

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Łodzi

Przewodnicząca ORPiP w Łodzi

mgr Agnieszka Kałużna
dyżuruje w środy w godz. 16.00–18.00

Wiceprzewodnicząca ORPiP w Łodzi

mgr Joanna Gąsiorowska (pielęgniarka)

Wiceprzewodnicząca ORPiP w Łodzi

mgr Bożena Pawłowska (położna)

Sekretarz ORPiP w Łodzi

mgr Maria Kowalczyk
tel. 42 633 22 48

Skarbnik ORPiP w Łodzi

dr n. o zdr. Maria Cianciara

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej

Elżbieta Mamińska
dyżuruje w II i IV poniedziałek miesiąca w godz. 15.00–17.00
tel. 42 633 23 94
w pozostałe dni kontakt z Krystyną Sawczenko
– spec. ds. merytoryczno-kancelaryjnych ORzOZ
tel. 42 633 23 94

Przewodnicząca Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych

dr n. o zdr. Grażyna Kozak
dyżuruje w I i III poniedziałek miesiąca
w godz. 15.30–17.00

Redaktor Naczelny „Biuletynu”

mgr Joanna Gąsiorowska
dyżuruje we wtorki w godz. 16.00–18.00
e-mail: biuletyn@oipp.lodz.pl; tel. 42 633 69 63 w. 10

Biuro Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi

ul. Emilii Plater nr 34, 91-762 Łódź
tel. 42 633 69 63; 42 633 71 06; fax 42 633 68 74
czynne: wtorek: 10.00–18.00; środa, czwartek, piątek: 8.00–16.00;
poniedziałek – dzień bez interesantów
www.oipp.lodz.pl; e-mail: biuro@oipp.lodz.pl

Konto bieżące OIPiP

Bank Zachodni WBK SA, ul. Sienkiewicza 24, II Oddział w Łodzi
20 1090 1304 0000 0000 3000 3869

Prawo wykonywania zawodu

wtorek: 10.00–18.00; środa, czwartek, piątek: 8.00–16.00
tel. 42 633 32 13

Kształcenie podyplomowe

wtorek: 10.00–18.00; środa, czwartek, piątek: 8.00–16.00;
tel. 42 639 92 62
mgr Justyna Łabuzińska-Gawrysiak
mgr Danuta Ciechomska
Barbara Kosmala

Biblioteka OIPiP

– *przyjmowanie wniosków o dofinansowanie udziału
w kształceniu podyplomowym*

wtorek: 11.00–17.30; środa: 10.00–15.00; czwartek: 8.30–15.00
piątek: 10.00–15.30
e-mail: biblioteka@oipp.lodz.pl, tel. 42 633 92 98

Pośrednictwo pracy i dział socjalny

wtorek: 11.00–18.00; czwartek: 9.00–16.00
tel. 42 633 23 94

Mecenas

wtorek: 14.00–18.00, czwartek: 12.00–14.00
tel. 42 633 71 06

Kasa

poniedziałek: nieczynna
wtorek: 12.00–17.00; środa: 8.30–12.00, czwartek: 12.00–15.00;
piątek: nieczynna
tel. 42 639 92 76

W NUMERZE:

SERWIS INFORMACYJNY 2

PRAKTYKA ZAWODOWA 15

PODZIĘKOWANIA 17

SZKOLENIA, KURSY, KONFERENCJE 18

POŻEGNANIA 24

Wydawca: Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Łodzi

Adres redakcji: 91-762 Łódź, ul. Emilii Plater 34

tel. 42 633 69 63 w. 10; fax 42 633 68 74;

e-mail: biuletyn@oipp.lodz.pl

Redaktor Naczelny: mgr Joanna Gąsiorowska

Do użytku wewnętrznego. Otrzymują bezpłatnie członkowie OIPiP.

Redakcja zastrzega sobie prawo do skracania nadesłanych materiałów oraz zmiany tytułów, nie zwraca materiałów niezamówionych, nie ponosi odpowiedzialności za treść ogłoszeń.

ISSN: 1640-7679

Skład: OIPiP – Agnieszka Wypych

Nakład: 3700 egzemplarzy

Druk: BiK – M. Bernaciak, tel. 42 676 07 78, biuro@drukarnia-bik.pl

Z PRAC OKRĘGOWEJ RADY

**XXXVI posiedzenie Prezydium ORPiP
26 listopada 2014 r.**

- ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu pielęgniarki i dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek OIPIP w Łodzi – 5 pielęgniarek.
- ▶ Wpisano pielęgniarki do rejestru pielęgniarek OIPIP w Łodzi – 3 pielęgniarki.
- ▶ Wpisano położną do rejestru położnych OIPIP w Łodzi – 1 położną.
- ▶ Wykreślono pielęgniarkę z rejestru pielęgniarek OIPIP w Łodzi – 1 pielęgniarkę.
- ▶ Wydano nowy dokument zaświadczenia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki – 1 pielęgniarkowi.
- ▶ Skierowano na przeszkolenie po przerwie w wykonywaniu zawodu pielęgniarek – 1 pielęgniarkę, zgodnie z Uchwałą Nr 1283/VI ORPiP z dnia 14.10.2014 r. w sprawie przyjęcia Programu przeszkolenia, sposobu i trybu odbywania oraz zaliczenia przeszkolenia przez pielęgniarkę lub położną, które nie wykonują zawodu łącznie przez okres dłuższy niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat.
- ▶ Dokonano wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek i położnych OIPIP w Łodzi – 9 praktyk pielęgniarek wykonywanych w przedsiębiorstwie.
- ▶ Dokonano wykreślenia z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek i położnych OIPIP w Łodzi – 1 praktyki pielęgniarki.
- ▶ Dokonano 1 wpisu do rejestru organizatorów kształcenia OIPIP w Łodzi – realizowanie 1 kursu specjalistycznego.
- ▶ Przyznano dofinansowanie udziału w kształceniu podyplomowym pielęgniarek i położnych w: szkoleniach specjalistycznych – 34 osobom, kursie kwalifikacyjnym – 9 osobom, kursie specjalistycznym – 3 osobom.
- ▶ Przyznano 1 zapomogę w wysokości 2000 zł i odmówiono 1 osobie przyznania zapomogi, ze względów regulaminowych – brak udokumentowania sytuacji losowej dotyczącej członka samorządu.
- ▶ Zatwierdzono:
 - koszty szkolenia dla Komisji opieki paliatywno-hospicyjnej OIPIP w Łodzi.
 - honoraria dla 3 autorów artykułów opublikowanych w Biuletynie OIPIP Nr 11/2014.
 - kadre dydaktyczną dla 6 szkoleń specjalistycznych i 2 kursów kwalifikacyjnych organizowanych i finansowanych z budżetu OIPIP w Łodzi i Ministra Zdrowia.

- ▶ Wytypowano przedstawiciela ORPiP do komisji kwalifikacyjnej i egzaminacyjnej dla 1 kursu specjalistycznego odbywający się u organizatora kształcenia podyplomowego w Łodzi.
- ▶ Powołano przedstawicieli ORPiP do składu osobowego komisji konkursowych na stanowisko kierownicze w podmiotach leczniczych – 16 pielęgniarek oddziałowych w 2 podmiotach leczniczych i 5 ordynatorów w 1 podmiocie leczniczym.

**XXXIII posiedzenie ORPiP
10 grudnia 2014 r.**

- ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu pielęgniarki i dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek OIPIP w Łodzi – 7 pielęgniarek.
- ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu położnej i dokonano wpisu do rejestru położnych OIPIP w Łodzi – 6 położnych.
- ▶ Wpisano pielęgniarki do rejestru pielęgniarek OIPIP w Łodzi – 4 pielęgniarki.
- ▶ Wykreślono pielęgniarki z rejestru pielęgniarek OIPIP w Łodzi – 4 pielęgniarki.
- ▶ Wykreślono położną z rejestru położnych OIPIP w Łodzi – 1 położną.
- ▶ Wydano nowy dokument zaświadczenia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki – 3 pielęgniarkom.
- ▶ Wydano nowy dokument zaświadczenia prawa wykonywania zawodu położnej – 1 położnej.
- ▶ Dokonano wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek i położnych OIPIP w Łodzi – 6 praktyk pielęgniarek i 4 praktyki położnych wykonywanych w przedsiębiorstwach.
- ▶ Dokonano wykreślenia z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek OIPIP w Łodzi – 1 praktykę pielęgniarki.
- ▶ Dokonano zmiany we wpisie w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek OIPIP w Łodzi – 1 praktyki pielęgniarki.
- ▶ Zatwierdzono koszty indywidualnych wezwań członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi, którzy nie wykonują corocznego obowiązku przedkładania aktualnej polisy OC wymaganej przy wykonywaniu zawodu pielęgniarki i położnej w ramach działalności gospodarczej, pod rygorem wyciągnięcia konsekwencji prawnych.
- ▶ Uwaga! Przypominamy ponownie, iż pielęgniarki i położne wykonujące zawód w ramach działalności gospodarczej – wpisane w rejestrze wykonujących działalność leczniczą OIPIP, mają obowiązek corocznego przedkładania aktualnej polisy OC. Wobec osób, które nie dopełnią powyższego obowiązku nakłada na OIPIP obowiązek wyciągnięcia konsekwencji prawnych.
- ▶ Dokonano wpisu w rejestrze organizatorów kształcenia OIPIP w Łodzi – 1 wpis na realizację kursu specjalistycznego w zakresie

„Wykonania i interpretacji zapisu elektrokardiograficznego (Nr 03/07)”, program dla pielęgniarek i położnych.

- ▶ Przyznano 1 zapomogę, w wysokości 1500 zł i odmówiono 1 osobie przyznania zapomogi, ze względów regulaminowych – brak udokumentowania sytuacji losowej dotyczącej członka samorządu.
- ▶ Przyznano dofinansowanie udziału w kształceniu podyplomowym pielęgniarek i położnych w: szkoleniach specjalistycznych – 82 osobom, kursach kwalifikacyjnych – 7 osobom, kursie specjalistycznym – 1 osobie, konferencji – 2 osobom.
- ▶ Odmówiono 3 osobom przyznania dofinansowania, ze względów regulaminowych – brak regularnego opłacania składek członkowskich, kursy organizowane i finansowane z budżetu OIPIP w Łodzi w 2014 roku. Utrzymano 15 decyzji odmownych w mocy, iż wskazane kursy są organizowane i finansowane z budżetu OIPIP w Łodzi w 2014 roku – zgodnie z przyjętym i opublikowanym planem kursów i szkoleń na rok 2014.
- ▶ Zatwierdzono:
 - zmiany w planie szkoleń i kursów organizowanych i finansowanych z budżetu OIPIP w Łodzi w 2015 roku – uzupełniony plan w zakresie szkoleń specjalistycznych i kursów specjalistycznych organizowanych w zakładach, zamieszczony: na stronie internetowej OIPIP w Łodzi w zakładce kształcenie podyplomowe, dostępny w biurze OIPIP oraz publikujemy w niniejszym numerze Biuletynu na s. 10.

Uwaga! Przypominamy, iż udział w szkoleniach i kursach organizowanych, które organizuje OIPIP w Łodzi w 2015 r., w innych podmiotach, nie jest dofinansowany przez OIPIP w Łodzi – § 1 ust. 3 Uchwały Nr 862/VI ORPiP z dnia 08.10.2013 r. w sprawie zasad dofinansowania udziału członków samorządu w różnych formach kształcenia podyplomowego i doskonalenia zawodowego (ze zm.)

