepik.com



Wycieczka dla pielęgniarek i położnych z Klubu Emeryta po Roztoczu. To był dzień pełen wrażeń

Pielęgniarki i położne zrzeszone w Klubie Emeryta podejmowały 24 września na wycieczce autokarowej po Roztoczu. W programie było m.in. zwiedzanie drewnianego kościoła

Zwiastowania Najświętszej Maryi Panny w Tomaszowie Lubelskim (z cudownym obrazem Matki Bożej Szkaplerznej) oraz Starego Miasta w Zamościu. Obiad mieliśmy zamówiony w urokliwym

Krasnobrodzie. I tam też zrobiliśmy sobie pamiątkowe zdjęcie. Dziękujemy za miłą atmosferę i zapraszamy na kolejne atrakcje organizowane przez naszą Izbę.





Uchwały o przyznaniu dofinansowania podjęte przez Prezydium oraz Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Rzeszowie

PREZYDIUM 18.09.2025

- studia podyplomowe – 3 osoby 2 000 zł
- studia I stopnia – 2 osoby 3 000 zł
- studia II stopnia – 5 osób 10 000 zł

Kursy kwalifikacyjne: 700 zł

- opieka długoterminowa – 1 osoba

Kursy specjalistyczne: 6 415 zł

- kurs specjalistyczny ordynowanie leków i wypisywanie leków – 3 osoby
- kurs specjalistyczny leczenie ran – 6 osób
- kurs specjalistyczny RKO – 5 osób

Kursy doszkalcające: 140 zł

- kurs doszkalcający przetwarzanie krwi i jej składników – 1 osoba

- konferencje – 2 osoby 1 809 zł
- zapomoga losowa – 8 osób 14 000 zł
- zapomoga na niepełnosprawność dziecka – 2 osoby 1000 zł
- emerytura - 20 osób 37 000 zł
- rehabilitacja – 59 osób 99 609,75 zł
- okulary – 65 osób 43 584,00 zł
- niepełnosprawność członka samorządu – 1 osoba 1 000 zł

RADA 25.09.2025

- studia I stopnia pielęgniarstwo – 1 osoba 1 000 zł
- studia II stopnia pielęgniarstwo – 4 osoby – 8 000 zł

Kursy specjalistyczne: 30 190 zł

- kurs specjalistyczny EKG – 44 osoby
- kurs specjalistyczny endoskopia – 15 osób
- kurs specjalistyczny resuscytacja krążeniowo oddechowa noworodka – 2 osoby
- konferencje – 4 osoby 3 539,00 zł

- zapomoga losowa – 1 osoba 4 000 zł
- emerytura - 6 osób 11 00 zł
- rehabilitacja – 22 osoby 30 176,60 zł
- okulary – 12 osób 6 829,30 zł

PREZYDIUM 23.10.2025

- studia II stopnia pielęgniarstwo – 11 osób – 22 000 zł
- studia I stopnia pielęgniarstwo – 7 osób 7 000 zł
- studia podyplomowe – 2 osoby 2 000 zł

Specjalizacje: 24 640 zł

- specjalizacja pediatryczna – 1 osoba
- specjalizacja operacyjna – 2 osoby
- specjalizacja ginekologiczno- położnicza – 4 osoby
- specjalizacja pediatryczna – 3 osoby

Kursy specjalistyczne: 14 060 zł

- kurs specjalistyczny szczepienia ochronne – 13 osób
- kurs specjalistyczny ordynowanie leków i wypisywanie recept – 10 osób
- kurs specjalistyczny leczenie ran – 6 osób
- kurs specjalistyczny endoskopia – 1 osoba
- kurs specjalistyczny EKG – 1 osoba

Kursy doszkalcające: 350 zł

- kurs doszkalcający poród w wodzie – 1 osoba

- konferencje – 26 osób 40 085,45 zł
- rehabilitacja – 82 osoby 123 183,00 zł
- emerytura - 16 osób 30 500 zł
- zapomoga na niepełnosprawność dziecka – 2 osoby 1000 zł
- niepełnosprawność członka samorządu – 4 osoby 4 000 zł
- szczepienia ochronne DTP dla członka samorządu – 1 osoba 169 zł
- zapomoga losowa – 9 osób 19 500 zł
- okulary – 47 osób 27 694,29 zł

Fot. benzoix.freepik.com



PIELĘGNIARKI I POŁOŻNE REGULARNIE OPŁACAJĄCE SKŁADKI CZŁONKOWSKIE MAJĄ MOŻLIWOŚĆ:

- korzystania z refundacji kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego
- dofinansowania kosztów rehabilitacji
- dofinansowania zakupu okularów korekcyjnych
- skorzystania z porady prawnej (dyżur prawnika w siedzibie OIPIP w Rzeszowie)
- skorzystania z pomocy socjalnej (zapomoga losowa, zapomoga emerytalna)

XIV Zjazd Polskiego Towarzystwa Pielęgniarek Anestezjologicznych i Intensywnej Opieki

Profesjonalizm, pasja i otwartość na zmiany



MAŁGORZATA JUDA

mgr pielęgniarstwa, specj.
piel. anestezjologicznego
i intensywnej opieki

W dniach 16-18 października w Krakowie odbył się XIV Zjazd Polskiego Towarzystwa Pielęgniarek Anestezjologicznych i Intensywnej Opieki – jedno z najważniejszych wydarzeń edukacyjno-naukowych w środowisku pielęgniarstwie. Zjazd zgromadził liczne grono pielęgniarek i pielęgniarzy, lekarzy, naukowców oraz ekspertów z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii, stając się platformą wymiany wiedzy, doświadczeń i dobrych praktyk klinicznych.

Spotkanie obfitowało w bogaty program merytoryczny – odbyło się 12 warsztatów praktycznych, 55 wykładów audytoryjnych oraz 11 doniesień naukowych zaprezentowanych w formie sesji plakatowej. Warsztaty obejmowały szerokie spektrum tematów związanych z praktyką pielęgniarstwa w opiece nad pacjentem w stanie krytycznym. Uczestnicy mieli okazję doskonalić swoje umiejętności m.in. w zakresie postępowania w stanach nagłych, prowadzenia wentylacji mechanicznej i opieki nad dostępem naczyniowym. Dużym zainteresowaniem cieszyły się również zajęcia dotyczące komunikacji w zespole interdyscyplinarnym oraz zarządzanie ryzykiem w ochronie zdrowia.

Czym jest zaawansowana praktyka pielęgniarstwa

Jednym z najważniejszych punktów programu była debata pt. „Zaawansowana praktyka pielęgniarstwa – czy wyważamy otwarte drzwi?”, moderowana przez red. Iwonę Sitnik-Kornecką. W dyskusji wzięli udział wybitni przedstawiciele środowiska: mgr piel. Marzena Pęgiel, dr n. med. Małgorzata Knap, prof. dr hab. n. med. Wojciech Szczeklik, dr n. med. i n. o zdr. Monika Borzuchowska oraz mgr piel. Kamilla Gólc. Debata stanowiła niezwykle ważny głos w dyskusji o przyszłości pielęgniarstwa w Polsce i kierunkach jego



Fot. Małgorzata Juda

rozwoju. Uczestnicy podjęli próbę zdefiniowania, czym w praktyce jest zaawansowana praktyka pielęgniarstwa (Advanced Practice Nursing, APN) oraz jak można ją wdrożyć w polskich realiach ochrony zdrowia w Oddziałach Intensywnej Terapii. Dyskutowano o potrzebie jasno określonych kompetencji, uprawnień i odpowiedzialności pielęgniarek zaawansowanej praktyki, a także o konieczności zmian legislacyjnych i edukacyjnych, wspierających rozwój tej roli. Wskazywano, że wprowadzenie APN może realnie poprawić dostępność świadczeń, jakość opieki oraz efektywność ekonomiczną systemu ochrony zdrowia.

Ekologia w pracy klinicznej

W trakcie zjazdu poruszono również niezwykle aktualny temat zrównoważonego rozwoju i ekologii w intensywnej terapii, w ramach koncepcji „Green ICU” i Zielonego Ładu w ochronie zdrowia. Dyskutowano o możliwościach redukcji śladu węglowego w oddziałach intensywnej terapii, racjonalnym gospodarowaniu zasobami oraz ograniczeniu zużycia energii i materiałów jednorazowych. Ekspertki zwracali uwagę, że pielęgniarki, jako osoby najbliższe procesowi terapeutycznemu, odgrywają kluczową rolę w budowaniu świadomości ekologicznej i wdrażaniu praktyk prośrodowiskowych w codziennej pracy klinicznej.

Nowe kierunki rozwoju zawodowego

Podczas zjazdu nagrodzono osoby, które swoją pasją, wiedzą i zaangażowaniem wpływają na rozwój pielęgniarstwa w Polsce.

Mgr piel. Andżelika Adamiak (Oddział Warmińsko-Mazurski) otrzymała nagrodę w kategorii „Innowacja w edukacji” za projekt „Intensywna Terapia – Intensywna współpraca. Wymień się wiedzą i doświadczeniem”, promujący ideę wzajemnego uczenia się i rozwoju zawodowego. W kategorii „Innowacja w praktyce” nagrodzono dr hab. n. med. i n. o zdr. Kamilę Rachubińską oraz mgr piel. Kamilę Sowińską (Oddział Zachodniopomorski) za wdrożenie standaryzowanego wózka do trudnych dróg oddechowych (DAT – Difficult Airway Trolley), znacząco poprawiającego bezpieczeństwo pacjentów. Dr Ada Lisowska (Oddział Opolski) otrzymała wyróżnienie za wdrożenie zasad Lean Management w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym, które przyczyniło się do zwiększenia efektywności i jakości pracy zespołu. Ten wyjątkowy moment uświadomił wszystkim, że polskie pielęgniarstwo anestezjologiczne i intensywnej opieki nie tylko idzie z duchem czasu, lecz także wyznacza nowe kierunki rozwoju zawodowego, a jego siłą są profesjonalizm, pasja i otwartość na zmiany. Zjazd był nie tylko przestrzenią do nauki, ale także okazją do integracji środowiska zawodowego. Wzajemna wymiana doświadczeń, pasja i zaangażowanie uczestników po raz kolejny udowodniły, że polskie pielęgniarstwo anestezjologiczne i intensywnej opieki rozwija się dynamicznie, tworząc silną i profesjonalną grupę zawodową.

Zasady ustalania najniższego wynagrodzenia pracowników podmiotów leczniczych

27 października Ministerstwo Zdrowia przedstawiło członkom Prezydium Trójstronnego Zespołu do Spraw Ochrony Zdrowia propozycje zmian w ustawie dotyczącej zasad ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników podmiotów leczniczych. To punkt wyjścia do dalszej dyskusji.

Propozycje

zmiana mechanizmu waloryzacji najniższych wynagrodzeń zasadniczych;

- podwyższenie współczynników pracy dla grupy 5 i 6, obejmujących pielęgniarki i położne z wyższym wykształceniem (studia I stopnia) i specjalizacją lub ze średnim wykształceniem i specjalizacją oraz pielęgniarki i położne ze średnim wykształceniem, które nie posiadają specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa lub dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia;

- dostosowania terminów podwyżek najniższych wynagrodzeń do kalendarza planowania budżetu państwa, NFZ, podmiotów leczniczych oraz do terminów na zawieranie porozumień i wydawanie zarządzeń z ustawy. Nowe zasady mają obowiązywać od 1 stycznia 2027 r.;

- wprowadzenie przepisu zobowiązującego podmiot leczniczy do przypisania pracownika do wyższej grupy zawodowej w przypadku uzyskania przez niego wyższych kwalifikacji zawodowych, jeśli zostały one zdobyte na polecenie lub za zgodą pracodawcy;

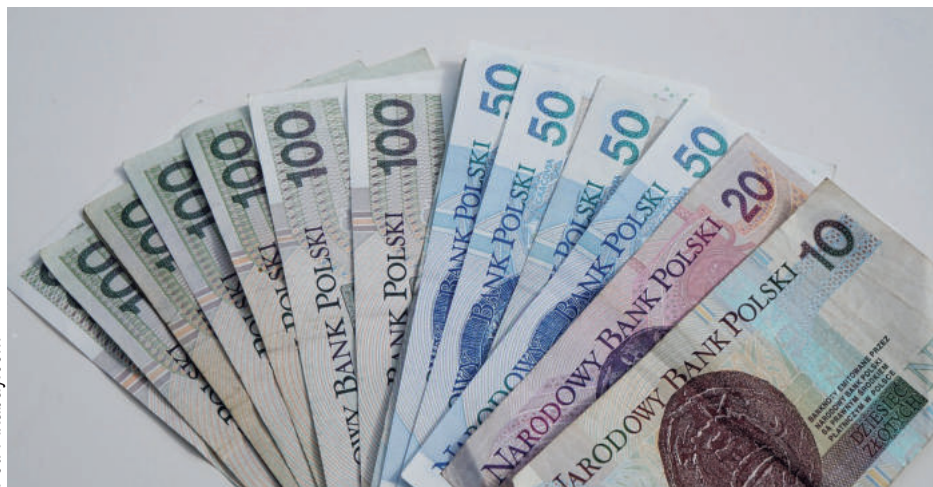
- wprowadzenie zmian dotyczących zasad zawierania umów cywilnoprawnych w zakresie świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych.

Przedstawione propozycje są na bardzo wstępnym etapie prac nad kierunkami ewentualnych zmian legislacyjnych.