- kontynuację ubezpieczenia członków OIPIP w Łodzi od odpowiedzialności cywilnej w związku z wykonywaniem zawodu pielęgniarki/pielęgniarka i położnej/położnego na rok 2015 w firmie ubezpieczeniowej – Towarzystwie Ubezpieczeń

Inter Polska S.A. oraz wynegocjowano korzystne warunki na zawarcie ubezpieczenia przez pielęgniarki/pielęgniarkę i położne prowadzące działalności gospodarczą z firmą Ubezpieczeniową – PZU S.A. – szczegółowe warunki ubezpieczeń na 2015 r. zamieszczony na stronie internetowej OIPIP w Łodzi, dostępny w biurze OIPIP oraz publikujemy w niniejszym numerze Biuletynu na s. 4

- sfinansowanie dodatkowo z budżetu OIPIP siedemnastu pielęgniarkom i położnym, koszty udziału w specjalistycznym w dziedzinie Pielęgniarstwa neonatologicznego, program dla pielęgniarek i położnych, organizowanym przez OIPIP w Łodzi.
- podpisanie porozumienia pomiędzy OIPIP w Łodzi, OIPIP Ziemi Sieradzkiej w Sieradzu i Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Pielęgniarek i Położnych Regionu Łódzkiego w Łodzi o współpracy w sprawie działania na rzecz poprawy sytuacji zawodowej pielęgniarek i położnych województwa łódzkiego.
- koszty: wymiany kolejnych dwudziestu jeden okien na salach wykładowych na 1 piętrze, zakupu jednego laptopa i dwóch AOC monitorów LED, celem uzupełnienia wyposażenia w salach wykładowych OIPIP oraz kuchenki mikrofalowej dla uczestników kursów i szkoleń.
- koszty zawarcia umowy na dostarczenie Internetu CTE z operatorem GSM wraz z zakupem rutera oraz urządzenia wielofunkcyjnego do obsługi prowadzonej działalności OIPIP.
- kadre dydaktyczną dla 3 kursów kwalifikacyjnych organizowanych i finansowanych z budżetu OIPIP w Łodzi w zakładach oraz w OIPIP.
- wyrażono zgodę na udział 3 pielęgniarek w 2 kursach specjalistycznych i 1 kursie kwalifikacyjnym organizowanych i finansowanych z budżetu OIPIP w Łodzi, pod warunkiem wolnych miejsc w poszczególnych edycjach kursów.

oprac. mgr Maria Kowalczyk
Sekretarz ORPiP



Z okazji Nowego Roku życzymy wszystkim Koleżankom i Kolegom nieprzemijającego szczęścia, wielkiej miłości oraz wytrwałości w stawianiu czoła codziennym wyzwaniom. Aby nadchodzący 2015 rok był pełen wielu sukcesów, odważnych marzeń, w życiu zawodowym i prywatnym

życzy
Zarząd Oddziału Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego



TU INTER POLSKA S.A.
Al. Jerozolimskie 172, 02-486 Warszawa
tel. 22 333 75 00, fax: 22 333 75 01
infolinia: 801 188 880
interpolska@interpolska.pl
www.interpolska.pl

PROGRAM DOBROWOLNYCH UBEZPIECZEŃ członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi na rok 2015

I. Ubezpieczenie w formie grupowej bezimiennej, za które składka opłacana jest przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Łodzi ze składek członkowskich

SUMA UBEZPIECZENIA: 7.500 ,00 EURO

Ubezpieczeniem objęta jest odpowiedzialność cywilna w związku z wykonywaniem zawodu, bez względu na czas i miejsce oraz istnienie stosunku pracy.

Zakres ochrony ubezpieczeniowej:

odpowiedzialność cywilna:

- deliktowa, kontraktowa,
- pracownicza regresowa,
- za szkody związane z posiadanym mieniem (wyposażenie gabinetu),
- odpowiedzialność o charakterze organizacyjnym i porządkowym w związku z wykonywanym zawodem,
- wynikłe z przeniesienia wirusa HIV, HBV i innych chorób zakaźnych,
- oraz szkody wyrządzone osobom bliskim związane z udzielaniem tym osobom nagłej pomocy.

Zakresem ubezpieczenia objęte są szkody spowodowane nieumyślnie, w tym skutek rażącego niedbalstwa Ubezpieczonego. Zakresem ubezpieczenia objęte są szkody wyrządzone osobom trzecim w związku z niezawodowym udzielaniem świadczeń zdrowotnych (w tym szkody wynikłe ze świadczeń wykonywanych bezpłatnie sąsiadom, w ramach wolontariatu, akcje organizowane przez Izbę i nie tylko, itp.).

Za szkodę osobową rozumie się – szkodę będącą następstwem zdarzenia powstałego w okresie ubezpieczenia, polegająca na uszkodzeniu ciała, wywołaniu rozstroju zdrowia lub spowodowaniu śmierci oraz powstałych w wyniku tego utraconych korzyściach.

gająca na uszkodzeniu ciała, wywołaniu rozstroju zdrowia lub spowodowaniu śmierci oraz powstałych w wyniku tego utraconych korzyściach.

Za szkodę rzeczową rozumie się – szkodę będącą następstwem zdarzenia powstałego w okresie ubezpieczenia, polegająca na uszkodzeniu, zniszczeniu lub utracie mienia oraz powstałych w wyniku tego utraconych korzyściach.

Zakres terytorialny: Polska

Udział własny zniesiony

Klauzula dodatkowa:

Włącza się szkody powstałe przy wykonywaniu przez Ubezpieczonego funkcji o charakterze administracyjnym i organizacyjnym, związanym z zarządzaniem praktyką pielęgniarską.

1. Z zachowaniem pozostałych, nie zmienionych niniejszą klauzulą postanowień umowy ubezpieczenia określonych w OWU, strony postanowiły rozszerzyć zakres ubezpieczenia o szkody powstałe przy wykonywaniu przez Ubezpieczonego funkcji o charakterze administracyjnym i organizacyjnym związanych z zarządzaniem praktyką pielęgniarską.

2. Na potrzeby niniejszej klauzuli przez praktykę pielęgniarską rozumie się indywidualną lub grupową praktykę pielęgniarską lub położniczą, o charakterze ogólnym lub specjalistycznym.

Zakres ubezpieczenia nie obejmuje szkód:

- wyrządzonych wskutek umyślnego przekroczenia posiadanych kompetencji i pełnomocnictw,
- wynikających z przedsięwzięć niezwiązanych z działalnością określoną w umowie ubezpieczenia,
- popełnionych po ogłoszeniu postępowania upadłościowego likwidacyjnego lub ugodowego w podmiocie leczniczym wskazanym w umowie ubezpieczenia,
- powstałych w wyniku umownego rozszerzenia odpowiedzialności cywilnej Ubezpieczonego,

- poniesionym przez przedsiębiorstwa powiązane finansowo z praktyką pielęgniarską, wskazaną w umowie ubezpieczenia.

Trigger: Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje roszczenia dotyczące szkód powstałych ze zdarzeń zaistniałych w okresie trwania ubezpieczenia, choćby poszkodowani (uprawnieni) zgłosili je po tym okresie, jednakże przed upływem terminu przedawnienia.

II. Rozszerzenie programu dla członków Izby

Składka opłacana indywidualnie

Wszystkie ubezpieczenia dodatkowe ubezpiecza się na okres 12 miesięcy. Składka płatna jednorazowo.

1. Dobrowolne ubezpieczenie OC osób wykonujących zawód medyczny z rozszerzeniem o HIV, HBV i inne choroby zakaźne

odpowiedzialność związana z wykonywaniem zawodu oraz udzielaniem pierwszej pomocy

Składka roczna uzależniona jest od wysokości wybranej sumy gwarancyjnej oraz rodzaju wykonywanych świadczeń zdrowotnych:

Wariant I – pielęgniarka i położna bez przyjmowania porodów
Wariant II – pielęgniarka na bloku operacyjnym i położna z przyjmowaniem porodów

SUMA UBEZPIECZENIA	SKŁADKA ROCZNA
50.000 EURO	
Wariant I	93,00 zł
Wariant II	121,00 zł
60.000,00 EURO	
Wariant I	99,00 zł
Wariant II	129,00 zł

Ubezpieczeniem objęta jest odpowiedzialność cywilna w związku z wykonywaniem zawodu, bez względu na czas i miejsce oraz istnienie stosunku pracy.

Zakres ochrony ubezpieczeniowej:

odpowiedzialność cywilna:

- deliktowa, kontraktowa,
- pracownicza regresowa,
- za szkody związane z posiadanym mieniem (wyposażenie gabinetu),
- odpowiedzialność o charakterze organizacyjnym i porządkowym w związku z wykonywanym zawodem,
- wynikłe z przeniesienia wirusa HIV, WZW i innych chorób zakaźnych,

- oraz szkody wyrządzone osobom bliskim związane z udzielaniem tym osobom nagłej pomocy, o ile inna pomoc nie mogła być udzielona.

Zakresem ubezpieczenia objęte są szkody spowodowane nieumyślnie, w tym wskutek rażącego niedbalstwa Ubezpieczającego/Ubezpieczonego.

Zakresem ubezpieczenia objęte są szkody wyrządzone osobom trzecim w związku z niezawodowym udzielaniem świadczeń zdrowotnych (w tym szkody wynikłe ze świadczeń wykonywanych bezpłatnie sąsiadom, w ramach wolontariatu, akcje organizowane przez Izbę i nie tylko, itp.).

Za szkodę osobową rozumie się – szkodę będącą następstwem zdarzenia powstałego w okresie ubezpieczenia, polegająca na uszkodzeniu ciała, wywołaniu rozstroju zdrowia lub spowodowaniu śmierci oraz powstałych w wyniku tego utraconych korzyściach.

Za szkodę rzeczową rozumie się – szkodę będącą następstwem zdarzenia powstałego w okresie ubezpieczenia, polegająca na uszkodzeniu, zniszczeniu lub utracie mienia oraz powstałych w wyniku tego utraconych korzyściach.

Zakres terytorialny: Polska

Udział własny zniesiony

Trigger: Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje roszczenia dotyczące szkód powstałych ze zdarzeń zaistniałych w okresie trwania ubezpieczenia, choćby poszkodowani (uprawnieni) zgłosili je po tym okresie, jednakże przed upływem terminu przedawnienia.

Dodatkowe klauzule – jak opisane w pkt. I. Ubezpieczenie w formie grupowej bezimiennej

2. Ubezpieczenie ochrony prawnej

Ubezpieczenie zapewnia pielęgniarkom ochronę prawną:

- przy dochodzeniu odszkodowań przez osobę wykonującą zawód medyczny z tytułu czynów niedozwolonych, których następstwem jest szkoda osobowa albo majątkowa,
- przed dochodzeniem odszkodowań skierowanych przeciwko osobie wykonującej zawód medyczny z tytułu czynów niedozwolonych, których następstwem jest szkoda osobowa lub majątkowa, wynikająca z działania lub zaniechania w związku z wykonywaniem zawodu medycznego,
- umów w życiu prywatnym, jako obronę interesów prawnych osoby wykonującej zawód medyczny z tytułu umów o charakterze zobowiązaniowym w życiu prywatnym,
- umów związanych z pojazdem mechanicznym,
- w sprawach karnych w życiu prywatnym i zawodowym,
- w sprawach karnych oraz w sprawach o wykroczeniu w komunikacji,
- w zakresie prawa pracy i ubezpieczeń społecznych.

Zakres ochrony obejmuje:

- ubezpieczenie kosztów ochrony prawnej, Wariant A, B, C.
- Telefoniczną Asystę Prawną, obejmującą porady prawne, a w wariantach B i C również pisemne opinie prawne.

Proponowane Warianty Ochrony

1. Wariant A – Praca (Ochrona Prawna w życiu zawodowym)

- Ochrona Prawna przed dochodzeniem odszkodowań skierowanych przeciwko osobie wykonującej zawód medyczny
- Ochrona Prawna w sprawach karnych w życiu zawodowym
- Telefoniczna Asysta Prawna

2. Wariant B – Praca i Auto (Ochrona Prawna w życiu zawodowym i w ruchu drogowym)

Wszystkie świadczenia zawarte w wariantach A, a także dodatkowo ochrona prawna:

- Umów związanych z pojazdem mechanicznym
- W sprawach karnych oraz w sprawach o wykroczeniu w komunikacji
- Przy dochodzeniu odszkodowań przez osoby wykonujące zawód medyczny

3. Wariant C – Praca, Rodzina i Auto (Ochrona Prawna w życiu zawodowym, prywatnym i w ruchu drogowym)

Wszystkie świadczenia zawarte w wariantach A i B, obejmujące ochroną nie tylko osobę wykonującą zawód medyczny, ale także małżonka/ę osoby wykonującej zawód medyczny.

Dodatkowo świadczenia rozszerzono o ochronę prawną:

- Przed dochodzeniem odszkodowań skierowanych przeciwko osobie wykonującej zawód medyczny
- Umów (ogólną)
- W sprawach karnych w życiu prywatnym i zawodowym
- Prawa pracy
- Ubezpieczeń społecznych

WARIANT	SUMA UBEZPIECZENIA	SKŁADKA
A	25.000 zł	62,00 zł
B	50.000 zł	98,00 zł
C	50.000 zł	152,00 zł

3. Ubezpieczenie na wypadek zakażenia się wirusem HIV/WZW

Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje zwrot kosztów poniesionych na:

- badanie na obecność wirusów HIV i WZW, do kwoty 1500 zł na wszystkie badania

- zakup leków antyretrowirusowych HIV, do kwoty 3000 zł
- jednorazowe świadczenie z tytułu zakażenia wirusem WZW – 10 000 zł
- jednorazowe świadczenie z tytułu zakażenia wirusem HIV poniżej:
20 000 zł – składka 80 zł
50 000 zł – składka 87 zł
100 000 zł – składka 95 zł

III. Zniżki w ubezpieczeniach życia prywatnego

- ubezpieczenie mieszkań/domów Inter Lokum – 35% zniżki
- ubezpieczenia podróżne Inter Tour – 35% zniżki
- pozostałe ubezpieczenia majątkowe Inter Partner – 35% zniżki

Zawarcie ubezpieczenia

W celu zawarcia ubezpieczenia prosimy o wypełnienie wniosku załączonego na stronie internetowej www.merydian.pl w załączce program OIPiP w Łodzi i odesłanie:

- na fax: 42 637 77 99
- e-mail: t.gabryelak@merydian.pl

lub kontakt z:

- „Merydian” Brokerski Dom Ubezpieczeniowy S.A.,
90-456 Łódź
ul. Piotrkowska 233
tel. 042 637 77 96–98

- Tadeusz Gabryelak
tel. 042 637 77 96–98, fax 042 637 77 99
tel. kom. 602-129-552

- Michał Binkowski
tel. 042 637 77 96 - 98, fax 042 637 77 99
tel. kom. 797-595-398

lub z jednym z Agentów T.U. Inter Polska S.A.:

- Łódź – Agnieszka Kriz
Biuro Inwestycyjno Ubezpieczeniowe Certus
ul. Ciołkowskiego 12b tel. 602 357 955
e-mail: agnieszka.kriz@certus24.pl

- Pabianice – Agencja Ubezpieczeniowa Tadeusz Piech
ul. Łaska 84 m. 20
tel. 606 258 633
e-mail: taddy@tlen.pl



PZU S.A.

al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa,

NIP: 526-025-10-49; KRS 0000009831

Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy w Warszawie

XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego

Wysokość kapitału zakładowego: 86 352 300 zł, kapitał wpłacony w całości.

PROGRAM OBOWIĄZKOWEGO UBEZPIECZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ dla członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi na 2015 r.

Dedykowany pielęgniarkom lub położnym wykonującym działalność leczniczą w formie:

- jednoosobowej działalności gospodarczej jako: indywidualna praktyka pielęgniarki lub położnej, indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarki lub położnej, indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarki lub położnej wyłącznie w miejscu wezwania, indywidualna praktyka pielęgniarki lub położnej wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem lub indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarki lub położnej wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem
- spółki cywilnej, spółki jawnej albo spółki partnerskiej jako grupowa praktyka pielęgniarek lub położnych.

I. Obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą

na podstawie Rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. (Dz. U. Nr 293, poz. 1729).

Zgodnie § 2. 1. ww. rozporządzenia ubezpieczeniem OC jest objęta odpowiedzialność cywilna podmiotu wykonującego działalność leczniczą na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej za szkody, o których mowa w § 1, wyrządzone działaniem lub zaniechaniem ubezpieczonego, które miało miejsce w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej.

Ubezpieczenie OC nie obejmuje szkód:

- 1) wyrządzonych przez podmiot wykonujący działalność leczniczą po pozbawieniu lub w okresie zawieszenia prawa do prowadzenia działalności leczniczej;
- 2) polegających na uszkodzeniu, zniszczeniu lub utracie rzeczy;
- 3) polegających na zapłacie kar umownych;
- 4) powstałych wskutek działań wojennych, stanu wojennego, rozruchów i zamieszek, a także aktów terroru.

Ubezpieczenie OC obejmuje szkody będące następstwem zabiegów chirurgii plastycznej lub zabiegów kosmetycznych, jeśli są udzielane w przypadkach będących następstwem wady wrodzonej, urazu, choroby lub następstwem jej leczenia.

SUMA GWARANCYJNA:

30.000 euro w odniesieniu do jednego zdarzenia oraz

150.000 euro w odniesieniu do wszystkich zdarzeń, których skutki są objęte umową ubezpieczenia OC

Składka roczna 55 zł

Składka (zawierająca zniżkę) możliwa do zastosowania pod warunkiem bezszkodowego przebiegu ubezpieczeń u poszczególnych ubezpieczonych.

Okres ubezpieczenia: roczny

II. Ubezpieczenie dobrowolne podwyższające wysokość sumy gwarancyjnej klauzulą nadwyżkową

na podstawie ogólnych warunkach ubezpieczenia: dobrowolne ubezpieczenie Odpowiedzialności Cywilnej Pielęgniarek na podstawie OWU odpowiedzialności cywilnej podmiotów leczniczych, osób wykonujących zawód lekarza, pielęgniarki oraz inny zawód medyczny dla klienta indywidualnego, małego i średniego przedsiębiorcy ustalone uchwałą nr UZ/420/2011 z dnia 27 grudnia 2011 r. Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń Spółki Akcyjnej.

Przedmiotem ubezpieczenia jest odpowiedzialność cywilna ubezpieczonego za szkody wyrządzone osobie trzeciej w następstwie udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych w związku z wykonywaniem przez ubezpieczonego działalności leczniczej lub wykonywaniem zawodu pielęgniarki.

Zakres podstawowy

W zakresie podstawowym – PZU SA udziela ochrony ubezpieczeniowej z tytułu odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przez ubezpieczonego, który podlega obowiązkowemu ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej w zakresie:

- nie objętym tym obowiązkowym ubezpieczeniem odpowiedzialności cywilnej,
- objętym tym obowiązkowym ubezpieczeniem odpowiedzialności cywilnej, jednak wyłącznie w zakresie szkód, które nie mogą być zaspokojone z tytułu tego obowiązkowego

ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej z powodu wyczerpania sumy gwarancyjnej (ubezpieczenie nadwyżkowe).

PZU SA udziela ochrony ubezpieczeniowej w granicach odpowiedzialności ustawowej ubezpieczonego z tytułu czynu niedozwolonego (odpowiedzialność deliktowa) lub z tytułu niewykonania lub nienależytego wykonania zobowiązania (odpowiedzialność kontraktowa).

Ochroną ubezpieczeniową objęte są także szkody wyrządzone w wyniku rażącego niedbalstwa.

Warunkiem odpowiedzialności PZU SA jest zajście wypadku ubezpieczeniowego w okresie ubezpieczenia (niezależnie od momentu powstania lub ujawnienia się szkody) oraz zgłoszenie roszczenia z tego tytułu przed upływem terminu przedawnienia.

Trigger – act committed. – Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje roszczenia dotyczące szkód powstałych ze zdarzeń zaistniałych w okresie trwania ubezpieczenia, choćby poszkodowani (uprawnieni) zgłosili je po tym okresie, jednakże przed upływem terminu przedawnienia.

Ubezpieczeniem objęta jest odpowiedzialność cywilna ubezpieczonego za szkody będące następstwem wypadku ubezpieczeniowego, który zaszedł na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, chyba że umówiono się inaczej.

PZU SA udziela ochrony ubezpieczeniowej w granicach odpowiedzialności cywilnej ubezpieczonego, określonej przepisami prawa polskiego. Zasada ta ma zastosowanie także w przypadku rozszerzenia odpowiedzialności PZU SA o szkody będące następstwem wypadku ubezpieczeniowego, który zaszedł poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

Klauzula prolongaty

Brak wpłaty przez Ubezpieczającego składki lub pierwszej raty w terminie przewidzianym w umowie ubezpieczenia, nie powoduje wygaśnięcia (rozwiązania) umowy, ani zawieszenia udzielanej ochrony ubezpieczeniowej i nie może być podstawą do wypowiedzenia przez Ubezpieczyciela umowy ze skutkiem natychmiastowym. W sytuacji braku opłaty składki lub raty składki Ubezpieczyciel zobowiązany jest wyznaczyć Ubezpieczającemu na piśmie dodatkowy, co najmniej 7 dniowy, termin do zapłaty składki (raty). W przypadku nie dokonania wpłaty w wyznaczonym terminie, Ubezpieczyciel może wypowiedzieć umowę ubezpieczenia ze skutkiem natychmiastowym.

SUMA GWARANCYJNA	SKŁADKA ROCZNA
100.000 zł	35 zł
250.000 zł	76 zł
500.000 zł	111 zł
750.000 zł	135 zł
1.000.000 zł	161 zł

Składki (zawierająca zniżkę) możliwe do zastosowania pod warunkiem bezszkodowego przebiegu ubezpieczeń u poszczególnych ubezpieczonych. Nie mają zastosowania zniżki wynikające z taryfy składek.

Zakres podstawowy ochrony ubezpieczeniowej może zostać rozszerzony za zapłatą dodatkowej składki w wysokości 60% składki podstawowej przez włączenie odpowiedniej klauzuli Nr 3AM:

o rozszerzenie zakresu terytorialnego odpowiedzialności o szkody wyrządzone przez pielęgniarkę /położną, będące następstwem wypadków ubezpieczeniowych, które zaszyły na terenie państw Unii Europejskiej oraz Chorwacji, Islandii, Norwegii i Szwajcarii.

1. Z zachowaniem pozostałych nie zmienionych niniejszą klauzulą postanowień OWU, strony postanowiły rozszerzyć zakres ubezpieczenia o odpowiedzialność cywilną pielęgniarki za szkody będące następstwem wypadków ubezpieczeniowych, które zaszyły na terenie państw Unii Europejskiej oraz Chorwacji, Islandii, Norwegii i Szwajcarii.

2. Ubezpieczenie obejmuje wyłącznie szkody będące następstwem:

- udzielania pierwszej niezbędnej pomocy medycznej w przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki, o ile nie jest ona udzielana w ramach świadczenia usług medycznych niezależnie od podstawy ich wykonywania,
- działań medycznych podejmowanych w ramach stażu, praktycznej nauki zawodu, delegacji służbowej, udziału w konferencjach naukowych.

Limit dla klauzuli – do 500.000 zł.

Brak zgody na rozszerzenie odpowiedzialności o zagranicę w przypadku zawodowego udzielania świadczeń – każdy przypadek może być rozpatrywany indywidualnie po dokonaniu oceny ryzyka.

Zawarcie ubezpieczenia

W celu zawarcia ubezpieczenia prosimy o wypełnienie wniosku załączonego na stronie www.merydian.pl w zakładce program OIPiP w Łodzi i odesłanie na fax: 42 637 77 99 lub e-mail: t.gabryelak@merydian.pl lub kontakt z:

• „Merydian” Brokerski Dom Ubezpieczeniowy S.A.,
90-456 Łódź ul. Piotrkowska 233 tel. 042 637 77 96–98,
lub

• Tadeusz Gabryelak
tel. 042 637 77 96–98, fax 042 637 77 99
tel. kom. 602-129-552
lub

• Michał Binkowski
tel. 042 637 77 96–98, fax 042 637 77 99
tel. kom. 797-595-398

Planowany harmonogram posiedzeń i spotkań na 2015 r.