Rozwiązania

Punktem wyjścia będzie dyskusja z wszystkimi członkami Zespołu Trójstronnego, która zaplanowana jest na

Fot. Pixabay.com



18 listopada br. Zarówno pierwotny kształt ustawy wynagrodzeniowej, jak i wszystkie dotychczasowe projekty nowelizacji były wypracowywane w ramach działalności Trójstronnego Zespołu. Propozycje przedstawione na posiedzeniu Prezydium Zespołu to efekt postulatów różnych środowisk, w tym związków zawodowych i organizacji pracodawców. Rozwiązania zaczerpnięto m. in. z obywatelskiego projektu ustawy o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych, stanowiska z 22 września 2025 r. w sprawie zwiększenia dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej Zarządu Związku Województw RP, raportu „Luka finansowa systemu ochrony zdrowia w Polsce. Perspektywa 2025-2027”, przygotowanego przez Federację Przedsiębiorców Polskich, jak też projektu obywatelskiego OZZPiP dotyczącego doregulowania kwestii kwalifikacji do wyższej grupy w związku podwyższeniem kwalifikacji przez pracownika podmiotu leczniczego.

Dalsze prace

30 października Ministerstwo Zdrowia zakomunikowało możliwość zgłaszania propozycji zmian w ustawie o wynagrodzeniach i zasadach wynagradzania z tytułu umów cywilnoprawnych do 7 listopada. Do 4 listopada do godziny 16.00 na nadesłano 95 maili z uwagami, zastrzeżeniami i propozycjami od osób deklarujących przynależność do różnych grup

zawodowych. Po listopadowym spotkaniu Zespołu Trójstronnego, w przypadku wyboru ścieżki rządowej procedowania projektu, ministerstwo skieruje wniosek o wpisanie projektu do wykazu prac legislacyjnych i programowych Rady Ministrów, uzyska wpis i numer dla projektu oraz przeprowadzi uzgodnienia i konsultacje publiczne z uwzględnieniem uprawnień przysługujących wszystkim samorządom zawodowym zawodów medycznych, jak też korporacjom jednostek samorządu terytorialnego, mającym prawo opiniowania projektów dotyczących samorządu.

Zespół

Trójstronny Zespół do Spraw Ochrony Zdrowia to dialog trójstronny z udziałem organizacji pracowników (związków zawodowych), organizacji pracodawców i strony rządowej. Skład zespołu to reprezentatywne organizacje (tożsame ze składem Rady Dialogu Społecznego). W posiedzeniach Prezydium Zespołu po stronie społecznej bierze udział po jednym przedstawicielu każdej z reprezentowanych w zespole organizacji pracodawców i każdego ze związków zawodowych (6 reprezentatywnych organizacji pracodawców: Konfederacja Lewiatan, Pracodawcy RP, Związek Rzemiosła Polskiego, Business Centre Club – Związek Przedsiębiorców i Pracodawców, Związek Przedsiębiorców i Pracodawców oraz Federacja Przedsiębiorców Polskich i 3 związki zawodowe: Forum Związków Zawodowych, OPZZ i NSZZ „Solidarność”). ■

Źródło: mz.gov.pl

Nowe standardy opieki nad kobietami w okresie okołoporodowym

23 października minister zdrowia podpisała zmiany w rozporządzeniu w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej. Rozporządzenie zwraca uwagę na podmiotowe traktowanie kobiet rodzących, współpracę z personelem medycznym i respektowanie praw pacjenta. Zapewnia także jednolity sposób postępowania wobec kobiety w okresie okołoporodowym i jej dziecka bez względu na miejsce zamieszkania.

Łatwiej o znieczulenie

Przepisy umożliwiają zwiększenie dostępu do znieczuleń zewnątrzoponowych w łagodzeniu bólu porodowego. Rodzące będą mieć zapewniony dostęp do co najmniej jednej metody farmakologicznego łagodzenia bólu, a podmiot leczniczy ma obowiązek publikowania na swojej stronie internetowej informacji o wszystkich dostępnych metodach. Doprecyzowano sposób podawania opioidów w metodach farmakologicznych łagodzenia bólu porodowego, a także warunki, które muszą zostać spełnione, aby zagwarantować możliwość wykonania równolegle wielu znieczuleń. Zwiększono też udział położnych anestezjologicznych w opiece nad rodzącą.

Co najmniej 2-godzinny nieprzerwany kontakt matki z dzieckiem

Rozporządzenie gwarantuje także co najmniej dwugodzinny nieprzerwany kontakt matki z noworodkiem „skóra do skóry”, który nie powinien być przerwany ważeniem i mierzeniem noworodka. Dotyczy to zarówno porodów zabiegowych, jak i cesarskich cięć. Według nowych przepisów nie będzie konieczności uzyskiwania zgody osoby sprawującej opiekę, aby rodząca w trakcie porodu mogła spożyć lekkostrawne, płynne posiłki. Kobiety będą lepiej przygotowywane i



Fot. Freepik.com

informowane o karmieniu piersią i żywieniu noworodka w trakcie ciąży, a na etapie porodu otrzymają opiekę laktacyjną na oddziale położniczym, zaś nad kobietą w połogu i jej dzieckiem w miejscu zamieszkania albo pobytu. Kobiety, które doświadczą poronienia, urodzenia dziecka martwego, niezdolnego do życia oraz zgonu noworodka, będą mogły liczyć na opiekę laktacyjną, polegającą na informowaniu o metodach hamowania laktacji. Rozporządzenie zmienia też terminy badań przeprowadzanych w trakcie ciąży.

Większa rola położnej

Każda kobieta w okresie połogu, również w sytuacji, gdy jej dziecko jest długotrwale hospitalizowane po urodzeniu, urodziło się martwe lub zmarło po urodzeniu, ma zapewnioną profesjonalną opiekę położnej w miejscu zamieszkania lub pobytu. Wprowadzono też zmiany umożliwiające wizyty patronażowe położnej podstawowej opieki zdrowotnej u dzieci urodzonych przedwcześnie lub długotrwale hospitalizowanych.

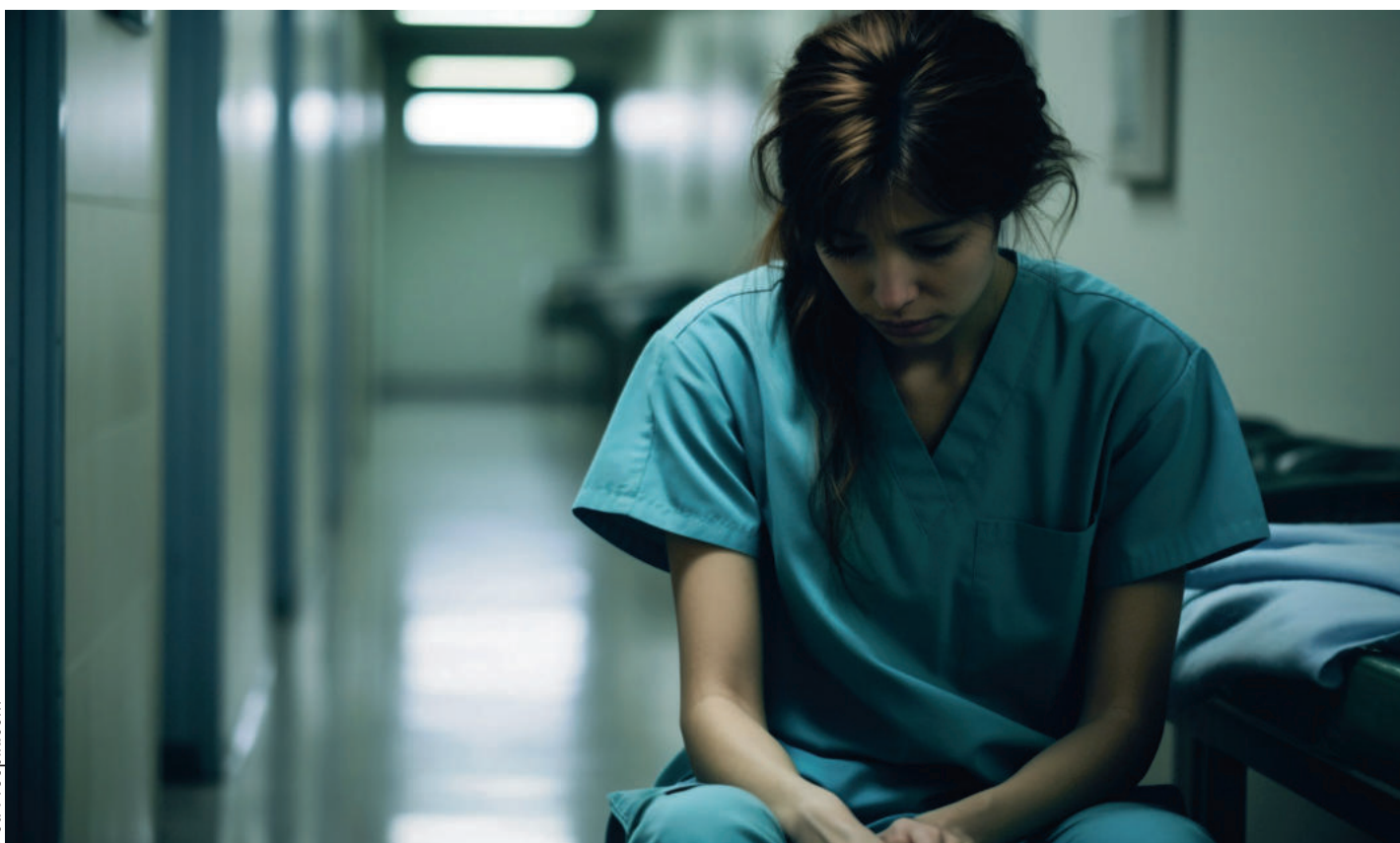
Opieka w sytuacjach szczególnych

Kobiety w sytuacjach szczególnych, tj. po poronieniu, urodzeniu martwego dziecka, niezdolnego do życia lub obarczonego

wadami letalnymi, które urodziły dziecko chore lub z wadami wrodzonymi, a także kobiety, które podjęły decyzję o pozostawieniu dziecka w podmiocie leczniczym, mają zagwarantowane warunki, które mają zapobiec pogłębianiu ich traumy - nie będą przebywać w sali razem z kobietami w ciąży albo z kobietami, których ciąża zakończyła się urodzeniem zdrowego dziecka. Będą one umieszczone w sali jednoosobowej, chyba że same zdecydują inaczej albo wszystkie sale jednoosobowe będą zajęte.

Wizyty położnej w domu

Rozporządzenie doprecyzowuje obowiązek dla podmiotu leczniczego, w którym odbył się poród, do wydania na życzenie kobiety, która poroniła odpowiednio zabezpieczonego materiału z poronienia w celu przeprowadzenia badań genetycznych. Kobiety w sytuacji szczególnej, mają większą możliwość skorzystania z profesjonalnej opieki położnej w miejscu zamieszkania albo pobytu. Opieka, częstotliwość i liczba wizyt położnej będą odpowiednio dostosowane do stanu zdrowia kobiety i jej potrzeb. Kobiety te będą również miały zapewnioną właściwą dostępność do świadczeń zdrowotnych. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 6 miesięcy od dnia ogłoszenia. ■ Źródło: mzgov.pl



DEPRESJA. Jej symptomy odczuwa co druga polska pielęgniarka

Co druga polska pielęgniarka odczuwa symptomy depresji, a co trzecia ma objawy lękowe. Z kolei u co czwartej pielęgniarki pojawiają się myśli samobójcze. Więcej niż jedna na dziesięć pielęgniarek rozważa też zmianę zawodu. To kluczowe wnioski z raportu biura europejskiego Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), opublikowanego 10 października, w Światowy Dzień Zdrowia Psychicznego.

Celem raportu było zbadanie zdrowia psychicznego, dobrostanu oraz warunków pracy lekarzy i pielęgniarek w 27 krajach Unii Europejskiej oraz w Islandii i Norwegii. Ankieta była przeprowadzana między październikiem 2024 a kwietniem 2025 roku. Odpowiedziało ponad 120 000 lekarzy i pielęgniarek z 29 krajów, przy czym w końcowej analizie uwzględniono 90 171 ważnych odpowiedzi. Wyniki wskazały na wysokie występowanie problemów ze zdrowiem psychicznym oraz niebezpieczne warunki pracy – w tym przemoc, długie godziny pracy i pracę zmianową – we wszystkich badanych krajach. Niebezpieczne warunki pracy były związane z gorszym zdrowiem psychicznym; przeciwnie, obecność wsparcia i czynników ochronnych w miejscu pracy była związana z lepszym zdrowiem psychicznym. Narażenie na szkodliwe warunki

pracy jest bardzo powszechne i szkodliwe dla zdrowia psychicznego. Co trzeci lekarz i pielęgniarka w badanych krajach byli w minionym roku narażeni na mobbing lub groźby przemocy w pracy, podczas gdy 10% zgłasza narażenie na przemoc fizyczną i molestowanie seksualne. Co czwarty lekarz pracuje ponad 50 godzin tygodniowo. Pracownicy narażeni na przemoc, molestowanie i mobbing zgłaszają dwukrotnie większe problemy ze zdrowiem psychicznym. Wraz ze wzrostem liczby godzin pracy i częstotliwości nocnych zmian zwiększa się ryzyko wystąpienia problemów ze zdrowiem psychicznym.

Zaburzenia lękowe i depresyjne

Jeden na trzech medyków (lekarzy i pielęgniarek) w 29 uczestniczących krajach zgłasza objawy zgodne z zaburzeniami lękowymi i depresyjnymi, przy czym wskaźniki występowania w poszczególnych krajach wahają się od 10% do ponad

50% dla lęku i depresji. Lekarze i pielęgniarki są pięć razy bardziej narażeni na objawy depresji niż ogólna populacja (32% vs 6%). Trzy procent zgłasza objawy prawdopodobnego uzależnienia od alkoholu. Jeden na dziesięciu zgłasza myśli samobójcze lub myśli o krzywdzeniu samego siebie.

Warunki pracy są trudne, a połowa wszystkich lekarzy i pielęgniarek zgłasza narażenie na przemoc w miejscu pracy. Dostęp do wsparcia i struktur ochronnych – na poziomie indywidualnym, interpersonalnym i organizacyjnym – jest daleki od powszechnego.