Nazwa organu, komisji	Godzina	Styczeń	Luty	Marzec	Kwiecień	Maj	Czerwiec	Lipiec	Sierpień	Wrzesień	Październik	Listopad	Grudzień
ORPiP (2 wtorki m-ca)	10.00	13	10	10	9 (2 czw.)	12	9	-	-	8	6 (1 wt.)		
Prezydium ORPiP (4 środy m-ca)	13.00	28	25	25	22	27	24	15 (3 śr.)	12 (2 śr.)	23	21 (3 śr.)		
Pełnomocnicy (3 wtorki m-ca)	11.30	20	17	17	21	19	16	-	-	15	20		
Kadra Kierownicza (3 środy, co 2 m-ce)	13.00	-	18	-	22	-	17	-	-	16	-		
Komisja socjalna (3 środy m-ca)	14.30	21	18	18	15	20	17	-	-	16	14 (2 śr.)	18	
Komisja prawa i legislacji (wg potrzeb)	15.00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Komisja położnych (ostatnie wtorki m-ca)	15.00	27	24	31	28	26	30	-	-	29	27	24	
Komisja pielęgniarek rodzinnych (3 wtorki m-ca)	14.00	20	17	17	21	19	16	-	-	15	20	17	
Komisja pielęgniarek epidemiologicznych (ostatnie czwartki m-ca)	12.00	29	26	26	-	28	25	-	-	24	29	26	
Komisja pielęgniarek psychiatrycznych (zawieszona)	16.00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Komisja medycyny szkolnej (3 wtorki m-ca)	13.30	20	-	17	-	19	-	-	-	15	-	17	
Komisja opieki paliatywno-hospicyjnej (1 czwartki m-ca)	14.30	-	-	5	-	-	11	-	-	3	-	-	
Komisja opieki długoterminowej (3 wtorki m-ca)	14.00	20	17	17	21	19	16	-	-	15	20	17	
Komisja kształcenia, promocji i rozwoju zawodu (1 czwartki m-ca)	15.30	8	5	5	2	7	11	-	-	3	1	5	
Komisja warunków pracy i zatrudnienia (3 poniedziałki)	13.00	19	16	16	20	18	15	-	-	21	19	16	
Zespół ds. Pielęgniarstwa w zakresie endoskopii (wtorki)	16.00	13	-	17	-	-	16	-	-	22	-	24	
Koło emerytowanych pielęgniarek i położnych (1 poniedziałki m-ca)	11.00	5	2	2	13	4	1	-	-	7	5	2	7
Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie w Łodzi	16.00	-	4	-	7	-	2	-	-	9	-	10	16
Okręgowe Zjazdy Pielęgniarek i Położnych w Łodzi	9.00	-	27.02.15 lub 06.03.15	-	-	-	-	-	-	-	27- 28.10.15 (wt.-śr.)	-	-

Plan szkoleń i kursów organizowanych przez OIPiP w Łodzi rozpoczynających się w roku 2015

Stan na dzień 10.12.2014 r.

I. Kursy kwalifikacyjne w dziedzinie

- Pielęgniarstwa rodzinnego**, program dla pielęgniarek, dwie edycje.
- Pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki**, program dla pielęgniarek, jedna edycja.
- Pielęgniarstwa opieki długoterminowej**, program dla pielęgniarek, jedna edycja.
- Pielęgniarstwa operacyjnego**, program dla pielęgniarek i położnych, jedna edycja.
- Pielęgniarstwa opieki paliatywnej**, program dla pielęgniarek, jedna edycja.
- Pielęgniarstwa nefrologicznego z dializoterapią**, program dla pielęgniarek, jedna edycja.
- Pielęgniarstwa psychiatrycznego**, program dla pielęgniarek, jedna edycja.
- Pielęgniarstwa onkologicznego**, program dla pielęgniarek, jedna edycja.
- Organizacja i zarządzanie**, program dla pielęgniarek i położnych, jedna edycja.
- Pielęgniarstwa rodzinnego**, program dla położnych, jedna edycja.
- Pielęgniarstwa epidemiologicznego**, program dla pielęgniarek i położnych, jedna edycja.
- Pielęgniarstwa kardiologicznego**, program dla pielęgniarek, jedna edycja.
- Pielęgniarstwa chirurgicznego**, program dla pielęgniarek, jedna edycja.
- Pielęgniarstwa w ochronie zdrowia pracujących**, program dla pielęgniarek, jedna edycja.
- Pielęgniarstwa środowiska nauczania i wychowania**, program dla pielęgniarek, jedna edycja.
- Pielęgniarstwa neonatologicznego**, program dla pielęgniarek i położnych, jedna edycja.

II. Kursy specjalistyczne w zakresie

- Szczepienia ochronne (Nr 03/08)**, program dla pielęgniarek, dziewięć edycji, w tym:

- trzy edycje w OIPiP w Łodzi,
 - sześć edycji w zakładach:
- 1) SPZOZ w Wieluniu, ul. Szpitalna 16 – jedna edycja (z 2014 r.),
 - 2) SPZOZ w Łęczycy, ul. Zachodnia 6 – jedna edycja (z 2014 r.),
 - 3) wss im. M. Skłodowskiej-Curie w Zgierzu, ul. Parzęczewska 35 – dwie edycje,
 - 4) ssw im. M. Kopernika w Piotrkowie Trybunalskim, ul. Rakowska 15 – jedna edycja,
 - 5) SPZOZ w Wieluniu, ul. Szpitalna 16 – jedna edycja.
- Endoskopii**, program dla pielęgniarek, trzy edycje, w tym:
 - dwie edycje w OIPiP w Łodzi,
 - jedna edycja w zakładzie:
 - 1) SPZOZ Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 1 im. N. Barlickiego UM w Łodzi – 1 edycja.
 - Leczenie ran (Nr 11/07)**, program dla pielęgniarek, sześć edycji, w tym:
 - trzy edycje w OIPiP w Łodzi,
 - trzy edycje w zakładach:
 - 1) ZOZ w Łowiczu, ul. Ułańska 28 – 1 edycja (z 2014 r.),
 - 2) Kutnowski Szpital Samorządowy w Kutnie, ul. Kościuszki 52 – 1 edycja,
 - 3) SPZOZ Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 1 im. N. Barlickiego UM w Łodzi – 1 edycja.
 - Podstawy dializoterapii (Nr 08/07)**, program dla pielęgniarek, jedna edycja.
 - Wykonanie badania spirometrycznego**, program dla pielęgniarek, jedna edycja.
 - Wykonywanie i ocena testów skórnych**, program dla pielęgniarek, jedna edycja.
 - Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego (Nr 03/07)**, program dla pielęgniarek i położnych, dziewięć edycji, w tym:
 - cztery edycje w OIPiP w Łodzi,
 - piętnaście edycji w zakładach:
 - 1) ZOZ w Łowiczu, ul. Ułańska 28 – dwie edycje (z 2014 r.),
 - 2) SPZOZ w Łęczycy, ul. Zachodnia 6 – jedna edycja (z 2014 r.),
 - 3) PCZ w Brzezianach, ul. M. Skłodowskiej-Curie 6 – jedna edycja (z 2014 r.),
 - 4) CLCHPiP w Łodzi, ul. Okólna 181 – jedna edycja (z 2014 r.),
 - 5) SPZOZ USK Nr 1 im. Barlickiego UM w Łodzi, ul. Kopcińskiego 22 – jedna edycja (z 2014 r.),

- 6) Pabianickie Centrum Medyczne w Pabianicach, ul. Jana Pawła II 68 – jedna edycja,
- 7) wss im. M. Skłodowskiej-Curie w Zgierzu, ul. Parzęczewska 35 – trzy edycje,
- 8) ssw im. M. Kopernika w Piotrkowie Trybunalskim, ul. Rakowska 15 – jedna edycja,
- 9) Kutnowski Szpital Samorządowy w Kutnie, ul. Kościuszki 52 – jedna edycja,
- 10) SPZOZ w Wieluniu, ul. Szpitalna 16 – dwie edycje,
- 11) Szpital Powiatowy w Radomsku, ul. Jagiellońska 36 – jedna edycja.
- Resuscytacja krążeniowo-oddechowa (Nr 01/11)**, program dla pielęgniarek i położnych, dwadzieścia dziewięć edycji, w tym:
 - trzy edycje w Łodzi,
 - dwadzieścia sześć edycji w zakładach:
 - 1) Pabianickie Centrum Medyczne w Pabianicach, ul. Jana Pawła II 68 – dwie edycje (z 2014 r.),
 - 2) Instytut CZMP w Łodzi, ul. Rzgowska 281/289 – dwie edycje (z 2014 r.),
 - 3) SPZOZ w Łodzi, ul. Północna 42 – jedna edycja (z 2014 r.),
 - 4) SPZOZ w Łęczycy, ul. Zachodnia 6 – dwie edycje (z 2014 r.),
 - 5) ssw im. M. Kopernika w Piotrkowie Trybunalskim, ul. Rakowska 15 – jedna edycja (z 2014 r.),
 - 6) CLCHPiP w Łodzi, ul. Okólna 181 – jedna edycja (z 2014 r.),
 - 7) CLCHPiP w Tuszynie, ul. Szpitalna 5 – jedna edycja (z 2014 r.),
 - 8) SPZOZ USK Nr 1 im. Barlickiego UM w Łodzi, ul. Kopcińskiego 22 – jedna edycja (z 2014 r.),
 - 9) III Szpital Miejski im. K. Jonschera w Łodzi, ul. Milionowa 14 – cztery edycje, w tym dwie edycje (z 2014 r.)
 - 10) WSZ w Skierniewicach, ul. Rybickiego 1 – jedna edycja (z 2014 r.),
 - 11) Pabianickie Centrum Medyczne w Pabianicach, ul. Jana Pawła II 68 – jedna edycja,
 - 12) WSS im. M. Skłodowskiej-Curie w Zgierzu, ul. Parzęczewska 35 – dwie edycje,
 - 13) CLCHPiP w Łodzi, ul. Okólna 181 – jedna edycja,
 - 14) CLCHPiP w Tuszynie, ul. Szpitalna 5 – jedna edycja,
 - 15) ssw im. M. Kopernika w Piotrkowie Trybunalskim, ul. Rakowska 15 – jedna edycja,
 - 16) Kutnowski Szpital Samorządowy w Kutnie, ul. Kościuszki 52 – jedna edycja,
 - 17) SPZOZ w Wieluniu, ul. Szpitalna 16 – dwie edycje,
 - 18) Szpital Powiatowy w Radomsku, ul. Jagiellońska 36 – jedna edycja,
 - 19) SPZOZ Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 1 im. N. Barlickiego UM w Łodzi – jedna edycja,
 - 20) Centrum Medyczne Boruta Sp. z o.o. w Zgierzu, ul. A. Struga 2-4 – jedna edycja.
- Terapia bólu przewlekłego u dorosłych (Nr 06/07)**, program dla pielęgniarek i położnych, jedna edycja.

10. **Przygotowywanie i podawanie leków przeciwnowotworowych u dorosłych**, dla pielęgniarek i położnych, dwie edycje, w tym:

- jedna edycja w OIPiP w Łodzi,
 - jedna edycja w zakładzie:
- 1) SPZOZ Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 1 im. N. Barlickiego UM w Łodzi – jedna edycja.
- Leczenie ran (Nr 12/07)**, program dla położnych, jedna edycja.
 - Szczepienia ochronne u noworodków (Nr 04/08)**, program dla położnych, jedna edycja.
 - Wykonanie konikopunkcji, odbarczenie odmy przężnej oraz wykonanie dojścia doszpikowego (Nr 05/08)**, program dla pielęgniarek systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego, siedem edycji, w tym:
 - trzy edycje w Łodzi,
 - cztery edycje w zakładach:
 - 1) SPZOZ w Wieluniu, ul. Szpitalna 16 – dwie edycje (z 2014 r.),
 - 2) sw im. Jana Pawła II w Belchatowie, ul. Czaplinska 123 – dwie edycje (z 2014 r.).
 - Profilaktyka chorób piersi (Nr 07/07)**, program dla pielęgniarek, jedna edycja.
 - Poradnictwo w zakresie przygotowania rodziny do pełnienia funkcji prokreacyjnej**, program dla położnych, jedna edycja.
 - Edukator w cukrzycy (Nr 02/11)**, program dla pielęgniarek i położnych, cztery edycje, w tym:
 - trzy edycje w Łodzi,
 - jedna edycja w zakładach:
 - 1) Pabianickie Centrum Medyczne w Pabianicach, ul. Jana Pawła II 68 – jedna edycja.
 - Edukacja i wsparcie kobiet w okresie laktacji**, program dla położnych, jedna edycja.
 - Opieka pielęgniarska nad chorymi dorosłymi w leczeniu systemowym nowotworów, program dla pielęgniarek i położnych**, jedna edycja.
 - Resuscytacja krążeniowo-oddechowa noworodka (Nr 01/07)**, program dla pielęgniarek i położnych, cztery edycje.
 - Techniki ciągle pozaustrojowego oczyszczania krwi (Nr 03/10)**, program dla pielęgniarek, jedna edycja.

III. Kursy doształcające w zakresie:

- Obrzęk limfatyczny w chorobie nowotworowej**, program dla pielęgniarek i położnych, dwie edycje.
- Cewnikowanie chorych**, program dla pielęgniarek i położnych, dziewięć edycji, w tym:
 - dwie edycje w Łodzi,
 - siedem edycji w zakładach:
 - 1) CLCHPiP w Łodzi, ul. Okólna 181 – jedna edycja,

- 2) CLCHPIR w Tuszynie, ul. Szpitalna 5 – jedna edycja,
 3) SSW im M. Kopernika w Piotrkowie Trybunalskim, ul. Rakowska 15 – cztery edycje,
 4) Szpital Powiatowy w Radomsku, ul. Jagiellońska 36 – jedna edycja.
 3. **Długoterminowe dostępy naczyniowe – użytkowanie portów naczyniowych**, program dla pielęgniarek i położnych, dwie edycje.
 4. **Cewnikiwanie dzieci**, program dla pielęgniarek i położnych, dwie edycje.

IV. Warsztaty psychologiczne dla pielęgniarek i położnych – prowadzone w zakładach

– 10 godzin dydaktycznych warsztatów, grupa szkoleniowa 20 osób – piętnaście edycji z wybranych tematów:

1. **Radzenie sobie z emocjonalnym obciążeniem w pracy pielęgniarki – zarządzanie emocjami.**
2. **Psychologiczna obsługa klienta medycznego.**
3. **Techniki pracy pielęgniarki w kontakcie z trudnym pacjentem.**
4. **Radzenie sobie ze stresem oraz profilaktyka zespołu wypalenia.**
5. **Wzmacnianie poczucia wartości personelu medycznego.**
6. **Rozwój osobisty i zawodowy, czyli autoprezentacja w poruszaniu się po rynku pracy.**
7. **Psychologiczne zasady udzielania wsparcia pacjentom i radzenie sobie z obciążeniem emocjonalnym.**
8. **Efektywna współpraca w grupie zadaniowej.**

V. Szkolenie „Otwarty dialog” dla pielęgniarek i położnych – prowadzone w zakładach

Szkolenie z psychohigieny szerokiego spektrum sukcesu według projektu integracji państw UE w zakresie zależności pomiędzy grupą zawodową osób z doświadczeniem a osobami wchodzącymi do zawodu – 8 godzin dydaktycznych (6 h teoria + 2 h ćw. w 4 grupach × 5 osób), grupa szkoleniowa 20 osób – dwie edycje.

VI. Szkolenia specjalizacyjne w dziedzinie

10 edycji szkoleń specjalizacyjnych, w tym 6 w ramach umowy z Ministrem Zdrowia (MZ) w województwie łódzkim oraz 2 ze środków OIPiP w Łodzi (OIPiP) i 2 pozostawić w rezerwie (Rezerwa), w dziedzinie:

1. **Pielęgniarstwo onkologiczne**, program dla pielęgniarek – (MZ).
2. **Pielęgniarstwo rodzinne**, program dla położnych – (MZ).

3. **Pielęgniarstwo opieki paliatywnej**, program dla pielęgniarek – (MZ).
4. **Pielęgniarstwo geriatryczne**, program dla pielęgniarek – (MZ).
5. **Pielęgniarstwo ratunkowe**, program dla pielęgniarek – (MZ).
6. **Pielęgniarstwo operacyjne**, program dla pielęgniarek – 2 edycje (1 edycja OIPiP i 1 edycja MZ).
7. **Pielęgniarstwa kardiologicznego**, program dla pielęgniarek – (OIPiP).
8. **Pielęgniarstwo psychiatryczne**, program dla pielęgniarek – (Rezerwa).
9. **Pielęgniarstwo anestezjologiczne i intensywnej opieki**, program dla pielęgniarek – (Rezerwa).

WAŻNE

1. Osoby zainteresowane udziałem w powyższych kursach i szkoleniach proszone są o składanie kart zgłoszeń (oryginał), do biura OIPiP w Łodzi, ul. Emilii Plater 34. Druki dostępne w biurze i na stronie internetowej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych (www.oipp.lodz.pl/w_zakladce_ksztalcenie_podyplomowe).
2. Karty zgłoszeń należy składać do dnia 28 lutego 2015 r., jednak nie później niż na 30 dni przed planowanym terminem szkolenia, kursu tj. przed terminem posiedzenia komisji kwalifikacyjnej.
3. Wnioski nieczytelne, niekompletnie wypełnione, bez potwierdzonych składek systematycznie opłacanych minimum przez 2 lata przed terminem złożenia wniosku nie będą rozpatrywane!
4. Przypominamy, iż 1 raz w roku kalendarzowym można skorzystać z 1 wybranego kursu, szkolenia, które finansowane jest z budżetu Okręgowej Izby (Uchwała Nr 862/VI ORPiP ze zm.).
5. Kursy i szkolenia, na które wpłynęła zbyt mała liczba zgłoszeń lub ich brak nie będą realizowane.
6. Informacje na temat szczegółowych terminów kursów będziemy publikować w biuletynie, na stronie internetowej OIPiP oraz przekazywać na bieżąco pełnomocnikom zakładów.
7. Informacji dodatkowych udziela dział kształcenia podyplomowego OIPiP w Łodzi, pod numerem tel. 42 639 92 62, w godzinach pracy biura OIPiP.

Uwaga!

Przypominamy, iż udział w szkoleniach i kursach ujętych w niniejszym planie a organizowanych przez inne podmioty, nie podlega dofinansowaniu przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Łodzi – § 1 ust. 3 Uchwały Nr 862/VI ORPiP z dnia 08.10.2013 r. w sprawie zasad dofinansowania udziału członków samorządu w różnych formach kształcenia podyplomowego i doskonalenia zawodowego (ze zm.)

KARTE NALEŻY WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI KARTA Z NIECZYTELNYMI LUB NIEPEŁNYMI DANymi NIE PODLEGA KWALIFIKACJI

OKRĘGOWA IZBA PIELEŃNIAREK i POŁOŻNYCH
 w ŁODZI ul. EMILII PLATER 34

KARTA ZGŁOSZENIA

SPECJALIZACJA	**	KURS KWALIFIKACYJNY	**	KURS SPECJALISTYCZNY	**	KURS DOKSZTAŁCAJĄCY	**	POZOSTAŁE SZKOLENIA	**
---------------	----	---------------------	----	----------------------	----	---------------------	----	---------------------	----

Zakres/ dziedzina kształcenia	
Termin i miejsce	

Część I

Imię/imiona																			
Nazwisko																			

Imię ojca		Nazwisko rodowe	
Data urodzenia		Miejsce urodzenia	pesel

Adres zamieszkania		
Miejscowość:	ul.	Nr:
Kod pocztowy:	Poczta:	
nr tel. stacjon:	nr tel. komórk:	e-mail:
Adres do korespondencji:		

Część II

Rodzaj ukończonej szkoły pielęgniarzkiej/ położnej (*)		Uzyskany tytuł	
Rok uzyskania dyplomu pielęgniarzki/ położnej (*)	Zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu pielęgniarzki/ położnej (*)	Rok wydania	
		Wydane przez:	

Numer prawa wykonywania zawodu																			
Numer rejestru			-			-													

Część III

Miejsce pracy/ nazwa zakładu pracy				
kod	-	miejsceowość	ulica	Nr
Stanowisko w miejscu pracy/oddział				
Staż pracy ogółem		Staż pracy w dziedzinie kursu	Nr telefonu zakładu pracy/ e-mail:	

(*) niepotrzebne skreślić

(**) zaznacz właściwe krzyżykiem

stanowi „miłowy krok” w rozwoju oraz dalszej profesjonalizacji pielęgniarstwa. Wśród wydawanych obecnie w naszym kraju na szczególną uwagę zasługują dwa tytuły: wydawane od 1993 roku pod patronatem Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego „Problemy Pielęgniarstwa” oraz związane z Katedrą Rozwoju Pielęgniarstwa Uniwersytetu Medycznego w Lublinie „Pielęgniarstwo 21 wieku”. Natomiast wśród anglojęzycznych czasopism wyróżnia się wydawany przez British Medical Journal „Evidence Based Nursing”. Biorąc pod uwagę łatwą dostępność i upowszechnianie się Internetu w wielu placówkach ochrony zdrowia oraz ich stopniową informatyzację, w poszukiwaniu „dowodów naukowych” warto także odwiedzić medyczne bazy danych – Medline, Pubmed.

EBNP rozwiązuje problemy spotykane w praktyce przez personel pielęgniarstwa poprzez sześć następujących po sobie kroków:

1. Szacowanie potrzeby zmian w praktyce. Polega na zastanowieniu się nad swoją codzienną praktyką, kształtowaniu nawyku sprawdzania i kwestionowania zasadności podejmowanych interwencji. Pomocne w tym etapie może być stawianie sobie przez pielęgniarkę/pielęgniarszą pytania:

- czy wiem dlaczego robię to w taki sposób;
- co leży u podstaw mojego działania (wiedza naukowa czy rutyna);
- jaka jest przyczyna wykonywania takich samych działań w inny sposób;
- czy chcę coś zmienić w swojej praktyce i dlaczego.

Indykatorem zmian w pierwszej kolejności mogą stanowić sami przedstawiciele personelu pielęgniarstwa, pacjent i jego potrzeby a w dalszej dane z dokumentacji medycznej lub zespoły ds. jakości opieki. Jak wynika z powyższego pacjent i jego „dobro”, tj. czynnik ludzki jest traktowany na równi z najnowszymi doniesieniami badawczymi, a z pewnością nie może być wykluczony z procesu podejmowania decyzji w EBNP. Stanowi on zawsze element „modyfikujący decyzję”.

2. Obejmuje korelację problemu z interwencjami oraz wynikami opieki pielęgniarstwa.

3. Analiza dostępnych dowodów naukowych. Polega na dotarciu do sprawdzonej wiedzy, a następnie jej oceny pod kątem możliwości wykorzystania jej w praktyce klinicznej. Na tym etapie stawianymi pytaniami powinny być:

- czy badania przez nas wykorzystywane mają zastosowanie co do sytuacji konkretnego pacjenta;
- czy powinniśmy je zastosować;
- czy potrafimy je zastosować.

4. Dotyczy planu zmian w praktyce. Określa propozycję zmian, ustala niezbędne zasoby, planuje wdrożenie oraz prognozuje ich wyniki.