Jak chronić zdrowie psychiczne

Z raportu wynika, że istnieje wyraźny i spójny związek między lepszymi warunkami pracy a lepszym zdrowiem psychicznym w różnych krajach. Należy uwzględnić zarówno czynniki ryzyka, jak i ochronne, aby kształtować środowiska umożliwiające optymalne zdrowie psychiczne i dobrostan wszystkim pracownikom sektora zdrowia i opieki. Pilnie potrzebne jest uwzględnienie zarówno czynników ryzyka, jak i ochronnych w celu kształtowania środowisk sprzyjających optymalnemu zdrowiu psychicznemu i dobremu samopoczuciu wszystkich pracowników służby zdrowia i opieki. Ochrona i promowanie zdrowia psychicznego oraz warunków pracy pracowników służby zdrowia i opieki nie tylko poprawi ich dobrostan, ale także przyczyni się do wzmocnienia całej opieki zdrowotnej poprzez spodziewane zmniejszenie liczby dni chorobowych i rotacji kadry. Czynniki ochronne w miejscu pracy są silnie związane z niższym poziomem depresji i lęku. Trudności psychiczne są o połowę mniej powszechne wśród lekarzy i pielęgniarek, którzy mają częste wsparcie społeczne ze strony kolegów i przełożonych. Większy wpływ na wykonywaną pracę i lepsza równowaga między pracą a życiem prywatnym są powiązane ze znacznie niższą częstością występowania depresji i lęku. Struktury wsparcia w miejscu pracy, szczególnie te związane z zapobieganiem przemocy, są powiązane z o 50% niższą częstością

występowania trudności psychicznych. Trudności psychiczne wśród lekarzy i pielęgniarek mogą negatywnie wpływać na świadczenie usług zdrowotnych – zgłaszanie depresji wiązało się z częstszym korzystaniem z urlopu chorobowego oraz większym zamiarem opuszczenia pracy.

7 kluczowych działań

Na podstawie ustaleń, oraz zgodnie z obowiązującymi ramami i wytycznymi, niniejszy raport proponuje szereg działań mających na celu zapobieganie zaburzeniom psychicznym, ochronę i promowanie zdrowia psychicznego oraz dobrostanu, a także tworzenie środowisk sprzyjających odwróceniu pogarszającego się kryzysu, z jakim borykają się systemy opieki zdrowotnej.

Lista niezbędnych działań

1. Wdrażanie zasady zerowej tolerancji wobec zastraszania, molestowania i innych form przemocy w miejscu pracy.
2. Poprawa przewidywalności i elastyczności pracy zmianowej w celu ochrony zdrowia psychicznego

Pielęgniarki

Uzależnienie od alkoholu

Polska - 4% UE 27+2 - 2%

Lęk

Polska - 33% UE 27+2 - 24%

Depresja

Polska - 50% UE 27+2 - 32%

Pasywne myśli samobójcze

Polska - 26% UE 27+2 - 13%

Średnie wyniki dobrostanu

emocjonalnego według zawodu (skala mieści się w zakresie od 0 do 100, a wynik powyżej 50 jest postrzegany jako dobra kondycja dobrostanu)

Polska - 40% UE 27+2 - 50%

Zamiar odejścia z zawodu

Polska - 11,1% UE 27+2 - 15,4%

oraz zapewnienia pracownikom większej kontroli nad harmonogramem.

3. Zarządzanie nadgodzinami zgodnie z potrzebami i uprawnieniami pracowników ochrony zdrowia, przy jednoczesnym przemyśleniu norm i kultury w miejscu pracy.

4. Rozwijanie kompetencji liderów i menedżerów w ochronie i promowaniu zdrowia psychicznego oraz dobrostanu pracowników.

5. Zarządzanie nadmiernym obciążeniem pracą w celu świadczenia usług zdrowotnych wysokiej jakości, poprzez poprawę podejścia do zatrudnienia i optymalizację procesów pracy.

6. Umożliwienie wszystkim pracownikom dostępu do wsparcia w zakresie zdrowia psychicznego i używania substancji oraz ułatwienie wczesnej interwencji.

7. Priorytetowe traktowanie regularnego monitorowania i raportowania warunków pracy oraz stanu zdrowia psychicznego.

Wyzwanie dla menedżerów

- Gdy pracownicy służby zdrowia i opieki mają dobre zdrowie psychiczne i dobre samopoczucie, mogą świadczyć bezpieczniejszą i bardziej efektywną opiekę. Mogą lepiej wykorzystać korzyści płynące z innowacji i mogą nadal budować oraz wzbudzać zaufanie i pewność społeczności, którym służą. Tworzenie lepszych warunków pracy, które to umożliwiają, jest wspólną odpowiedzialnością decydentów, liderów służby zdrowia oraz interesariuszy na każdym poziomie systemu. Oznacza to przeciwdziałanie nadmiernym godzinom pracy i obciążeniom związanym ze zmianami. Oznacza to zerową tolerancję wobec zastraszania, przemocy i molestowania. Oznacza to zapewnienie każdemu lekarzowi i każdej pielęgniarce dostępu do wsparcia w zakresie zdrowia psychicznego, wolnego od stygmatyzacji. Oznacza to rozwijanie kompetencji liderów i menedżerów, aby rozpoznawali, kiedy personel ma trudności, i reagowali z empatią, jednocześnie poprawiając codzienne warunki pracy - komentuje ustalenia raportu dr Hans Henri P. Kluge, dyrektor Regionalnego Biura WHO w Europie. ■ Źródło: WHO

Opiekun medyczny - kim jest i jakie czynności może wykonywać

dr adwokat **MAŁGORZATA PASZKOWSKA**

WPROWADZENIE

Tradycyjnie przez lata opieka pielęgnacyjna nad pacjentem w polskim systemie ochrony zdrowia należała do pielęgniarek. Współcześnie, w związku z m.in. poszerzeniem kompetencji pielęgniarek i zmianą ich roli w systemie zdrowotnym, a także wzrostem liczby ludzi starszych i przewlekle chorych, rozwija się nowy zawód w opiece zdrowotnej - opiekun medyczny. Za początek kształtowania się tego zawodu można uznać rok 2007, kiedy to przeprowadzono rekrutację pierwszego rocznika na kierunku opiekun medyczny. W ostatnich 2 latach wzrosła rola opiekunów medycznych w systemie ochrony zdrowia w szczególności z uwagi na ustawowe uregulowanie tego zawodu. Obecnie opiekun medyczny jest zawodem uregulowanym w ustawie z dnia 17 sierpnia 2023 r. o niektórych zawodach medycznych (Dz.U. z 2023 r., poz.1972), zwanej w skrócie u.z.m. Ustawa powyższa weszła w życie dnia 26 marca 2024 roku.

W podmiotach leczniczych, a przede wszystkim w szpitalach i zakładach opieki długoterminowej opiekunowie medyczni są członkami zespołu interdyscyplinarnego, w ramach którego współpracują z nimi pielęgniarki. Prawidłowa współpraca wymaga od pielęgniarki wiedzy w zakresie kompetencji - zakresu czynności opiekunów medycznych. Szczegółowy zakres czynności zawodowych opiekuna medycznego ma określać rozporządzenie Ministra Zdrowia. 14 czerwca 2025 roku weszło w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 kwietnia 2025 r. w sprawie szczegółowego wykazu czynności zawodowych osób wykonujących niektóre zawody medyczne (Dz.U. z 2025 r., poz.626). Rozporządzenie powyższe określa w załączniku nr 5 wykaz czynności zawodowych opiekunów medycznych. Kompetencje opiekunów medycznych uregulowane rozporządzeniem są zależne od posiadanych kwalifikacji i dzielą się na podstawowe oraz rozszerzone czynności medyczne.



Fot. freepik.com

14 czerwca 2025 roku weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 22 kwietnia 2025 r. w sprawie szczegółowego wykazu czynności zawodowych osób wykonujących niektóre zawody medyczne

WYKONYWANIE ZAWODU OPIEKUNA MEDYCZNEGO

Zgodnie z art. 13 u.z.m. wykonywanie zawodu medycznego w przypadku opiekuna medycznego polega na wykonywaniu czynności zawodowych w zakresie medyczno-pielęgnacyjnym i opiekuńczym.

Do wykonywania zawodu opiekuna medycznego jest uprawniona osoba, która spełnia łącznie następujące warunki:

- 1) posiada pełną zdolność do czynności prawnych;
- 2) nie była prawomocnie skazana za umyślne przestępstwo ścigane z

oskarżenia publicznego lub umyślne przestępstwo skarbowe;
3) korzysta z pełni praw publicznych;
4) wykazuje znajomość języka polskiego w mowie i piśmie w zakresie niezbędnym do wykonywania danego zawodu medycznego;
5) posiada odpowiednie wykształcenie lub inne kwalifikacje, wymagane do wykonywania danego zawodu medycznego, określone w załączniku do ustawy, i posiada dokument potwierdzający uzyskanie tego wykształcenia lub tych kwalifikacji;
6) posiada wpis do Centralnego Rejestru Osób Uprawnionych do Wykonywania Zawodu Medycznego.
Osoba, która spełnia warunki wyżej określone w pkt 1-5, podlega wpisowi do Centralnego Rejestru Osób Uprawnionych do Wykonywania Zawodu Medycznego.

USTAWOWE OBOWIĄZKI I PRAWA OPIEKUNA MEDYCZNEGO

Zgodnie z klauzulą generalną zawartą w art. 15 u.z.m. zawód opiekuna medycznego wykonuje się tak samo, jak inne uregulowane odrębnymi ustawami zawody medyczne, tj. z należytą starannością, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej i umiejętnościami niezbędnymi do wykonywania tego zawodu, z poszanowaniem praw pacjenta i dbałością o jego bezpieczeństwo. Opiekun medyczny jest zobowiązany do przestrzegania praw pacjenta i informowania pacjenta o jego prawach zgodnie z ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

W przypadku uzasadnionych wątpliwości odnoszących się do realizacji zlecenia wykonania danego świadczenia opieki zdrowotnej opiekun medyczny ma prawo domagać się od zlecającego, aby uzasadnił potrzebę jego wykonania, a także ma prawo odmowy wykonania określonego świadczenia. Odmowę wykonania świadczenia opieki zdrowotnej opiekun medyczny uzasadnia w dokumentacji medycznej i informuje o niej zlecającego. Opiekun medyczny ma prawo wglądu do dokumentacji medycznej pacjenta w zakresie niezbędnym do udzielanych przez siebie świadczeń opieki zdrowotnej. Opiekun medyczny podlega odpowiedzialności zawodowej za zawinione naruszenie przepisów związanych z wykonywaniem jego

zawodu medycznego (za tzw. przewinienie zawodowe).

PODSTAWOWE CZYNNOŚCI ZAWODOWE

Do podstawowych czynności zawodowych opiekuna medycznego (charakteryzowanych jako część A - szczegółowy wykaz czynności zawodowych opiekuna medycznego posiadającego kwalifikacje, o których mowa w lp. 6 pkt 2-6 załącznika do ustawy z dnia 17 sierpnia 2023 r. o niektórych zawodach medycznych) należą:

1. Identyfikowanie problemów funkcjonalnych oraz potrzeb biologicznych i psychospołecznych pacjenta w różnym stopniu zaawansowania choroby i w różnym wieku:
 - 1) wykorzystywanie wyników badań i pomiarów do identyfikowania problemów funkcjonalnych oraz potrzeb biologicznych i psychospołecznych pacjenta w różnym stopniu zaawansowania choroby i w różnym wieku;
- 2) prowadzenie rozmów z pacjentem;
- 3) przeprowadzanie wywiadu z rodziną lub opiekunem pacjenta;
- 4) współpraca z pielęgniarkami, położnymi i lekarzami oraz innym personelem zatrudnionym w podmiotach leczniczych lub jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej podczas rozpoznawania problemów funkcjonalnych oraz biologicznych i psychospołecznych potrzeb pacjenta;
- 5) współpraca z rodziną lub opiekunem pacjenta podczas identyfikowania problemów funkcjonalnych oraz potrzeb biologicznych i psychospołecznych

W podmiotach leczniczych, a przede wszystkim w szpitalach i zakładach opieki długoterminowej opiekunowie medyczni są członkami zespołu interdyscyplinarnego, w ramach którego współpracują z nimi pielęgniarki. Prawidłowa współpraca wymaga od pielęgniarki wiedzy w zakresie kompetencji - zakresu czynności opiekunów medycznych

- pacjenta;
- 6) wykonywanie pomiarów antropometrycznych, pomiarów tętna, ciśnienia tętniczego krwi, oddechu, saturacji krwi, temperatury ciała za pomocą aparatury i sprzętu medycznego i obliczanie wskaźnika Masy Ciała - Body Mass Index (BMI) oraz przekazywanie informacji o wynikach pomiarów lekarzowi, pielęgniarkom lub położnej.
 2. Świadczenie usług pielęgnacyjnych i opiekuńczych pacjentowi w różnym stopniu zaawansowania choroby i w różnym wieku:
 - 1) zachęcanie pacjenta do samoopieki, wskazywanie na jego zasoby biologiczne i psychiczne oraz znaczenie każdej aktywności w terapii i profilaktyce;
 - 2) planowanie czynności higienicznych i pielęgnacyjnych adekwatnie do rozpoznanych problemów funkcjonalnych oraz potrzeb biologicznych i psychospołecznych pacjenta;
 - 3) modyfikowanie zadań w zależności od zmieniających się problemów funkcjonalnych oraz potrzeb biologicznych i psychospołecznych pacjenta;
 - 4) dobieranie sprzętu wspomagającego funkcjonowanie pacjenta i uzgadnianie zmian postępowania z pacjentem;
 - 5) organizowanie i wykonywanie czynności higienicznych oraz wybranych czynności opieki pielęgnacyjnej:
 - a) dobieranie wyrobów medycznych do wykonywania czynności higienicznych i pielęgnacyjnych odpowiednich do stanu zdrowia i sprawności pacjenta,
 - b) wykonywanie czynności higienicznych i pielęgnacyjnych pacjentowi,
 - c) stosowanie profilaktyki przeciwoleżynowej,
 - d) opracowywanie planu edukacji pacjenta, jego rodziny lub opiekuna w zakresie wykonywania czynności higienicznych i pielęgnacyjnych,
 - e) przeprowadzanie edukacji i współdziałanie z pacjentem, jego rodziną lub opiekunem w zakresie wykonywania czynności higienicznych i pielęgnacyjnych, prowadzenia zdrowego stylu życia i profilaktyki skutków zaniedbań pielęgnacyjnych;
 - 6) identyfikowanie zaburzenia połykania u pacjenta;
 - 7) dobieranie, zakładanie i wymienianie produktów chłonnych;
 - 8) karmienie pacjenta drogą doustną lub pomaganie podczas karmienia;
 - 9) pomaganie pacjentowi w przyjmowaniu produktów leczniczych

zleconych przez lekarza, pielęgniarkę lub położną różnymi drogami (doustnie, przez skórę i na błony śluzowe), a w przypadku osób, które nie są w stanie samodzielnie przyjąć produktu leczniczego, również podawanie go bezpośrednio do ust lub na skórę, bez naruszania powłok skórnych;

10) planowanie i wykonywanie czynności opiekuńczych z uwzględnieniem oceny stanu pacjenta;

11) aktywizowanie i pomaganie pacjentowi w wykonywaniu czynności życia codziennego i utrzymaniu aktywności fizycznej;

12) pomaganie pacjentowi w użytkowaniu zaleconego wyrobu medycznego;

13) udzielanie wsparcia pacjentowi w adaptacji do zmian związanych z przewlekłą chorobą lub starością oraz do pobytu w podmiotach leczniczych lub jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej;

14) udzielanie wsparcia emocjonalnego i informacyjnego pacjentowi w sytuacjach trudnych.

3. Współpraca z pielęgniarkami, położnymi i lekarzami oraz innym personelem zatrudnionym w podmiotach leczniczych lub jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej:

1) obserwowanie i rejestrowanie rodzaju i objętości przyjmowanych posiłków oraz płynów u osób ze stwierdzonymi zaburzeniami odżywiania;

2) karmienie pacjenta drogą dojelitową przez zgłębnik lub gastrostomię, w tym PEG (Percutaneous Endoscopic Gastrostomy) (metodą porcji), lub pomaganie podczas karmienia na zlecenie lekarza, pielęgniarki lub położnej;

3) utrzymywanie higieny i pielęgnowanie skóry wokół niepowikłanej tracheostomii, gastrostomii, ileostomii lub kolostomii;

4) wymienianie cewnika zewnętrznego, worka stomijnego i worka na mocz;

5) prowadzenie dobowej zbiórki moczu i bilansu płynów;

6) prowadzenie trzydniowego dzienniczka mikcji, schematu wydalania i monitorowanie mikcji i defekacji;

7) wykonywanie i dokumentowanie badania glukometrem w celu oznaczenia stężenia glukozy we krwi pacjenta.

ROZSZERZONE CZYNNOŚCI ZAWODOWE

Część B rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 kwietnia 2025 rozszerza wykaz czynności dla opiekunów medycznych, którzy posiadają kwalifikacje określone w lp. 6

Opiekunowie medyczni z rozszerzonymi kwalifikacjami dodatkowo wykonają wybrane czynności medyczne, takie jak płukanie ran, zmiana opatrunków, podawanie niektórych leków, pobieranie krwi oraz wykonywanie testów diagnostycznych

pkt 1 załącznika do ustawy, lub tych, którzy uzupełnili kwalifikacje w zakresie MED.14 (Świadczenie usług medyczno-pielęgniacyjnych i opiekuńczych osobie chorej i niesamodzielnej) w ramach kursu. Tacy opiekunowie poza wcześniej wymienionymi czynnościami realizują wybrane czynności medyczne zarówno w podmiotach leczniczych, jednostkach pomocy społecznej, jak i w środowisku domowym.

Czynności rozszerzone to:

1. Wykonywanie czynności zawodowych, o których mowa w części A (powyżej).

2. Wykonywanie wybranych czynności medycznych - w podmiotach leczniczych, w jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej oraz w środowisku domowym:

1) identyfikowanie problemów medycznych w opiece nad pacjentem i zgłaszanie ich lekarzowi, pielęgniarce lub położnej;

2) wykonywanie płukania jamy ustnej, gardła, oka oraz na zlecenie lekarza, pielęgniarki lub położnej także rany;

3) zmienianie opatrunku na ranie z zachowaniem zasad postępowania higienicznego, aseptycznego i antyseptycznego na zlecenie lekarza, pielęgniarki lub położnej;

4) wykonywanie gimnastyki oddechowej na zlecenie lekarza lub pielęgniarki;

5) wykonywanie nacierania, oklepywania, ćwiczeń czynnych i biernych;

6) pomaganie pacjentowi w korzystaniu z tlenu z koncentratora tlenu oraz w wykonywaniu inhalacji;

7) przygotowanie i podawanie produktów leczniczych pacjentowi na zlecenie lekarza, pielęgniarki lub położnej;

a) podawanie leków przez układ pokarmowy (doustnie, podjęzykowo, okołopoliczkowo, doodbytniczo) lub na skórę na zlecenie lekarza, pielęgniarki

lub położnej,

b) podawanie leków przez układ oddechowy (nebulizatory, inhalatory ciśnieniowe z dozownikiem pojedynczych dawek, z dozownikiem uruchamiającym wdech, inhalatory proszkowe) na zlecenie lekarza, pielęgniarki lub położnej,

c) podawanie leków za pomocą ampułkostrzykawk lub strzykawki automatycznej na zlecenie lekarza, pielęgniarki lub położnej,

d) powiadamianie lekarza, pielęgniarki lub położnej o wystąpieniu działań niepożądanych leków;

8) prowadzenie przyłóżkowej aktywizacji pacjentów leżących.

3. Pobieranie materiału biologicznego do badań laboratoryjnych i mikrobiologicznych:

1) pobieranie krwi żyłnej i włosniczkowej do badań laboratoryjnych;

2) pobieranie materiału z górnych dróg oddechowych w celu wykonania badań diagnostycznych;

3) pobieranie innego materiału do wykonania badań mikrobiologicznych i mykologicznych z wyłączeniem pobierania materiału z dróg rodnych lub metodami inwazyjnymi.

4. Wykonywanie testów diagnostycznych w miejscu opieki nad pacjentem:

1) wykonywanie testów diagnostycznych dla oznaczania ciał ketonowych w moczu;

2) wykonywanie testów diagnostycznych dla oznaczania glukozy we krwi włosniczkowej i w moczu oraz cholesterolu we krwi włosniczkowej;

3) wykonywanie innych niż określone w pkt 1 i 2 testów paskowych.

Reasumując, opiekunowie medyczni z podstawowymi kwalifikacjami będą identyfikować potrzeby pacjenta, wykonywać pomiary parametrów życiowych oraz świadczyć usługi pielęgnacyjne i opiekuńcze. Natomiast opiekunowie z rozszerzonymi kwalifikacjami dodatkowo wykonają wybrane czynności medyczne, takie jak płukanie ran, zmiana opatrunków, podawanie niektórych leków, pobieranie krwi oraz wykonywanie testów diagnostycznych. ■

Niniejszy artykuł opublikowaliśmy w wydaniu 155. naszego biuletynu (V-VI 2025), jednak chochlik drukarski sprawił, że nie ukazał się on w całości. Autorkę i Czytelników przepraszamy za błąd i zapraszamy ponownie do lektury tej interesującej i jakże przydatnej publikacji.
Redakcja



**Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Rzeszowie
zaprasza na bezpłatne szkolenie z zakresu**

Procedura żywienia dojelitowego ***wraz z warsztatami***

**w dniu 18 listopada 2025 roku (wtorek) o godz. 13:00
w siedzibie Okręgowej Izby, ul. Rymanowska 3, I piętro**

Plan Szkolenia:

13:00 – 13:15 Przedstawienie przez firmę NesPharm sterylnych opatrunków

13:15 - 13:20 Przywitanie

13:20 - 14:15 Żywienie medyczne w praktyce: od niedożywienia po opiekę domową

14:15- 14:30 Prezentacja produktowa NUTRICIA

14:30 - 14:45 Przerwa

14:45 - 15:45 Warsztaty – opieka nad pacjentem żywionym za pomocą sztucznego dostępu do przewodu pokarmowego

Szkolenie poprowadzi:

- ✓ **Wioletta Dziok**
- ✓ **Paweł Urbańczyk**

**Zgłoszenia - tel. 608 340 558, 17 7788 483,
lub na maila: biuro@oipip.rzeszow.pl**

LICZBA MIEJSC OGRANICZONA!

Współczesna położna to nie tylko osoba przyjmująca poród

- Serce zawodu - pasja do pracy, troska o matkę i dziecko, poczucie odpowiedzialności i potrzeba niesienia pomocy to fundamenty, które łączą wszystkie pokolenia położnych - mówi dr n. med. Barbara Zych, wykładowca UR, autorka książki "Jubileusz 50 lat kształcenia położnych w Rzeszowie"

Kto lub co skłoniło Panią do napisania monografii "Jubileusz 50 lat kształcenia położnych w Rzeszowie"?

Inspiracją do opisanie historii kształcenia położnych były spotkania na mojej drodze zawodowej położne – ich pasja, determinacja i codzienne zawodowe wyzwania. Z biegiem lat pomysł ten dojrzał, a okazją do jego realizacji stał się jubileusz kształcenia położnych w Rzeszowie i refleksja nad przeszłością, teraźniejszością i przyszłością zawodu.

O czym jest ta książka?

To historia położnictwa i położnych związanych z Rzeszowem. Czytelnik znajdzie w niej informacje dotyczące początków kształtowania się opieki zdrowotnej w mieście oraz powstania systemu kształcenia położnych – od pierwszych lat działalności Medycznego Studium Zawodowego, po kontynuację tej tradycji na Uniwersytecie Rzeszowskim. Publikacja ukazuje rozwój zawodu położnej na przestrzeni pięciu dekad, przybliżając sylwetki osób, których zaangażowanie i pasja tworzyły fundament tej profesji.

Kto z grona tych osób zasługuje na szczególne docenienie?

Każda z nich ma swoją wyjątkową historię i pozostawiła trwałe ślady w mojej edukacji, ale i zapewne wielu pokoleń położnych. Szczególne uznanie należy się tym, którzy swoją pasją i determinacją budowali solidne fundamenty zawodu. Wśród nich warto wymienić naszych opiekunów - nauczycieli zawodu, mentorów i dyrektorów, którzy poświęcili wiele lat



Fot. Archiwum Barbary Zych

pracy, energii i troski, aby zawód położnej w Rzeszowie był solidnie ugruntowany. Chciałabym w tym miejscu podkreślić ogromne znaczenie wszystkich absolwentek położnictwa, które swoją pracą i doświadczeniem kontynuują tę tradycję, dbając o wysoki poziom zawodu, ale też inspirując młodsze pokolenia położnych.

Kształcenie położnych pół wieku temu, ćwierć wieku temu, a kształcenie dzisiaj to zapewne dwa różne światy. A może jest coś, co się nie zmieniło na przestrzeni tych lat?

Na przestrzeni tego czasu zmieniło się niemal wszystko – programy kształcenia, standardy opieki, a nawet wymagania i oczekiwania pacjentek wobec położnej. Dzisiaj położna korzysta z nowoczesnego sprzętu, kształci się w systemie uniwersyteckim i stale podnosi swoje kwalifikacje, zdobywając nowe

uprawnienia i kompetencje, umożliwiające jej skuteczne pełnienie obowiązków zawodowych. A co się nie zmieniło? Serce zawodu - pasja do pracy, troska o matkę i dziecko, poczucie odpowiedzialności i potrzeba niesienia pomocy. To fundamenty, które łączą wszystkie pokolenia położnych bez względu na czas, miejsce i nowoczesne technologie wykorzystywane w pracy. Te wartości pozostają niezmiennie i są podstawą zawodu położnej.

Gdyby miała Pani opisać idealną położną, jakie predyspozycje i umiejętności powinna posiadać taka osoba?

Idealna położna to osoba odporna i silna w obliczu trudnych czasów. Jak trafnie zauważył G. Michael Hopf w książce *The End: „trudne czasy tworzą silnych ludzi, a silni ludzie tworzą dobre czasy”*. W mojej ocenie słowa te doskonałe

oddają cechy, które powinny charakteryzować idealną położną. To osoba, która łączy w sobie profesjonalizm, odwagę i empatię. Cechuje ją cierpliwość, spokój w sytuacjach kryzysowych, umiejętność podejmowania decyzji pod presją i nieustanna gotowość do nauki i doskonalenia swoich umiejętności. Idealna położna inspiruje innych swoim przykładem i jest wsparciem dla każdej kobiety w najważniejszych chwilach jej życia.

50 lat temu nikt by nawet nie wpadł na to, że położnym może być mężczyzna. Czy w swojej pracy uchwyciła Pani moment, gdy na kierunku położnictwo w Rzeszowie pojawił się pierwszy student płci męskiej?

Oczywiście., że tak. Ta sytuacja nie mogła przejść niezauważona w tak mocno sfeminizowanym środowisku położnych. Choć od tego czasu minęło już ponad 10 lat, naszego pierwszego absolwenta doskonale pamiętam, bo bez wyjątku wszystkie mocno mu kibicowałyśmy. Pan Mateusz od samego początku studiów był bardzo zaangażowanym i ambitnym studentem. Podczas zajęć praktycznych zawsze odznaczał się wysoką kulturą osobistą, chęcią do działania i pełnym zaangażowaniem w pracę.