5. Ocena wprowadzonych zmian w praktyce. Ten etap ukazuje skuteczność interwencji oraz sprawności opieki.

6. Utrzymanie zmian poprzez wydanie do nich odpowiednich rekomendacji, wdrożenie danego standardu do praktyki i jego dalsze monitorowanie.

To nowoczesne podejście stanowi zmianę w historycznie uwarunkowanym podejmowaniu decyzji dotyczących dzia-

łań pielęgniarstwa, na który dotychczas bardzo silny wpływ miały takie czynniki, jak: tradycja, zbiór ogólnie przyjętych zasad oraz nawyki.

Utrudnienia w zastosowaniu EBNP

Pomimo powszechnej zgody w kwestii konieczności oraz istotności prowadzenia pielęgniarstwa badań naukowych, praktyczne stosowanie EBNP napotyka na czynniki ograniczające korzystanie z takiego podejścia do opieki pielęgniarstwa, do których zalicza się najczęściej:

- ograniczony dostęp do wyników badań naukowych;
- kłopoty z przewidywaniem stosowania badań naukowych w praktyce;
- małe wsparcie w stosowaniu EBNP ze strony organizacji medycznych;
- niewystarczające wsparcie ze strony współpracowników w korzystaniu z EBNP.

Podsumowanie

Zabieganie o wysokiej jakości opiekę pielęgniarstwa zwróciło uwagę na badania naukowe oraz wykorzystanie ich wyników w praktyce. Jeśli personel pielęgniarstwa stosuje to podejście w swojej praktyce, będzie umiał zadawać właściwe pytania, tj. „jak i kiedy zmienić swoją pracę”, będzie mógł wykazać, że korzysta z wiarygodnych informacji w procesach decyzyjnych a także oceni swoje usługi. Wiedza w ten sposób uzyskana będzie wykorzystana celem podnoszenia jakości opieki, optymalizowania wyników zdrowotnych, obniżenia kosztów interwencji pielęgniarstwa. Pozwoli pielęgniarstwu/pielęgniarskiej na udział w kształtowaniu systemu opieki zdrowotnej, w którym świadczą one/oni kompleksową opiekę medyczną.

Wykorzystywanie EBNP popiera także Światowa Organizacja Zdrowia (WHO), która to w 1993 r. sformułowała zalecenia dotyczące zapewnienia jakości opieki pielęgniarstwa. W publikacji „Pielęgniarstwo w działaniu. Umocnienie pielęgniarstwa na rzecz zdrowia dla wszystkich” koncentruje się na kwestiach: przywódczej roli personelu pielęgniarstwa oraz rozwoju praktyki pielęgniarstwa. Do pełnej realizacji tych założeń niewątpliwie może posłużyć praktyczne zastosowanie EBNP.

Współczesne pielęgniarstwo nie bez powodu stawia na to, co pewne, prawdziwe i autentyczne. BOWIEM Dobra Praktyka to „Praktyka Oparta na Faktach”.

W naszym kraju pionierem w zastosowaniu oraz upowszechnianiu tej „metody pracy pielęgniarstwa” jest pielęgniarz Artur Sołtysiak. Więcej szczegółowych informacji na temat EBNP możecie Państwo znaleźć na założonym przez niego blogu, pod adresem internetowym <https://sites.google.com/site/ebnppoland/ebnp>.

Literatura u Autora

mgr Michał Banczerowski
uczestnik warsztatów z zakresu „Evidence Based Nursing Practice
czyli Praktyka Pielęgniarska Oparta na Faktach”
Zakon Szpitalny Św. Jana Bożego w Łodzi
Oddział Chorób Wewnętrznych



W dobie powszechnego narzekania i pretensji pod adresem służby zdrowia, pragnę się podzielić opinią, że istnieją ośrodki, gdzie pracuje się nie tylko rzetelnie i z oddaniem, ale jednocześnie stosunek do pacjenta jest pełen nie tylko życzliwości, ale i poszanowania dla osób starszych, niedołączonych i niepełnosprawnych.

Przeleżałam dwa tygodnie na Oddziale Chorób Zakaźnych, Tropikalnych i Pasożytniczych dla Dorosłych – Klinika Chorób Zakaźnych i Patologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi w Szpitalu im. W. Biegańskiego. Jestem pełna uznania dla zespołu pielęgniarek i znakomitą organizację pracy oddziałowej – pani Kazimierzczak.

Od pierwszego dnia (przyjmowała mnie pani Ilona Malinowska, która poinformowała mnie o wszystkich moich prawach pacjenta) do końca pobytu czułam się bezpiecznie i dobrze leczona. Obserwowałam świetną pracę pielęgniarek (wszystko: kroplówki, leki o czasie, zabiegi pielęgnacyjne były wykonywane nie tylko profesjonalnie, ale również niezwykle starannie).

Wychowałam się w domu, gdzie sprawy pielęgniarstwa były ważne. Wiem więc, jak powinna wyglądać praca pielęgniarki. Moja matka – Stanisława Sroczyńska – całe swoje życie poświęciła pielęgniarstwu i walce o należyłą pozycję tego zawodu. Była założycielką i wieloletnią

dyrektorką szkół pielęgniarstwa w Łodzi, za co została uhonorowana nagrodą im. Florence Nightingale.

Ja sama mam skalę porównawczą, ponieważ jako chora wielowątkowa, leżałam w siedmiu szpitalach w Łodzi. Byłam świadkiem bałaganu, totalnego braku profesjonalizmu, braku życzliwości, kłótni pielęgniarek między sobą w obecności chorych.

Niewątpliwie, to że oddział jest wyjątkowy to zasługa oddziałowej – pani **Joanny Kazimierzczak**, która nie tylko świetnie organizuje pracę, ale potrafi stworzyć dobrą atmosferę i relacje między personelem. Leżałam obok chorej leżącej całkowicie. Wszystkie zabiegi lecznicze i pielęgnacyjne były wykonywane profesjonalnie, starannie, a panie pielęgniarki były bardzo życzliwe i miłe wobec osoby, która była niepełnosprawna.

Szpeciłabym wyróżnić panią **Jadwigę Łuczak**, **Ilonę Malinowską** i **Jolę Janiszewską**. Ja mam szczególną wdzięczność wobec pani Joli Janiszewskiej, bo jest genialna w zakładaniu wenflonów, a mam mocno używane żyły).

Gratuluje Izbie pielęgniarek – takich pielęgniarek a pani Joannie Kazimierzczak kompetencji i umiejętności, poziomu i talentów kierowniczych.

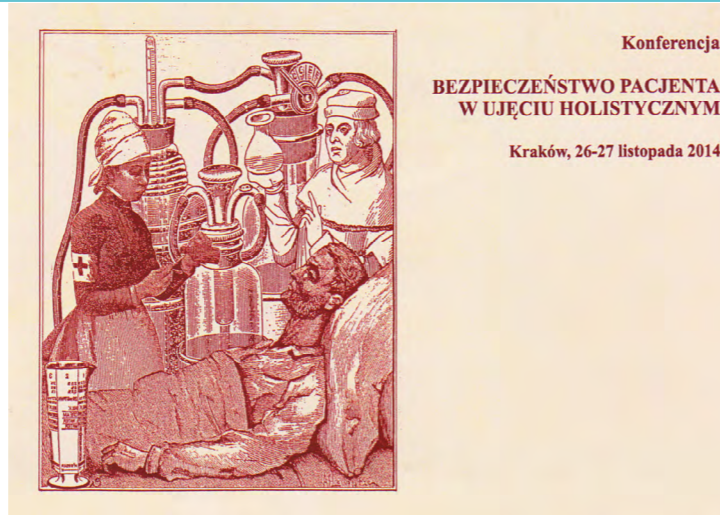
Ewa Sroczyńska



Pragnę złożyć podziękowania i wyrazy wdzięczności całemu zespołowi pracowników Oddziału Nefrologicznego przy Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. M. Skłodowskiej Curie w Zgierz, w szczególności dr n. med. Januszowi Piątkowskiemu, lek. med. Małgorzacie Fortuna, Pani **Jolancie Florkowskiej** – pielęgniarskiej oddziałowej oraz najcudowniejszej pielęgniarskiej Pani **Agnieszce Błaszczak** za profesjonalną i fachową opiekę, a także życzliwość okazaną w czasie mojego pobytu na oddziale.

Edward Michalski

Sprawozdanie z konferencji „Bezpieczeństwo pacjenta w ujęciu holistycznym”



Konferencja
**BEZPIECZEŃSTWO PACJENTA
W UJĘCIU HOLISTYCZNYM**
Kraków, 26-27 listopada 2014

W dniach 26–27 listopada w Krakowie odbyła się międzynarodowa konferencja pt. „Bezpieczeństwo pacjenta w ujęciu holistycznym” zorganizowana przez Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Klinikę Leczenia Bólu i Opieki Paliatywnej Katedry Chorób Wewnętrznych i Gerontologii Wydziału Lekarskiego, Zakład Ergonomii i Fizjologii Wydziału Fizycznego Instytutu Fizjoterapii Wydziału Nauk o Zdrowiu, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa Wydziału Nauk o Zdrowiu, Medyczne Centrum Kształcenia Podyplomowego Uniwersytetu Jagiellońskiego oraz Szpital Uniwersytecki w Krakowie.

Podczas dwudniowych obrad grono naukowców i praktyków z kraju i zagranicy rozważało co zrobiono i co należy zrobić, aby poprawić bezpieczeństwo pacjenta w jego kontakcie z ochroną zdrowia. Spotkali się min. pielęgniarki i lekarze, aby zastanowić się nad wieloma aspektami zdarzeń niepożądanych jakie występują w codziennej ich pracy. Spotkanie to wynikało z troski o bezpieczeństwo pacjenta ale i swoje. Tematami wiodącymi były min: błąd medyczny i medyczne zdarzenia niepożądane, praca zespołowa w opiece zdrowotnej, bezpieczeństwo pacjenta w chirurgii i intensywnej terapii, obsady lekarskie, pielęgniarstwo i czas pracy, problem identyfikacji pacjenta, pozamedyczne czynniki jakości opieki i bezpieczeństwa pacjenta, czynniki kulturowe bezpieczeństwo farmakoterapii, problem winy personelu medycznego oraz problem przekazu informacji (słownej, wizualnej, pisanej i in.) w systemie opieki zdrowotnej. Codziennie na świecie dwa samoloty pasażerskie ludzi ginie na skutek zdarzeń niepożądanych w ochronie zdrowia. Problem jest duży i złożony. Wymaga zatem poznania, kontroli i pracy nad nim. Ale tylko zespoły dobrze współpracujących ze sobą ludzi są w stanie temu podołać.

W konferencji uczestniczyło 4 członków ORPIP w Łodzi (Anita Kulbat, Krystyna Łasek, Anna Maciejek, Beata Stokwisz), którzy dzielą się z Państwem zdobytą tam wiedzą. Konferencja trwała 2 dni, w pierwszym dniu było zorganizowanych 4 sesje. Spośród wielu ciekawych wystąpień na uwagę zasługują przedstawione poniżej.