Mamy kryzys demograficzny, co nie wróży położnym nic dobrego. Z jakimi jeszcze wyzwaniami mierzy się środowisko dziś?

Rzeczywiście, kryzys demograficzny nie wróży położnym łatwych czasów. Liczba urodzeń w Polsce od kilku lat

systematycznie spada, co bezpośrednio przekłada się na mniejsze zapotrzebowanie na opiekę okołoporodową. To wyzwanie, z którym musi zmierzyć się nasze środowisko, ale jednocześnie okazja do poszerzenia zakresu działań i nowych kompetencji zawodowych. Współczesna położna to nie tylko osoba przyjmująca poród, to też specjalistka, która wspiera kobiety na każdym etapie ich życia: od urodzenia, przez okres dojrzewania, prokreacji, aż po menopauzę i senu. Coraz większe znaczenie mają nowe obszary w zakresie edukacji zdrowotnej, profilaktyki chorób ginekologicznych, wsparcia laktacyjnego i troski o zdrowie psychiczne kobiet. Zawód położnej stoi dziś przed wieloma wyzwaniami - spadkiem liczby urodzeń i zamykaniem oddziałów położniczych, rosnącym obciążeniem biurokratycznym, stresem, a także coraz większymi oczekiwaniami pacjentek, które pragną zindywidualizowanej, partnerskiej opieki. Mimo to położne nadal pozostają filarem opieki nad kobietą, łącząc profesjonalizm z empatią i ogromną odpowiedzialnością.

A jak zaczęła się Pani droga zawodowa?

Od kiedy tylko pamiętam, wybór mojej drogi zawodowej wiązał się z potrzebą pracy z ludźmi i chęcią niesienia im realnej pomocy. Moja droga zawodowa rozpoczęła się – podobnie jak u wielu położnych – od Medycznego Studium Zawodowego, następnie studiów na kierunku położnictwo. W międzyczasie angażowałam się w wolontariat w DSK, a po odbyciu stażu zawodowego rozpoczęłam pracę w zawodzie położnej,

którą z czasem połączyłam z działalnością dydaktyczną na Uniwersytecie Rzeszowskim. Z perspektywy tych lat mogę potwierdzić, że położnictwo to nie tylko zawód, ale przede wszystkim powołanie, które uczy odpowiedzialności, empatii i szacunku do życia.

10 października minister zdrowia powołał Panią w skład Krajowej Rady Akredytacyjnej Szkół Pielęgniarek i Położnych. Czym zajmuje się to ciało i co dla Pani oznacza ta nominacja?

Krajowa Rada Akredytacyjna Szkół Pielęgniarek i Położnych działa przy ministrze zdrowia, a jej głównym zadaniem jest ocena, czy uczelnia spełnia określone standardy kształcenia. W praktyce oznacza to nadzorowanie procedur akredytacyjnych i standardów kształcenia.

Dla mnie ta nominacja to duża odpowiedzialność, ale i możliwość działania na rzecz jakości kształcenia położnych, przy jednocześnie realnym wpływie na przyszłość zawodu położnej. Widzę też szansę dla kolejnych pokoleń położnych, by były jak najlepiej przygotowane do wykonywania zawodu, bo dobra jakość kształcenia to korzyść dla edukacji, ale i kobiet, którym położne towarzyszą w najważniejszych chwilach życia.

Czego możemy życzyć położnym i kadry naukowej z okazji jubileuszu 50-lecia kształcenia położnych w Rzeszowie?

Dużo zdrowia, siły, wytrwałości w realizacji codziennych wyzwań i satysfakcji z dobrze wykonanej pracy. ■

Data wydania: 10.09.2025

Oprawa: miękka

Wydawca: Wydawnictwo UR

Tematyka: Początki opieki zdrowotnej w Rzeszowie. Medyczne Studium Zawodowe. Kształcenie położnych w latach 1971–2005. Nauczyciele zawodu położnej – wybrane sylwetki. Absolwentki Wydziału Położnych. Uniwersytet Rzeszowski. Kształcenie położnych w latach 2004–2024. Aktywność studentów położnictwa. Położne przyszłości. Studenckie koła naukowe. Położne, pracownicy etatowi Uniwersytetu Rzeszowskiego. Absolwenci Uniwersytetu Rzeszowskiego w latach 2004–2024. Studia stacjonarne I stopnia (licencjackie). Studia niestacjonarne I stopnia (licencjackie) dla dyplomowanych położnych. Studia stacjonarne II stopnia (magisterskie, uzupełniające). Studia niestacjonarne II stopnia (magisterskie, uzupełniające). Tabla absolwentów



położnictwa Uniwersytetu Rzeszowskiego. Monografia (...) jest wyrazem szacunku dla historii, udokumentowaniem i ocaleniem od zapomnienia osób i wydarzeń kształtujących obecny system kształcenia Położnych w Polsce, a także okazją do podsumowania i spisania historii kształcenia kolejnych pokoleń położnych w Rzeszowie. Na szczególną uwagę zasługuje fakt, że czytelnik może dowiedzieć się nie tylko w jaki sposób odbywało się kształcenie położnych na przestrzeni lat, ale również poznać sylwetki wybitnych postaci reprezentujących to środowisko zawodowe i ich wkład w kształtowanie tego niezwykłego zawodu (z recenzji dr hab. n. med. i n. o zdr. Małgorzaty Stefaniak, Warszawski Uniwersytet Medyczny). Publikacja (...) jest przykładem rzetelnej pracy naukowej połączonej z pasją dokumentowania historii (z recenzji dr hab. n. med. i n. o zdr. Anny Michalik, Gdański Uniwersytet Medyczny).

Choroby reumatyczne - choć kojarzone z wiekiem senioralnym - dotyczą też osób młodych. Chorzy latami żyją w bólu bez diagnozy, a przewlekły stan zapalny rujnuje ich zdrowie. Czas to zmienić: wprowadzić opiekę koordynowaną i upowszechnić dostęp do nowoczesnego leczenia - mówili uczestnicy debaty „Jak się czujesz z RZS?”, która odbyła się w październiku w Polskiej Agencji Prasowej.

W chorobach reumatycznych w wyniku nieprawidłowej pracy układu odpornościowego organizm atakuje własne komórki, uznając je za wroga. Prowadzi to do przewlekłego procesu zapalnego, który obejmuje stawy, kości, mięśnie, tkankę łączną.

„W wieku 20 lat miewałam ciągle rwy kulszowe i bóle kręgosłupa, ale od wszystkich lekarzy wciąż słyszałam, że jestem za młoda, żeby tak bolało. Sugerowali, że to są bóle psychosomatyczne i kierowali do psychiatry” - mówi Magda chorująca na zeszytniające zapalenie kręgosłupa (ZZSK).

„U mnie proces diagnozy trwał 12 lat. Choroba najpierw rozwijała się powoli, ale później nabrała na intensywności, coraz częściej zdarzały się chwile, kiedy było bardzo źle. Miałam tak ogromne rwy kulszowe, że do gabinetu lekarza wchodziłam, przytrzymując się ścian, inaczej nie byłam w stanie przejść nawet kilku kroków. Rezonans nie pokazywał jeszcze wtedy żadnych zmian, nie było więc podstaw medycznych, by postawić diagnozę” - opowiada Katarzyna. Ona też była odsyłana do psychiatry. W pewnym momencie zaczęła myśleć, że może faktycznie wymyśliła sobie chorobę. Przez lata cierpiała.

Fot. Freepik.com



Zmieńmy podejście do chorób reumatycznych

„Ból był straszny, nie do wytrzymania, paraliżujący, przerażający. Ciężko to opisać. Był też strach, bo brak diagnozy sprawia, że nie wiemy, z czym się borykamy, jak z tym walczyć. Dlatego kiedy otrzymałam diagnozę

- a mój stan był już wtedy ciężki: poranne sztywności sprawiały, że przestałam wstawać z łóżka - poczułam jednocześnie przerażenie i ulgę, że wreszcie wiem, co mi jest i że teraz ktoś mi w końcu pomoże” - opisuje Katarzyna.

Ulga po diagnozie to coś, o czym mówią niemal wszyscy pacjenci z chorobami reumatycznymi. „Wtedy zrozumiałam, że wszystko jest ze mną w porządku. Jako dziecko miałam skoliozę i to na nią rzucano wszystkie problemy. Dopiero gdy już przestałam chodzić, lekarz rodzinny wpadł na pomysł, żeby mnie wysłać do reumatologa. Przeżyłam szok: jak to, przecież to lekarz dla osób starszych. Okazuje się jednak, że choroby reumatyczne mają młodą twarz” - mówi Violetta Zajk, prezeska stowarzyszenia „3majmy się razem”.

RZS: spóźniona diagnoza

W reumatoidalnym zapaleniu stawów (RZS), najczęstszej z chorób reumatycznych opóźnienia w diagnozie mogą wynosić nawet od 3 do 6 lat. Tymczasem szybki czas do rozpoczęcia leczenia jest niezwykle ważny, bo toczący się w organizmie proces zapalny prowadzi do rozwoju poważnych powikłań, które dotyczą wielu narządów. Sprzyja rozwojowi kolejnych chorób: nadciśnienia tętniczego, cukrzycy, chorób układu oddechowego, tarczycy. Ryzyko zachorowania na nowotwory wzrasta o 180 proc., na choroby naczyń wieńcowych o 198 proc., a owrzodzenia żołądka i dwunastnicy - z powodu przyjmowania dużych ilości leków przeciwbólowych - aż o 660 proc.! „Dla RZS tzw. okno terapeutyczne, czyli czas od pierwszych objawów choroby do włączenia leczenia, trwa 12 tygodni. Niestety, zaledwie 30-40 proc. pacjentów trafia w tym czasie do specjalisty, droga większości pacjentów do reumatologa jest kręta i pochłania wiele cennego czasu. Te 12 tygodni to szansa na całkowite zahamowanie postępu choroby i szansa na to, że każdy lek, który włączymy, nawet ten najtańszy, będzie skuteczny” - mówi prof. Brygida Kwiatkowska, krajowa konsultantka w dziedzinie reumatologii. Są pacjenci, na których działa leczenie podstawowe, ale niektórzy wymagają leczenia w programie lekowym i to, czego najbardziej im potrzeba, to aby ta ścieżka została skrócona. „Średni czas diagnozy przy

Według rekomendacji EULAR (European Alliance of Associations for Rheumatology) ok. 20-30 proc. chorych na RZS powinno być leczonych w programie lekowym. W Polsce leczonych jest 7 proc. I choć to liczba, która w ostatnich latach wzrosła dwukrotnie - to wciąż jest to dramatycznie mało

spondyloartropatiach trwa około ośmiu lat, potem jeszcze kwalifikacja do leczenia biologicznego - więc zanim pocujemy ulgę od bólu, mija bardzo dużo czasu” - mówi Magda. Zdarza się, że dodatkowego czasu wymaga też dobranie odpowiedniego leku.

„Pierwszy lek przyniósł mi pewną ulgę: poranne sztywności były krótsze, ale w dalszym ciągu potrzebowałam dużej ilości opioidów, chodziłam o kulach, nosiłam ortozy. Myślałam, że tak po prostu ma być: boli trochę mniej i jakoś funkcjonuję. Okazało się jednak, że leki były źle dobrane. Dopiero przy drugim leku odzyskałam życie, poprawa jest diametralna. To cudowne uczucie. Pamiętam, jak jeszcze niedawno zazdrościłam młodym ludziom, których widywałam na ulicy, że mogą tak po prostu chodzić, śmiać się. Ja miałam problem, żeby przejść kilkadziesiąt metrów. Nawet nie marzyłam, że kiedyś założę buty na obcasie, że będę w stanie pójść na spacer, wyjść z domu w złą pogodę. Dziś to wszystko znowu jest możliwe” - cieszy się Katarzyna.

Choroby autoimmunologiczne: więcej niż jedna choroba

Szczególnie że - jak podkreślają chorzy - na diagnozie się nie kończy. To choroba, która bardzo ogranicza, nigdy nie wiadomo, jaki będzie następny dzień, kiedy pojawi się ból stawów, kiedy zmęczenie odbierze siłę na codzienne obowiązki.

„Choroby autoimmunologiczne to często więcej niż jedna choroba. Mamy na nie bardzo dobre i

skuteczne leczenie, które jednak musi być na całe życie, z czego nie wszyscy zdają sobie sprawę. Dobrze byłoby, aby decydenci zrozumieli, że dając nam leczenie, zyskują sprawnych obywateli, którzy dołączają do płacenia podatków i dokładają się do PKB, a gdy są starsi, mogą opiekować się wnukami i wciąż być pożyteczni, a nie wymagać opieki i generować kolejne koszty. Jesteśmy łatwym rachunkiem ekonomicznym dla państwa: możemy być czystym zyskiem, tylko musimy być dobrze leczeni” - mówi Agata Młynarska, która choruje na cztery choroby z kręgu autoimmunologicznych, w tym chorobę reumatyczną.

Konieczna szeroka edukacja na temat chorób reumatycznych

Żeby dobrze diagnozować i dobrze leczyć, trzeba jednak mieć wiedzę, a z tym bywa różnie.

„Pamiętam, jak podczas jednego z dyżurów nie mogłam wstać z łóżka o poranku, nie wiedziałam, co się ze mną dzieje. Leczył mnie chirurg i internista, ale dopiero sama wyszukałam sobie informacje na temat choroby i nauczyłam się, jak mam postępować, by móc normalnie funkcjonować. Bo przecież my pomimo choroby chcemy być użyteczni społecznie, pracować, żyć jak inni” - mówi senatorka, dr n.med. Agnieszka Gorgoń-Komor, która sama choruje na choroby reumatoidalne, w tym ZZSK.