W wystąpieniu pt. „Medyczne i pozamedyczne czynniki bezpieczeństwa pacjenta oraz jakości w opiece zdrowotnej”

dr Janusz Pokorski (jeden z organizatorów konferencji) podkreślił, iż bezpieczeństwo pacjenta jest ciągle niższe od bezpieczeństwa w lotnictwie i w przemyśle, a medyczne zdarzenia niepożądane będące wykładnikiem bezpieczeństwa i jakości w medycynie trafiają się wg WHO co dziesiątemu pacjentowi, mimo ogromnego postępu w rozwoju techniki i przemysłu. Zdefiniował pojęcie zdarzenia niepożądanego jako szkody na zdrowiu lub życiu wywołaną w trakcie lub w wyniku leczenia, niezwiązaną z naturalnym procesem choroby lub stanem zdrowia pacjenta. Obecnie winę za zaistnienie tych zdarzeń przypisuje się zwykle wykonawcom działań medycznych – głównie lekarzom i pielęgniarce – którzy wielokrotnie są nieświadomi skomplikowanych i wieloczynnikowych uwarunkowań tych zdarzeń i często nie potrafią nawet bronić się przed zarzutami. Podkreślił również, iż prawdziwe przyczyny medycznych zdarzeń niepożądanych mają zwykle charakter błędów ukrytych tkwiących w systemie ochrony zdrowia, a powstających często poza nim, tj. istnieniu szeregu różnych czynników wspólnie prowadzących do zdarzenia niepożądanego. Ukaranie „winnych” zaspokaja jedynie oczekiwania opinii publicznej, sprawa zostaje zamknięta, natomiast rzeczywiste, a ukryte przyczyny w systemie pozostają. Prelegent podkreślił również, iż wini się zwykle ostatnie ogniwo łańcucha przyczynowo-skutkowego, tj. lekarza lub pielęgniarkę, a nie projektanta lub wytwórcę „niebezpiecznego” narzędzia, opakowania, urządzenia, oprogramowania. Autor wystąpienia zauważył również, iż błędy ukryte w systemie opieki zdrowotnej mają zwykle charakter niedoskonałości ergonomicznej, tj. braku dostosowania produktu do cech, możliwości i ograniczeń użytkownika. Przedmiot zaprojektowany niezgodnie z zasadami ergonomii będzie sprawiał trudności w fazie odbioru informacji i wykonywania czynności, będzie utrudniał podejmowanie prawidłowych decyzji. Dotyczy to wszystkich przedmiotów, przy pomocy których profesjonaliści medyczni wykonują swoje czynności. Nie chodzi tu o uszkodzenie lub zużycie sprzętu. Zagrożenie pacjenta mogą stworzyć również czynniki pozamedyczne. Cechy konstrukcji budynków placówek medycznych, zbyt ścisłe podłogi i schody, umeblowanie i wyposażenie pomieszczeń mogą stwarzać zagrożenie bezpośrednie lub utrudniać pracę

personelu, jak również i np. łączność telefoniczna, w przypadku konieczności szybkiego nawiązania kontaktu. Normalizacja urządzeń, nazewnictwa, procedur, instalacji jest jednym z podstawowych warunków sprawnego działania personelu i bezpieczeństwa pacjenta. Wykładowca podkreślił, że poprawa tej sytuacji wymaga działań ze strony personelu medycznego, przede wszystkim uświadomienia sobie korzyści płynących z zastosowania zasad ergonomicznego kształtowania warunków pracy oraz problemów wynikających z niedoskonałości systemu. Z pośród innych przyczyn powstawania zdarzeń niepożądanych wymienił również zmęczenie personelu medycznego jako wynik nadmiernej ilości godzin pracy oraz niewystarczających obsad. Przyczyną wyjściową tego groźnego stanu jest brak należytego wynagrodzenia zmuszający do pracy na różnych etatach oraz w nadgodzinach. Niewystarczające obsady prowadzą powszechnie do pracy osób chorych, co potencjalnie może prowadzić do zarażenia pacjentów oraz pogorszyć jakość usług.

O systemie monitorowania zdarzeń niepożądanych i bezpieczeństwa pacjentów we Włoszech i w Toskanii opowiadali zagraniczni goście konferencji – Sara Albolino, Riccardo Tagliata. Przedstawili w referacie swoje doświadczenia oraz co zostało zrobione i co należy zrobić i co trzeba zmienić.

W ciągu ostatnich dziesięciu lat we Włoszech Ministerstwo Zdrowia ustanowiło bezpieczeństwo jednym z głównych celów działania, opracowując program, którego głównymi składowymi są: system informacyjny do raportowania roszczeń i przypadków ostrzegawczych (*sentinel events*), jakie występują we włoskich szpitalach; klasyfikacja przypadków ostrzegawczych i zaleceń dotyczących zapobiegania takim zdarzeniom; programy i kursy szkoleniowe mające upowszechnić podstawy pozytywnej kultury bezpieczeństwa pacjentów. W 2003 roku w Toskanii powstało Centrum Bezpieczeństwa Pacjentów stworzone z myślą o promowaniu kultury uczenia się na podstawie otwartego zgłaszania zdarzeń niepożądanych wśród lekarzy dla poprawy systemu. Centrum opracowało model sieci organizacyjnej wewnątrz każdego szpitala, dzięki któremu można uniknąć ryzyka klinicznego, wyciągając wnioski z przypadków typu *near misses* (tzw. niemal zdarzeń) i zdarzeń niepożądanych. W latach 2005–2012 ponad 1700 przypadków ostrzegawczych zgłaszanych przez regiony na poziomie krajowym było analizowanych zgodnie z podejściem systemowym; na tej podstawie ustalono działania na rzecz poprawy. Najczęściej zgłaszanymi zdarzeniami niepożdanymi były upadki pacjentów (22,3 proc.), rzadziej samobójstwa i próby samobójcze (15,7 proc.). Do zgonu doszło w 36,8% proc. przypadków. Krajowa Agencja ds. Regionalnych Świadczeń Medycznych przygotowała również krajowe obserwatorium, które miało upowszechniać praktyki na rzecz bezpieczeństwa pacjentów wśród lokalnych agencji opieki zdrowotnej w całych Włoszech. Osiąganiem wybranych istotnych celów zajmowano się w Toskanii od 2003 roku: wprowadzono w życie system informacyjny związany z systemami raportowania i uczenia się; w szpitalach publicznych i lokalnych placówkach udzielających świadczeń opracowano i wdrożono system ponad 20 uzasad-

nionych praktyk w zakresie bezpieczeństwa pacjentów; opracowano program szkolenia i zaawansowany kurs w zakresie bezpieczeństwa pacjentów; przeprowadzono wiele kluczowych działań badawczych, zwłaszcza odnoszących się do definicji częstości występowania zdarzeń niepożądanych.

Na temat ewolucji prowadzącej do kultury bezpieczeństwa w udzielaniu świadczeń zdrowotnych opowiedział dr Tomasz Jurek, który podkreślił, że jednym z podstawowych wyzwań dla współczesnej medycyny, poza skutecznością w diagnozowaniu i leczeniu chorób, jest bezpieczeństwo. Pomimo, że główną uwagę zwraca się na bezpieczeństwo pacjenta w kontekście jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych, równie ważne jest bezpieczeństwo prawne lekarza. Autor zauważył również, że od czasu zdefiniowania kultury winy i wytyczenia dróg prowadzących do kultury bezpieczeństwa, w większości państw rozwiniętych podjęto starania na rzecz zmniejszenia liczby błędów medycznych i analizy zdarzeń niepożądanych. W Polsce pomimo upływu lat, poza akredytacjami jakościowymi, certyfikacjami ISO czy systemem nagród jakości EFQM, brak jest jednak rozwiązań systemowych, powszechnych programów publicznych czy też uregulowań prawnych, które przybliżyłyby nas szybko i skutecznie do kultury bezpieczeństwa. Wskaźniki jakości w ochronie zdrowia stały się narzędziami wykorzystywanymi dowolnie przez zarządzających placówkami ochrony zdrowia, co ogranicza ich wpływ na bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów. Autorzy śledząc na przestrzeni ostatnich 15 lat procesy zachodzące w ochronie zdrowia w Polsce i odnosząc się do światowej literatury, dostrzegają cztery kolejne etapy ewolucji zmieniającej kulturę winy w kulturę bezpieczeństwa. Są to etapy: 1) świadomości prawnej, 2) poczucia zagrożenia, 3) potrzeby bezpieczeństwa, 4) tworzenia i wprowadzania metod zapobiegania zdarzeniom niepożdanym. Podkreślił iż dwa pierwsze tkwią w kulturze winy, dominuje w nich obawa przed odpowiedzialnością i tendencje do ukrywania prawdy, dwa kolejne są podstawą kultury bezpieczeństwa. Dokonana przez autorów analiza wskazuje, że obecnie polska ochrona zdrowia znajduje się w końcowej fazie etapu poczucia zagrożenia. Głównym czynnikiem warunkującym tempo ewolucji są środki finansowe – zarówno ich ilość pozyskiwana przez poszkodowanych, jak i tracona przez udzielających świadczeń zdrowotnych. Korzystając z rozwiązań państw lepiej rozwiniętych, w celu przyspieszenia ewolucji i zmniejszenia roli czynnika ekonomicznego warunkującego jej przebieg należy skupić się na tworzeniu ogólnopolskiego programu rejestrowania i analizy zdarzeń niepożądanych, niezależnego od systemów zarządzania jakością.

W swoim referacie Iwona Wrześniewska-Wal pt. „Naruszenie zasad bezpieczeństwa pacjenta w świetle orzecznictwa sądów cywilnych i badań własnych” podkreśliła, że systematycznie zwiększa się liczba procesów odszkodowawczych, a długoletnie postępowanie sądowe nie zawsze kończy się pozytywnym rozstrzygnięciem dla pozwanego, tj. lekarza. Przedstawiona w pracy analiza orzecznictwa sądów cywilnych oraz własne badania autorki wskazują na te obszary, gdzie nieprawidłowości są największe. Nie jest to katalog wyczerpujący, ale istotny

z punktu widzenia bezpieczeństwa pacjenta i bezpieczeństwa lekarza. Są to:

- zakażenia szpitalne. Sądy od lat obniżają wymogi dowodowe, niekiedy wręcz przesuwając ciężar dowodu z barków pacjenta na podmiot prowadzący szpital. W procesach o zakażenia szpitalne wzw typu B doktryna posługuje się konstrukcją dowodu *prima facie*. Dowód *prima facie* („na pierwszy rzut oka” lub „bez zagłębiania się w sprawę”) jest uproszczonym środkiem dowodowym pozwalającym na dokonanie ustaleń faktycznych w procesie bez konieczności przeprowadzenia postępowania dowodowego.

- należyta staranność lekarza. Lekarz, nawet najlepszy i najbardziej oddany swoim pacjentom, nie może im zapewnić całkowitego wyleczenia, natomiast musi dać im pewność, że swoje obowiązki spełnia z najwyższą starannością, że jego postępowanie diagnostyczne i terapeutyczne będzie na wysokim poziomie, adekwatne do współczesnej wiedzy i do możliwości, jakimi dysponuje.

- dokumentacja medyczna. W procesie sądowym dokumentacja medyczna jest postrzegana jako obiektywne i wiarygodne źródło informacji. Zasadą prawa cywilnego jest to, że jedna ze stron musi udowodnić swoje twierdzenia, więc czasami przyjmowane jest, że braki w dokumentacji medycznej uniemożliwią dowiedzenie swoich racji stronie powodowej. Zapomina się jednak, że po pierwsze dotyczy to także strony pozwanej, a po drugie nieusuwalne braki w dokumentacji medycznej obciążają akurat pozwaną jednostkę.

- zadośćuczynienie. Celem zasądzenia zadośćuczynienia pieniężnego jest złagodzenie cierpień fizycznych i psychicznych poszkodowanego. Wysokość zadośćuczynienia musi mieć charakter indywidualny.

Ciekawe referaty dotyczące bezpośrednio bezpieczeństwa w poszczególnych oddziałach wygłosili: prof. Krzysztof Bielecki pt. „Bezpieczeństwo w bloku operacyjnym: ludzie, zespół i stosunki międzyludzkie jako czynniki ryzyka”, prof. Andrzej Kubler na temat „Bezpieczeństwo w anestezjologii i intensywnej terapii” oraz dr Danuta Dyk omówiła „Syndrom po intensywnej terapii. Jak zapobiegać?”