„Wszystkie jesteśmy bardzo doświadczone przez system ochrony zdrowia, w którym musimy się poruszać, który doświadczają nas czasami dużo bardziej niż choroba, na którą chorujemy - z nią sobie radzimy, bo chcemy żyć, ale przez tę ścieżkę zdrowia, którą prowadzi nas system, nie jest łatwo przejść” - dodaje Agata Młynarska.

Aby sytuacja chorych się zmieniła, potrzebne jest kształcenie kadr medycznych, lekarzy POZ, którzy muszą robić wstępną diagnostykę i mieć konkretne wytyczne, jakie badania należy wykonać, gdy zgłasza się pacjent z bólem.

„Zbyt często dajemy lek objawowo, nie szukając przyczyny. Jeżeli nie znajdziemy dużych zmian w badaniu obrazowym,

mówimy, że to są jakieś nietypowe bóle i leczymy NLPZ-ami (red. niesteroidowymi lekami przeciwzapalnymi). A te, gdy są stosowane w dużych ilościach, dają poważne skutki uboczne. A przecież to choroby, które towarzyszą nam przez całe życie i musimy z nimi funkcjonować: jesteśmy matkami, kształcimy się, pracujemy” - mówi senatorka. Katarzyna zwraca uwagę, że ważna jest też edukacja lekarzy pierwszego kontaktu, bo dzięki temu pacjenci będą szybciej trafiali do reumatologa. Oni powinni wiedzieć, że w młodym wieku ból kręgosłupa w odcinku lędźwiowo-krzyżowym nie jest wynikiem dyskopatii, tylko procesu zapalnego. Zapalenie ścięgna Achillesa, spuchnięcie nawet jednego palca, poranna sztywność, guzki reumatoidalne pod skórą, zapalenie błony naczyniowej oka - to mogą być pierwsze sygnały choroby reumatycznej. „A decydenci powinni mieć świadomość, że wczesne wykrywanie spowoduje, że nie wydamy publicznych pieniędzy na powikłania tej choroby” - dodaje dr Agnieszka Gorgoń-Komor.

Nowa generacja leczenia to „must have” dla potrzebujących
Specjaliści są zgodni, że niezbędna jest koordynacja chorób reumatycznych – podobna jak w krajowej sieci onkologicznej i kardiologicznej. To pozwoli wcześniej je wykrywać i szybciej leczyć. Obecnie celem leczenia jest utrzymanie pacjenta cały czas w remisji, jak najszybsze wdrożenie leczenia i wycofywanie się z glikokortykosterydów, które dawniej były podstawą, a które - przyjmowane latami - dają poważne powikłania. „Według najnowszych rekomendacji należy skracać ścieżkę leczenia: jeśli metotreksat, czyli lek pierwszego rzutu, jest nieskuteczny, nie próbujemy z innymi lekami, bo tracimy cenny czas. Od razu powinniśmy przechodzić na leczenie z grupy leków biologicznych. Chodzi o to, żeby jak najszybciej opanować stan zapalny, bo jeśli będzie trwało to zbyt długo, dojdą kolejne choroby” - tłumaczy reumatolożka.

Niestety, choć realizowany od 2023 roku pilotaż poprawił sytuację, wciąż nie wszyscy pacjenci mają dostęp do efektywnego leczenia. Niewystarczające finansowanie i limity sprawiają, że wiele małych ośrodków prowadzących programy lekowe zawieszają czasowo możliwości leczenia, by się nie zadłużyć.

„Według rekomendacji EULAR (European Alliance of Associations for Rheumatology) ok. 20-30 proc. chorych na RZS powinno być leczonych w programie lekowym. W Polsce leczonych jest 7 proc. I choć to liczba, która w ostatnich latach wzrosła dwukrotnie - to wciąż jest to dramatycznie mało. Dla porównania w programie lekowym SM jest 40 proc. chorych, a przecież to też zaburzenie immunologiczne” - zwraca uwagę dr. n. med. Jakub Gierczyński, ekspert ds. systemu ochrony zdrowia.

Wciąż panuje przekonanie, że udział chorego w programie leczenia biologicznego jest skomplikowany i drogi. Tymczasem to nieprawda. „W 2024 roku w 127 realizowanych w Polsce programach lekowych średni koszt jednego pacjenta wynosił 43 tys. zł rocznie. Ale gdy przyjrzymy się temu bliżej, okazuje się, że w programach lekowych dotyczących chorób reumatoidalnych koszt leczenia jednego pacjenta jest dwukrotnie niższy niż w wielu innych programach. Warto więc obalić mit, że leczenie pacjentów z zapalnymi chorobami stawów jest bardzo

kosztowne. A już na pewno nie w porównaniu do rent dla tych pacjentów orzekanych przez ZUS” - przekonuje dr Gierczyński. Nowoczesne leki w chorobach reumatycznych są w Polsce refundowane i dostępne - w ramach programów lekowych. Niestety kryteria dostępności do nich wciąż są mocno wyśrubowane, przez co dostęp ma tylko część pacjentów. „Ta niepewność, czy uda się dostać na leczenie, czy je przedłużą - to dla każdego chorego rollercoaster. My chorujemy całe życie, mamy perspektywę wielochorobowości i perspektywę szybszej śmierci, dlatego więc ogranicza nam się możliwość skutecznego leczenia?” - zastanawia się Agata Młynarska. „Wciąż za mało wiemy o chorobach z kręgu autoimmunologii, nie rozumiemy ich. Dlatego tak bardzo ucieszyła mnie tegoroczna Nagroda Nobla dla zespołu pracującego nad chorobami autoimmunologicznymi. Chciałabym, aby rosła świadomość, jak działa układ odpornościowy i jak postępować w przypadku kryzysu, czyli choroby autoimmunologicznej” - mówi Młynarska. Fundacja Bez Tabu o Zdrowiu wraz z innymi organizacjami pacjentskimi wspierającymi pacjentów z chorobami autoimmunologicznymi i przedstawicielami środowiska medycznego wypracowała stanowisko w sprawie potrzeb systemowych i organizacyjnych w opiece nad pacjentami z RZS i innymi chorobami autoimmunologicznymi. ■

Źródło informacji:
PAP MediaRoom



Uczestniczki debaty „Jak się czujesz z RZS?”, która odbyła się w październiku w PAP

Analiza krwi prawie 1900 osób sugeruje, że kwas tłuszczowy omega-6 zawarty w olejach roślinnych może wspomagać zdrowie układu sercowo-metabolicznego, przecząc tym samym twierdzeniom, że sprzyja stanom zapalnym.

Nowe badania, w których wykorzystano markery krwi do pomiaru poziomu kwasu linolowego i jego związku z ryzykiem kardiometaabolicznym, dostarczają dowodów na to, że ten kwas tłuszczowy omega-6 może pomóc obniżyć ryzyko chorób serca i cukrzycy typu 2. Wyniki podważają twierdzenia, że oleje z nasion są szkodliwe dla zdrowia kardiometaabolicznego.

Kwas linolowy, który znajduje się w olejach roślinnych – zwłaszcza olejach z nasion, takich jak olej sojowy i kukurydziany – oraz w produktach roślinnych, jest głównym kwasem tłuszczowym omega-6 spożywanym w diecie. „Coraz więcej uwagi poświęca się olejom z nasion, a niektórzy twierdzą, że oleje te sprzyjają stanom zapalnym i zwiększają ryzyko kardiometaaboliczne” — powiedział dr Kevin C. Maki, profesor nadzwyczajny w Indiana University School of Public Health-Bloomington i główny naukowiec w Midwest Biomedical Research. „Nasze badanie, oparte na prawie 1900 osobach, wykazało, że wyższy poziom kwasu linolowego w osoczu krwi był związany z niższymi poziomami biomarkerów ryzyka kardiometaabolicznego, w tym tych związanych ze stanem zapalnym”. Maki przedstawił wyniki swoich badań na konferencji NUTRITION 2025, najważniejszym corocznym spotkaniu Amerykańskiego Towarzystwa Żywności, które odbyło się w Orlando na Florydzie. Nowe wyniki są zgodne z wynikami badań obserwacyjnych, które wykazały, że większe spożycie kwasu linolowego wiąże się z niższym ryzykiem



Fot. Freepik.com

Oleje z nasion łagodzą stany zapalne

zachorowania na cukrzycę typu 2 i zdarzenia sercowo-naczyniowe, takie jak zawały serca i udary mózgu.

„Chociaż inne badania oceniały związki między kwasem linolowym a czynnikami ryzyka kardiometaabolicznego, nasze badanie wykorzystywało obiektywne biomarkery, a nie zapisy diety lub kwestionariusze częstotliwości spożywania żywności, aby ocenić spożycie kwasu linolowego” — powiedział Maki. „Mierziliśmy również szereg markerów stanu zapalnego i wskaźników metabolizmu glukozy”.

W ramach nowego badania badacze przeprowadzili analizę przekrojową danych od 1894 osób w kohorcie obserwacyjnej skupionej na Covid-19. Odkryli, że wyższy poziom kwasu linolowego w osoczu — wskazujące na spożycie w diecie — były konsekwentnie powiązane z niższymi poziomami czynników ryzyka chorób sercowo-naczyniowych i cukrzycy typu 2. Konkretnie, uczestnicy badania z wyższym poziomem kwasu linolowego wykazali niższe

poziomy glukozy i insuliny, a także HOMA-IR, biomarkera insulinooporności. Mieli również niższe poziomy biomarkerów stanu zapalnego, w tym białka C-reaktywnego, acetyl glikoprotein i surowiczego amyloidu A. „Widzieliśmy spójne wyniki dla różnych mierzonych biomarkerów” — powiedział Maki. „Osoby z wyższym poziomem kwasu linolowego we krwi miały tendencję do zdrowszego ogólnego profilu ryzyka chorób serca i cukrzycy”.

Naukowcy twierdzą, że ich odkrycia potwierdzają potrzebę dodatkowych badań interwencyjnych w celu sprawdzenia, czy zwiększenie spożycia kwasu linolowego poprawia czynniki ryzyka kardiometaabolicznego i zmniejsza częstotliwość występowania zawałów serca, udarów i cukrzycy typu 2. Następnie planują zbadać, w jaki sposób różne rodzaje olejów o różnej zawartości kwasów tłuszczowych wpływają na czynniki ryzyka kardiometaabolicznego. ■

Źródło: sciencedaily.com



Wysoki cholesterol to cichy zabójca, rocznie uśmierca nawet 4,5 mln ludzi

Zbyt wysokie stężenie cholesterolu we krwi może mieć nawet 21 mln Polaków, z których 30 tys. rocznie umiera przez hipercholesterolemię - głównego sprawcę zawałów serca i udarów mózgu - wskazali eksperci podczas konferencji inaugurującej powstanie koalicji Liga Walki z Cholesterolem. Dodali, że są skuteczne narzędzia do walki z tym niewidzialnym wrogiem, które pozwolą zmniejszyć umieralność o 50 proc.

„21 milionów Polaków ma zaburzenia lipidowe, które są główną przyczyną chorób sercowo-naczyniowych. Z przygotowanego przez NFZ raportu >>Śmiertelność zawału

serca i ostrych zespołów wieńcowych<< wynika, że w ostatnim dziesięcioleciu liczba zawałów w Polsce kształtowała się pomiędzy 70 a niemal 80 tysięcy rocznie, a w 2023 r. wynosiła 70 389 przypadków. Liczba udarów może rocznie sięgać 80 tys., a u nawet 3 mln osób dorosłych w Polsce diagnozujemy chorobę tętnic obwodowych. I te choroby odpowiadają za 40 proc. wszystkich zgonów w Polsce” - zauważył prof. Maciej Banach, prezes Polskiego Towarzystwa Lipidologicznego i pomysłodawca Koalicji Liga Walki z Cholesterolem. Dodał, że wysokie stężenie cholesterolu, choć czasami długo nie daje widocznych objawów i nie wywołuje bólu, jest bardzo poważnym zagrożeniem dla zdrowia.

Szansa dla pacjentów z zaburzeniami lipidowymi

Niestety większość społeczeństwa nie wykonuje regularnych badań profilaktycznych, chociaż mogłaby obecnie skorzystać z programu

państwowego >>Moje Zdrowie<<, w ramach którego można m.in. bezpłatnie zbadać stężenie cholesterolu LDL czy lipoproteiny(a) - wskazał prof. Banach. Zwrócił uwagę, że działający od 2018 r. program lekowy B.101 „Leczenie pacjentów z zaburzeniami lipidowymi” był dalece niewystraszający, obejmował ledwie 3 tys. pacjentów. „Dzięki wspólnej intensywnej pracy grona znakomitych ekspertów z Ministerstwem Zdrowia, od 1 października nowe grupy pacjentów z zaburzeniami lipidowymi zyskają dostęp do innowacyjnych terapii obniżających poziom cholesterolu. To szansa na realną poprawę jakości życia chorych, a także na redukcję liczby powikłań sercowo-naczyniowych, które są znaczącym obciążeniem systemu ochrony zdrowia” - ocenił prof. Banach. „Czekaliśmy na te zmiany, z których skorzystają tysiące pacjentów w Polsce. Przypomnę, że po 6 latach programu przeżywalność wynosi 94 proc., co jest niespotykane dla

żadnej innej terapii kardiologicznej” - podkreślił.

Prof. Maciej Banach dodał, że ogłoszone zmiany pozwalają m.in. by z innowacyjnych leków, modulujących białko PCSK9, skorzystali pacjenci z rodzinną hipercholesterolemią, którzy pomimo leczenia wciąż nie osiągają celu terapeutycznego.

„Program także umożliwia leczenie pacjentów po zawale z chorobą tętnic obwodowych, z cukrzycą, podwyższonym stężeniem lipoproteiny(a) czy przewlekłą chorobą nerek. Ta zmiana może istotnie poprawić skuteczność naszego leczenia i pozwoli uniknąć wielu kolejnych incydentów sercowo-naczyniowych” - wyjaśnił. Zdaniem prof. Piotra Jankowskiego, kierownika Katedry Chorób Wewnętrznych i Gerontokardiologii Szpitala im. prof. W. Orłowskiego CMKP w Warszawie, pacjenci w programie B.101 mieli 3,5 razy mniejsze ryzyko zgonu niż ci objęci tylko standardową opieką pozawałową.

„Dlatego należy rozważyć, aby B.101 stał się programem obligatoryjnym dla wszystkich pacjentów po zawale” - ocenił. Przypomniawszy też o wprowadzeniu programu KOS-Zawał.

„Pacjenci objęci opieką w tym programie rzadziej mają kolejne incydenty sercowe i żyją dłużej. To ogromny sukces i powód do dumy, ale wymaga dopracowania w zakresie dostępu do rehabilitacji i lepszej analizy jakości leczenia” - ocenił.

Hipercholesterolemia rodzinna rozpoznawana jest bardzo późno

Prof. Małgorzata Myśliwiec, specjalista pediatra, endokrynolog i diabetolog z Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, konsultant wojewódzki w dziedzinie endokrynologii i diabetologii dziecięcej, zwróciła uwagę na kwestię dziedziczenia problemów z cholesterolem. Przypomniała, że najczęściej spotyka się hipercholesterolemię wielogenową i wtórną, które występują u co drugiej osoby zależnie od wieku, zaś hipercholesterolemie uwarunkowane genetycznie są rzadsze i występują u 1 na 250-300 osób. „Niemniej

hipercholesterolemia rodzinna jest najczęściej występującą monogenową chorobą genetyczną, którą niestety rozpoznajemy bardzo późno, najczęściej w wieku ok. 42 lat po incydencie sercowo-naczyniowym” - wskazała.

„Tymczasem wczesna diagnoza i skuteczne leczenie mogą obniżyć ryzyko sercowo-naczyniowe o ponad 50 proc. Dlatego właśnie wprowadziliśmy badanie lipidogramu w bilansie 6-latka, żeby wykryć chorobę wcześniej, a w ramach diagnostyki kaskadowej zidentyfikować ją u pozostałych członków rodziny” - powiedziała prof. Myśliwiec.

Dodała, że do tego budowana jest sieć ośrodków lipidologicznych pediatrycznych, gdzie prowadzony jest program B.101, i w których pracują certyfikowani lipidolodzy. Profesor Mariusz Gąsior, kierownik III Katedry i Oddziału Klinicznego Kardiologii w Zabrzu Śląskiego Uniwersytetu Medycznego, podziękował prof. Myśliwiec za determinację wprowadzenia badań lipidowych w ramach bilansu sześciolatka. Wskazał, że pojawienie się w bilansie sześciolatka możliwości oznaczania poziomu cholesterolu to ogromny krok. „Program jest prosty, finansowany w ramach NFZ i nie ma ograniczeń, co daje mu szansę na wysoką skuteczność. Do 22 września br. z badań skorzystało 226 dzieci na Śląsku. To bardzo zachęcające, biorąc pod uwagę, że program działa od lipca i przypadł na okres wakacyjny. Już 40 dzieci zostało skierowanych na specjalistyczne badania” - powiedział.

Edukacja już od szkoły podstawowej

Według Marka Kustosza, prezesa Fundacji „To Się Leczy”, która prowadzi stałą Sekcję Pacjencką „Wysoki Cholesterol - to się leczy”, szeroka edukacja w zakresie zarówno czynników ryzyka hipercholesterolemii, jak i groźnych skutków jej nieleczenia jest szalenie ważna i powinna być prowadzona już od szkoły podstawowej.

„W ramach koalicji nie chcemy mówić wyłącznie o cholesterolu, ale także o innych czynnikach ryzyka i chorobach, które mogą prowadzić do groźnych powikłań, w tym do

wtórnych dyslipidemii, jak otyłość czy cukrzyca” - zapowiedział.

W ocenie dr Agnieszki Gorgoń-Komor, specjalistki kardiologii i senator RP, obok działań edukacyjnych, kluczowe znaczenie w obszarze zaburzeń lipidowych ma zarówno profilaktyka pierwotna, jak i wtórna.

„Wymaga to konsekwentnych działań na poziomie centralnym i lokalnym. Z ramienia Senatu już dziś realizujemy te cele poprzez ustanowienie roku 2025 Rokiem Edukacji Zdrowotnej i Profilaktyki. Równocześnie, na poziomie samorządowym, niezbędne jest zintensyfikowanie aktywności w zakresie polityki zdrowotnej, która w sposób systemowy uwzględnią problematykę podwyższonego cholesterolu i jego konsekwencji” - dodała.

Leczenie i prewencja są tańsze

O ekonomicznym wymiarze profilaktyki mówiła Anna Gołębińska, ekonomistka i ekspertka Centrum im. Adama Smitha. „W 2023 roku program lekowy B.101 kosztował państwo 15,7 mln zł, przy 1216 pacjentach. Rok później wydatki wzrosły do 29 mln zł przy 2263 pacjentach. To daje około 36 zł dziennie na pacjenta. W perspektywie życia i zdrowia pacjentów to bardzo efektywne wykorzystanie środków” - zauważyła. Dodała, że leczenie i prewencja są tańsze niż skutki braku interwencji. „Średni koszt udaru to ok. 17 tys. zł, zawału 21,5 tys. zł, rehabilitacji kilka tysięcy złotych. Do tego dochodzą koszty rent, emerytur i utraconych podatków” - podała. Prof. Banach przypomniał również, że 4 czerwca br. powołana została do życia Liga Walki z Cholesterolem. Misją Ligi Walki z Cholesterolem są wspólne działania dotyczące edukacji społeczeństwa w zakresie znaczenia cholesterolu oraz konsekwencji nieleczenia jego wysokiego stężenia. Koalicja wspiera też zmiany legislacyjne poprawiające diagnostykę oraz zwiększanie dostępu do innowacyjnych leków. ■

Źródło:
PAP MediaRoom



Ogólnopolski Związek Zawodowy
Pielęgniarek i Położnych



Stanowisko
Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych
Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych
Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego
Polskiego Towarzystwa Położnych
z dnia 28 października 2025r.

w sprawie stanowiska Zarządu Związku Województw Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 10 października 2025 roku dotyczącym inicjatywy zmiany minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (tj. Dz.U. z 2023r. poz. 870) w brzmieniu nadanym rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 11-10-2018r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz.U. z 2018r. poz. 2012)

W związku z przedstawionym przez Związek Województw Rzeczypospolitej Polskiej stanowiskiem z dnia 10 października 2025 r., dotyczącym inicjatywy zmiany norm zatrudnienia pielęgniarek w szpitalach, środowisko pielęgniarek i położnych wyraża zdecydowany sprzeciw wobec proponowanych rozwiązań, które w naszej ocenie mogą w sposób istotny zagrozić bezpieczeństwu pacjentów oraz pogłębić kryzys kadrowy w systemie ochrony zdrowia.

Związek Województw RP powinien posiadać wiedzę o obowiązujących aktualnie zasadach ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w zakresie kontraktowania świadczeń gwarantowanych. Normy te są integralną częścią Porozumienia zawartego w dniu 9 lipca 2018r. pomiędzy Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Pielęgniarek i Położnych, Naczelną Izbą Pielęgniarek i Położnych oraz Ministerstwem Zdrowia i Narodowym Funduszem Zdrowia (reguluje to § 1 ust. 2 Porozumienia). W tych warunkach zwracamy się wprost do Ministra Zdrowia oraz do Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia – Stron w/w Porozumienia – o odrzucenie inicjatywy zgłoszonej przez Związek Województw RP.

Realizacja w/w inicjatywy spowodowałaby rażące naruszenie przez MZ i NFZ „Polityki Wieloletniej Państwa na rzecz Pielęgniarstwa i Położnictwa w Polsce”, stanowiącej załącznik do Uchwały nr 124/2019 Rady Ministrów. Wskazany dokument stwierdza, że liczba i kwalifikacje zawodowe pielęgniarek i położnych w istotnym wymiarze wpływają na wysoką jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych, bezpieczeństwo pacjentów i wskaźnik śmiertelności. Działaniem systemowym ma być wypracowanie mechanizmów motywujących podmioty lecznicze realizujące gwarantowane świadczenia zdrowotne do ustalania norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych na właściwym poziomie, stosownie do potrzeb i zakresu świadczonych usług zdrowotnych, mając na uwadze konieczność zapewnienia wysokiej jakości świadczeń opieki zdrowotnej oraz właściwego zabezpieczenia tych świadczeń. Polityka wskazuje zatem, że punktem wyjścia było i jest nadal rozszerzenie zasad opisanych w art. 50 ustawy o działalności leczniczej na świadczenia gwarantowane z zakresu leczenia szpitalnego oraz zawarta wówczas umowa społeczna, że takie analogiczne zasady określenia minimalnych wskaźników zatrudnienia oraz minimalne kwalifikacje zawodowe pielęgniarek i położnych zostaną ustalone także dla pozostałych zakresów i rodzajów świadczeń zdrowotnych, dla których dotychczas nie zostały one ustalone.

W obszarze psychiatrii nadal nie obowiązuje formalny nakaz wyliczania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek w przeliczeniu na łóżko. Stosuje się ogólne zasady wynikające z art. 50 ustawy o działalności leczniczej. MZ i NFZ nie zrealizowały od ponad siedmiu lat zobowiązania zapisanego w § 1 ust. 3 Porozumienia z dnia 9 lipca 2018 r., gdzie strona rządowa zobowiązała się że, od „września 2018r.” wejdą w życie zmiany w zakresie norm zatrudnienia pielęgniarek z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień.

Inicjatywa podjęta przez Związek Województw RP jest działaniem pozostającym w kontrze do przyjętych przez Rząd RP zobowiązań wieloletnich i obowiązującego prawa. **Czy jakieś doraźne, merkantylne pomysły organów założycielskich właściwych dla części podmiotów leczniczych, mają przekreślić wynegocjowane ze stroną społeczną warunki bezpieczeństwa dla zdrowia i życia pacjentów oraz bezpieczeństwo świadczenia pracy?**

Nie ma na to zgody środowisk pielęgniarek i położnych podpisanych pod Stanowiskiem.

1. Normy zatrudnienia

Normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych określone ww. aktami prawnymi mają charakter jedynie norm minimalnych, czyli najniższych jakich nie można naruszyć z uwagi na konieczność zapewnienia bezpieczeństwa pacjentów i podstawowej opieki pielęgniarskiej oraz położniczej. Nie są to normy optymalne, do których podmioty lecznicze powinny dążyć, ale poziomy graniczne, których nie można przekroczyć.

Przypominamy, że są one wynikiem analiz dotyczących czasu pracy, liczby pacjentów wymagających opieki, charakterystyki poszczególnych oddziałów oraz obciążenia pracą pielęgniarki i położnej w procesie terapeutycznym. Ostatecznie Ministerstwo Zdrowia zdecydowało, że obowiązywać będzie wariant liczenia minimalnej normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych według liczby łóżek zgłoszonych do Rejestru podmiotów leczniczych prowadzonego przez wojewodów, a wynegocjowane i ostatecznie przyjęte współczynniki Ministerstwo Zdrowia przyjęło przy założeniu, że w rzeczywistości średnie obłożenie łóżek szpitalnych szacowane było na poziomie 80-85%. W ocenie Ministerstwa Zdrowia miał to być element uporządkowania obszaru lecznictwa szpitalnego i element dyscyplinowania podmiotów leczniczych.

Ustalanie liczby etatów w odniesieniu do liczby łóżek ma na celu zagwarantowanie bezpieczeństwa pacjentów, ciągłości świadczeń oraz zabezpieczenie kadrowe w sytuacjach nagłych, niezależnie od sezonowości czy obłożenia oddziału.

Podkreślamy, że normy te są nagminnie łamane, a ich przestrzeganie nie jest należycie kontrolowane przez instytucje za to odpowiedzialne. Wniosek o ich zmianę jest więc nietrafiony, jeśli nie zweryfikowano ich funkcjonowania w wymiarze praktycznym. Obecnie funkcjonujące rozwiązanie jest kompromisem pomiędzy kosztami a zapewnieniem bezpieczeństwa pacjentom.

Propozycja Zarządu Związku Województw RP polegająca na uzależnieniu liczby etatów pielęgniarskich od wskaźnika wykorzystania łóżek (np. 70–85%) jest uwzględniona w obowiązującym rozporządzeniu. Zmniejszanie norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych prowadzi do:

- zagrożenia dla bezpieczeństwa pacjentów, zwłaszcza w oddziałach o dużej rotacji i nagłych przyjęciach,
- niemożności zapewnienia ciągłości opieki pielęgniarskiej i położniczej oraz realizacji procedur medycznych,

- niewystarczającej liczby personelu w sytuacjach zwiększenia osób hospitalizowanych.

Zgodnie z art. 11 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej, kierownik podmiotu leczniczego odpowiada za zapewnienie pacjentom świadczeń zdrowotnych udzielanych w sposób bezpieczny, zgodny z wymaganiami fachowymi i sanitarnymi. Redukcja zatrudnienia w oparciu o obciążenie łóżek narusza ten obowiązek i skutkuje pogorszeniem standardów opieki medycznej.

2. Opiekunowie oraz ratownicy medyczni – kompetencje inne niż pielęgniarek i położnych

Zgodnie z art. 4 oraz art. 5 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej, **wykonywanie zawodu pielęgniarki i położnej polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych wymagających wiedzy i umiejętności medycznych, w tym m.in. rozpoznawaniu potrzeb zdrowotnych, planowaniu i realizacji opieki, wykonywaniu zleceń lekarskich oraz samodzielnym podejmowaniu decyzji w zakresie kompetencji zawodowych.**

Natomiast:

- ratownik medyczny, zgodnie z ustawą o Państwowym Ratownictwie Medycznym, udziela świadczeń w ramach ratownictwa medycznego oraz wykonuje określone czynności głównie w stanach zagrożenia zdrowia,
- opiekun medyczny wykonuje czynności pomocnicze, wynikające z opieki nad pacjentem, w zakresie zapewnienia higieny, komfortu i podstawowego wsparcia.

Powyższe regulacje czytelnie i jednoznacznie wskazują, że **żaden z tych zawodów nie może zastępować pielęgniarki lub położnej w zakresie świadczeń medycznych, ani też nie może być wliczany do norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych.**

Kształcenie pielęgniarek i położnych obejmuje szeroki zakres wiedzy z obszaru nauk medycznych, farmakologii, psychologii, komunikacji z pacjentem, a także praktyk klinicznych w różnych dziedzinach medycyny.

Ratownicy medyczni kształceni są przede wszystkim w zakresie medycyny ratunkowej i procedur interwencyjnych. Z kolei opiekunowie medyczni przygotowani są do opieki nad pacjentem w zakresie czynności higieniczno-pielęgnacyjnych, nie zaś do realizacji specjalistycznych świadczeń medycznych.

Stanowczo sprzeciwiamy się wszelkim próbom zastępowania pielęgniarek i położnych opiekunami medycznymi lub ratownikami medycznymi. Zgodnie z obowiązującym prawem i zakresem kompetencji zawodowych, **pielęgniarka /położna wykonuje samodzielne czynności medyczne wymagające wiedzy, odpowiednich kwalifikacji z uwzględnieniem odpowiedzialności zawodowej.** Zmiana norm bez uwzględnienia tego rozróżnienia stanowi naruszenie przepisów prawa i zasad bezpieczeństwa pacjentów.

Zastępowanie pielęgniarek i położnych osobami bez odpowiednich kompetencji zawodowych obniża jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych i może stanowić zagrożenie dla bezpieczeństwa pacjentów. Pielęgniarki i położne posiadają wiedzę i umiejętności pozwalające na wczesne rozpoznanie pogarszającego się stanu zdrowia pacjenta i pilne wdrożenie właściwej interwencji.

Należy jednak podkreślić, że zatrudnianie opiekunów medycznych stanowi uzupełnienie zespołu, a nie jest elementem zastępowania pielęgniarek i położnych.

3. Podsumowanie

Propozycja Zarządu Związku Województw RP w zakresie zamiennego przeliczania etatów pielęgniarek i położnych nie ma podstaw merytorycznych i prawnych.

Normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia mają charakter minimalny i jakiegokolwiek ich obniżenie zagrażałoby bezpieczeństwu pacjentów i jakości świadczeń medycznych.

Stanowisko Zarządu Związku Województw RP jest niepokojące także z tego powodu, że wskazuje na potrzebę poszerzenia wiedzy przez członków Związku Województw RP o kompetencjach zawodów medycznych. Fakt ten budzi nasze głębokie zdziwienie i zaniepokojenie, gdyż zrzeszone w tej organizacji samorządy są podmiotami prowadzącymi szpitale specjalistyczne, które są ważnym elementem opieki zdrowotnej. Propozycje zawarte w stanowisku mają taką wartość jak pytanie, ile pielęgniarek zastąpi jednego lekarza?

Podkreślamy, że właściwa obsada pielęgniarek i położnych gwarantuje bezpieczną hospitalizację i ogranicza zdarzenia niepożądane. Niedobory kadrowe w tych grupach korelują ze zmniejszoną satysfakcją pacjentów, powikłaniami i zwiększoną śmiertelnością, czego dowodzą liczne polskie i światowe badania naukowe.

Wyrażamy stanowczy sprzeciw wobec nieprzemyślnych propozycji przekraczających granice absurdu.

Prezes

Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

Mariola Łodzińska

Przewodnicząca

Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych

Krystyna Ptok

Prezes

Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego

Grażyna Wójcik

Prezes

Polskiego Towarzystwa Położnych

Agnieszka Bień

pożegnania

"Jest taki ból, o którym lepiej nie mówić, bowiem najlepiej wyraża go milczenie"

Z żalem przyjęliśmy wiadomość
o śmierci 9 października 2025 roku,
w wieku 57 lat, naszej Koleżanki

**EWY
WARMUZIŃSKIEJ**
z domu Szymańskiej

Żegnamy położną oddziału Ginekologii
Klinicznego Szpitala Wojewódzkiego nr 2
w Rzeszowie, gdzie pracowała w latach 1990-
2008, długoletniego pracownika Medycznej
Szkoły Policealnej. Z wielkim oddaniem
i rzetelnością wprowadzała do zawodów
medycznych młode koleżanki.
Rodzinie Ewy składamy wyrazy głębokiego
współczucia

Koleżanki Położne Kliniki Ginekologii
i Położnictwa KSW nr 2 w Rzeszowie

*Odeszłaś za szybko od chorych i cierpiących,
sama potrzebująca pomocy...*

Z głębokim smutkiem i żalem
zawiadamiamy, że 18 września 2025 r.
po ciężkiej chorobie odeszła od nas

RENIA BOBER



W zmarłej tracimy oddaną pielęgniarkę
i nieodżałowaną Koleżankę, która na zawsze
pozostanie w naszych sercach.

Spoczywaj w pokoju

Pogrążeni w smutku pracownicy
NZOZ BUD-MED
w Rzeszowie

**Wejdź na
oipip.rzeszow.pl
Dowiedz się więcej!**

"Nie jesteś już tam, gdzie byłeś. Ale jesteś wszędzie tam, gdzie my jesteśmy"

Victor Hugo



Koleżance
**MARZANNIE
KOCHOWSKIEJ**

Członkowi Rady OIPiP w Rzeszowie
najszczerze kondolencje
z powodu śmierci
TEŚCIA

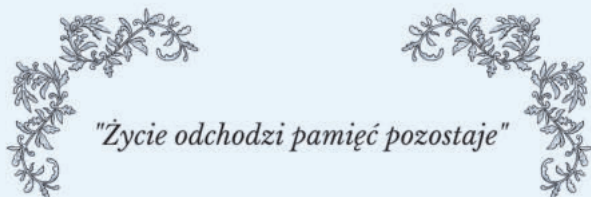
składają
Koleżanki i Kolega z Rady
wraz z Pracownikami biura

*"Ból i samotność po stracie tak bliskiej osoby niech
złagodzi prawda, że nie umiera ten,
kto pozostaje w sercach bliskich"*



Koleżance
**MAŁGORZACIE
SOWA**

i jej Rodzinie
Wiceprzewodniczącej ORPiP w Rzeszowie
słowa otuchy, współczucia i wsparcia
z powodu śmierci
MAMY
składają
Koleżanki i Kolega z Rady
oraz Pracownicy biura



"Życie odchodzi pamięć pozostaje"

Pani
**MARZANNIE
KOCHOWSKIEJ**

Naczelnej Pielęgniarce
najszczerze wyrazy współczucia
z powodu śmierci
TEŚCIA

składa
Kierownicza Kadra Pielęgniarska
Wojewódzkiego Szpitala
im. Zofii z Zamoyskich
Tarnowskiej
w Tarnobrzegu

"Można odejść na zawsze, by stale być blisko"
ks. Jan Twardowski



Składamy wyrazy
najgłębszego współczucia
Koleżance
**EDYCIE SKÓRSKIEJ
KULPIŃSKIEJ**

po stracie ukochanego
TATY

Personel Kliniki Radioterapii
Podkarpackiego Centrum Onkologii
Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego
im. Fryderyka Chopina
w Rzeszowie

INTER MEDYK LIFE - WYBÓR NAJLEPSZEJ OCHRONY

ZAKRES ŚWIADCZEŃ	WARIANT I	WARIANT II	WARIANT III	WARIANT IV	WARIANT V	WARIANT VI	OKRES KARENCJI
MAKSYMALNA WARTOŚĆ ŚWIADCZENIA							
Śmierć Ubezpieczonego (również w wyniku COVID-19)	25 000 zł	35 000 zł	45 000 zł	50 000 zł	100 000 zł	150 000 zł	-
Śmierć Ubezpieczonego w wyniku NW	50 000 zł	70 000 zł	90 000 zł	100 000 zł	200 000 zł	400 000 zł	-
Śmierć Ubezpieczonego w wyniku NW przy pracy	60 000 zł	80 000 zł	110 000 zł	150 000 zł	300 000 zł	700 000 zł	-
Śmierć Ubezpieczonego w wyniku NW komunikacyjnego	60 000 zł	80 000 zł	110 000 zł	150 000 zł	300 000 zł	700 000 zł	-
Śmierć Ubezpieczonego w wyniku NW komunikacyjnego przy pracy	80 000 zł	100 000 zł	130 000 zł	200 000 zł	400 000 zł	1 000 000 zł	-
Śmierć Ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu	50 000 zł	70 000 zł	90 000 zł	100 000 zł	150 000 zł	200 000 zł	6 miesięcy
Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku NW (za 1% uszczerbku)	300 zł	400 zł	500 zł	500 zł	750 zł	1 000 zł	-
Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu (za 1% uszczerbku)	300 zł	400 zł	500 zł	-	-	-	3 miesiące
Poważne zachorowanie Ubezpieczonego (47 jednostek chorobowych)	4 000 zł	5 000 zł	7 000 zł	10 000 zł	15 000 zł	20 000 zł	90 dni
Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku NW – stawka dzienna – płatne do 14 dni	100 zł	120 zł	150 zł	100 zł	200 zł	300 zł	-
za kolejne dni:	50 zł	60 zł	75 zł	50 zł	100 zł	150 zł	-
Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu z powodu choroby (również w wyniku COVID-19) – stawka dzienna – płatne do 14 dni	50 zł	60 zł	75 zł	50 zł	100 zł	150 zł	30 dni
za kolejne dni:	25 zł	30 zł	38 zł	25 zł	50 zł	75 zł	30 dni
Pobyt Ubezpieczonego na OIOM (również w wyniku COVID-19) – powyżej 24 godzin	500 zł	600 zł	750 zł	500 zł	1 000 zł	1 500 zł	30 dni
Operacja chirurgiczna Ubezpieczonego (katalog 539 operacji)	2 000 zł	3 000 zł	5 000 zł	-	-	-	180 dni
Śmierć Współmałżonka (również w wyniku COVID-19)	10 000 zł	12 000 zł	14 000 zł	-	-	-	6 miesięcy
Śmierć Współmałżonka w wyniku NW	15 000 zł	18 000 zł	21 000 zł	-	-	-	-
Śmierć Dziecka (również w wyniku COVID-19)	5 000 zł	6 000 zł	7 000 zł	-	-	-	6 miesięcy
Śmierć Dziecka w wyniku NW	10 000 zł	12 000 zł	14 000 zł	-	-	-	-
Urodzenie Dziecka	800 zł	1 200 zł	1 500 zł	-	-	-	9 miesięcy
Urodzenie Dziecka z wadą wrodzoną	2 000 zł	3 000 zł	4 000 zł	-	-	-	9 miesięcy
Urodzenie martwego Dziecka	2 000 zł	3 000 zł	4 000 zł	-	-	-	3 miesiące
Osierocenie Dziecka (również w wyniku COVID-19)	3 500 zł	4 500 zł	5 500 zł	-	-	-	6 miesięcy
Śmierć Rodzica lub Teścia (również w wyniku COVID-19)	1 000 zł	1 200 zł	1 500 zł	-	-	-	6 miesięcy
Pakiet usług Assistance	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	-
SKŁADKA MIESIĘCZNA	65 zł	85 zł	105 zł	65 zł	105 zł	185 zł	

PAKIET RYZYK MEDYCZNYCH – ZA JEDYNE 15 ZŁ MIESIĘCZNIE

Ubezpieczenie na wypadek chorób zawodowych najczęściej występujących w branży medycznej:

- ✓ uszkodzenie wzroku przez laser
- ✓ urazy kręgosłupa
- ✓ zatrucia substancjami chemicznymi
- ✓ uszkodzenie słuchu przez ultradźwięki
- ✓ zakażenie HIV/WZW
- ✓ wtórny zespół stresu pourazowego
- ✓ uszczerbek na zdrowiu w wyniku agresji pacjenta

TUTAJ MASZ DO NAS NAJBLIŻEJ! NASI EKSPERCI CZEKAJĄ NA CIEBIE

Towarzystwo Ubezpieczeń INTER-ŻYCIE Polska S.A.

Al. Jerozolimskie 142B, 02-305 Warszawa
Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy XII Wydział Gospodarczy
KRS: 0000312649, NIP: 547-17-53-546
Kapitał zakładowy wynosi 24,8 mln zł, jest zarejestrowany i w pełni opłacony

Oddział w Rzeszowie ul. Rymanowska 3
tel kom: +48 571 244 239
e-mail: bartosz.gdula@interpolska.pl

Niniejszy materiał reklamowy nie stanowi oferty w rozumieniu art. 66 kodeksu cywilnego. Szczegółowe informacje o warunkach ubezpieczenia, w tym o zakresie ochrony ubezpieczeniowej, ograniczeniach i wyłączeniach odpowiedzialności TU INTER-ŻYCIE Polska S.A. uprawniających do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia, znajdziesz w INTER Medyk Life Ogólnych Warunkach Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie przyjętych Uchwałą Zarządu TU INTER-ŻYCIE Polska S.A. nr 36/2021 z dnia 13.07.2021 r., w Ogólnych Warunkach Dodatkowych Ubezpieczeń Indywidualnych przyjętych Uchwałą Zarządu TU INTER-ŻYCIE Polska S.A. nr 36/2021 z dnia 13.07.2021 r. oraz w Aneksie nr 1 przyjętym Uchwałą Zarządu TU INTER-ŻYCIE Polska S.A. nr 14/2022 z dnia 04.03.2022 r., dostępnych w placówkach TU INTER-ŻYCIE Polska S.A., u naszych agentów oraz na stronie internetowej www.interpolska.pl

inter
UBEZPIECZENIA