Prof. Krzysztof Bielecki podkreślił, że pacjent zgłaszający się do lekarza ma prawo do leczenia, którego nie należy w pełni identyfikować z prawem do bycia wyleczonym. Natomiast zdarzenie niepożądane (ZN) jest to szkoda wywołana w trakcie diagnostyki lub leczenia, niezwiązana z naturalnym przebiegiem choroby lub stanem zdrowia chorego (definicja Joint Commission of Accreditation of Health Care Organizations). Autor zasygnalizował iż każdej działalności diagnostyczno-leczniczej towarzyszy tzw. omyłność konieczna związana z tym, że jesteśmy ludźmi (wg Samuela Gorovitz i Alasdaira MacIntyre). W przeciwnym razie lekarze byłiby równi Bogu, wszechmocni i nieomylni. To *erris human*. Wymienił przyczyny niepowodzeń w bloku operacyjnym, które wynikają z:

- niewiedzy
- niekompetencji (nie wiemy, jak zastosować wiedzę w praktyce, brak doświadczenia klinicznego);

- złożoności działań medycznych (np. przeciętny pacjent w OIT ma wykonywanych około 178 różnych procedur dziennie, w samej chirurgii istnieje około 2500 różnych procedur, w katalogu chorób wymienia się około 18 000 chorób)

- braku odrobiny szczęścia zarówno ze strony chorego, jak i personelu medycznego (uwaga autora).

Na bloku operacyjnym istnieją ściśle relacje pomiędzy podmiotem działania (lekarz, pielęgniarka, salowa) a obiektem działania, jakim jest chory leżący na stole operacyjnym. W bloku operacyjnym zachodzą działania prawidłowe i błędne. Te ostatnie wynikają z:

- niewiedzy,
- braku właściwych warunków działania,
- niepoważnego traktowania zadań („a może się uda?”),
- wadliwej komunikacji i stosunków międzyludzkich.

Bezpieczeństwo na bloku powinno oznaczać niezawodność medycznego działania. Zachowania człowieka, w tym przypadku personelu bloku operacyjnego, są jedynie częściowo możliwe do oceny i przewidzenia. Szczególnie dotyczy to sytuacji przeciążenia pracą, stresu, które sprzyjają popełnieniu błędów przez człowieka. Jak uniknąć błędów? Kontakt człowieka z otoczeniem polega na recepcji, percepcji i myśleniu.

Żadna procedura czy tzw. checklista nie może ograniczać myślenia. Procedury zapisane mają jedynie na celu realizację zasady „Remember to remember”. Odpowiedź prawidłowa na to ostatnie pytanie jest oczywista: to pacjent jest najważniejszy na bloku operacyjnym i wszystko jest podporządkowane jego dobru.

Prof. Andrzej Kubler omówił „Bezpieczeństwo w anestezjologii i intensywnej terapii”. Anestezjologia jest dziedziną medycyny szczególnie ukierunkowaną na zapewnienie pacjentom bezpieczeństwa. W celu poprawy bezpieczeństwa znieczulenia ogłoszono w 2009 roku Deklarację o Bezpieczeństwie Pacjenta w Anestezjologii zwaną „Deklaracją Helsińską”. Deklaracja ta zakłada, że wszystkie instytucje w Europie udzielające okołoperacyjnej opieki anestezjologicznej powinny spełniać ustalone przez Towarzystwa Naukowe standardy bezpiecznego znieczulenia i sedacji. Powinny mieć również wdrożone określone procedury zapewniające skuteczne zapobieganie i leczenie objawów niepożądanych i powikłań. Działania z zakresu poprawy bezpieczeństwa pacjenta powinny być raportowane w odstępach rocznych. Podobnie obowiązkowe jest gromadzenie danych do sporządzania rocznych raportów na temat chorobowości i umieralności z powodu znieczulenia.

Deklarację Helsińską podpisały wszystkie kraje członkowskie Europejskiego Towarzystwa Anestezjologii. Wsparcie dla Deklaracji wyraziły Towarzystwa Anestezjologiczne z całego świata. Europejskie Towarzystwo Anestezjologii powołało Grupę Roboczą ds. Bezpieczeństwa dla ułatwienia praktycznego wdrożenia wymagań Deklaracji Helsińskiej.

W Polsce zasady bezpieczeństwa znieczulenia określone zostały w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 20 grudnia 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Standardy określone Rozporządze-

niem Ministra Zdrowia są zbliżone do wymagań Deklaracji Helsińskiej. Obecnie w Polsce nie istnieje narodowy system gromadzenia informacji o śmiertelności i zachorowalności związanej ze znieczuleniami. Z dostępnych informacji wynika, że znaczna liczba stwierdzonych powikłań związanych ze znieczuleniami wynika z nieprzestrzegania standardów określonych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia. Innym, nowym w naszym kraju czynnikiem sprzyjającym powikłaniom znieczulenia jest zmęczenie anestezjologa. Mimo określenia przez dyrektywę Unii Europejskiej dozwolonego czasu pracy lekarzy, kryteria te nie są przestrzegane w Polsce z uwagi na dowolną interpretację czasu pracy związaną z zatrudnieniem kontraktowym.

Intensywna terapia jest dziedziną medycyny związaną ze szczególnym narażeniem bezpieczeństwa pacjenta. W oddziałach intensywnej terapii (OIT) leczeni są pacjenci w stanie zagrożenia życia, wymagający monitorowania i podtrzymywania funkcji życiowych przy zastosowaniu inwazyjnych, mechanicznych interwencji, jak śródnaczyniowe monitorowanie ciśnienia krwi, wentylacja mechaniczna, terapia nerkozastępcza. Bezpieczeństwo zastosowania takich metod postępowania wymaga starannego nadzoru przez wyszkolony personel. Dlatego o bezpieczeństwie pacjentów OIT decyduje przestrzeganie wytycznych regulujących liczbę personelu, szczególnie pielęgniarskiego oraz organizację i wyposażenie oddziału. W 2009 r. przedstawiciele naukowych towarzystw zajmujących się intensywną terapią uchwaliły deklarację znaną jako „Deklaracja Wiedeńska”, poświęconą zapewnieniu bezpieczeństwa pacjentom leczonym w OIT. Wytyczne Deklaracji Wiedeńskiej mają zostać wdrożone do praktyki intensywnej terapii na całym świecie.

W Polsce zasady organizacji i funkcjonowania OIT określiła Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 20 grudnia 2012 r. Wyznaczone przez Rozporządzenie standardy zbliżone są do wymagań międzynarodowych. Istotnym problemem dla bezpieczeństwa pacjentów leczonych w OIT w Polsce jest zaniżona wycena wartości usług z zakresu intensywnej terapii przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Z tego powodu zapewnienie właściwej jakości usług medycznych w OIT staje się bardzo trudne, co powoduje zagrożenie bezpieczeństwa chorych leczonych w OIT.

O „Syndromie po intensywnej terapii. Jak zapobiegać?” mówiła w swoim referacie dr Danuta Dyk. Przypomniała, iż przynajmniej jedna trzecia pacjentów oddziałów intensywnej terapii (OIT) i ich rodziny doświadczają syndromu po intensywnej terapii. Zapadalność wynosi co najmniej 50 proc. u pacjentów, którzy mieli sepsę, zespół ostrej niewydolności oddechowej lub byli mechanicznie wentylowani przez ponad 5 dni.

Syndrom po intensywnej terapii (*post-intensive care syndrome* – PICS) obejmuje nowe lub postępujące zaburzenia w stanie fizycznym, poznawczym lub problemy psychospołeczne wynikające z krytycznej choroby i intensywnej terapii.

Celem wystąpienia był przegląd aktualnej literatury na temat możliwości zapobiegania czynnikom ryzyka syndromu po intensywnej terapii podczas intensywnej opieki nad ciężko chorymi. Ocenia się, że głęboka sedacja, delirium i bezruch są

głównymi czynnikami ryzyka PICS. Inne to posocznica, niedotlenienie i hipoglikemia.

Pakiet ABCDE jest grupą interwencji, które odnoszą się do ryzyka sedacji, delirium i bezruchu. Narzędzie obejmuje nowe wytyczne dotyczące bólu, pobudzenia i delirium opublikowane przez Society of Critical Care Medicine (SCCM) 2013. Jest to model współpracy terapeutów oddechowych, fizjoterapeutów, farmaceutów, lekarzy i pielęgniarek. Pakiet „ABCDE” zawiera trzy komponenty:

- „ABC” – oznacza przebudzenie i koordynację oddychania. Komponent ABC skoncentrowany jest na promowaniu wczesnej ekstubacji i spontanicznego oddychania oraz stosowaniu takiego poziomu sedacji, aby pacjenci mogli się komunikować i aktywnie uczestniczyć w opiece.

- „D” – oznacza ocenę delirium i postępowanie. Delirium jest jednym z najbardziej powszechnych zaburzeń u chorych OIT, niestety często pozostaje nierozpoznane i nieleczone, co może prowadzić do wielu negatywnych odległych konsekwencji. Element „D” pakietu ukierunkowany jest na wczesną identyfikację i postępowanie z delirium.

- „E” – oznacza wczesne ćwiczenia i stopniowe uruchamianie. Wszyscy pacjenci długo leżący w łóżku czy unieruchomieni są podatni na postępujące osłabienie mięśni i ich zanik, co może prowadzić do przedłużenia pobytu w szpitalu i długoterminowej dysfunkcji mięśniowej. Element „E” pakietu zawiera wskazówki umożliwiające coraz bardziej aktywne uruchamianie pacjentów. Wprowadzenie któregośkolwiek z elementów pakietu „ABCD” przyczyni się do poprawienia wyników leczenia.

Wiele źródeł wskazuje na potrzebę zmiany w kulturze szpitala, w szczególności zwiększenie wiedzy personelu medycznego na temat występowania czynników ryzyka PICS i wdrażanie strategii zapobiegania odległym skutkom ciężkiej choroby i intensywnej terapii opartych na dowodach.

Tadeusz Marek, Magdalena Fąfrowicz omówili „Psychologiczne aspekty medycznych zdarzeń niepożądanych”. W prezentacji omówiono relacje między różnymi typami ludzkich błędów i medycznymi zdarzeniami niepożądanymi. Błędy ludzkie związane z medycznymi zdarzeniami niepożądanymi przeanalizowano z następujących perspektyw:

- źródła błędów ludzkich w medycynie,
- błędy ludzkie a system, w którym pracują ludzie,
- błędy ludzkie jako objaw kłopotów na głębszym poziomie systemu,
- neuronalne mechanizmy błędów ludzkich,
- zmienne wymagania dotyczące środowiska pracy a błędy ludzkie,
- stres a błędy ludzkie,
- zachowania adaptacyjne i świadczące o nieprzystosowaniu w pracy a błędy ludzkie,
- zachowania zaradcze w pracy a błędy ludzkie,
- kontrola wykonawcza wydajności a błędy ludzkie,
- błędy ludzkie a szkolenia,
- błędy ludzkie – profilaktyka i interwencja.

Drugi dzień konferencji obejmował cztery sesje w tym jedną plakatową, podczas których prelegenci w swoich wy-

stąpieniach przedstawiali problem bezpieczeństwa pacjenta w różnych aspektach. Poniżej prezentujemy fragmenty niektórych referatów programowych oraz referatów zgłoszonych przez uczestników:

- „Jakość klinicznych procesów medycznych z elementami zarządzania ryzykiem wg standardu PN-EN 15224:2013 „Usługi sektora ochrony zdrowia” Izabela Witczak. Norma PN-EN 15224:2013 jest ściśle przeznaczona dla sektora opieki zdrowotnej i ukierunkowana jest na procesy kliniczne, które powinny gwarantować pacjentom najwyższe bezpieczeństwo. W powyższej normie została sprecyzowana definicja jakości w ochronie zdrowia oraz jedenaście charakterystycznych cech i wymagań jakościowych w ochronie zdrowia takich jak: poprawność, dostępność, ciągłość, skuteczność, efektywność, sprawiedliwość, dowody oparte na wiedzy, zaangażowanie i bezpieczeństwo pacjenta. Zasadniczą nowością w normie PN-EN 15224:2013 jest jakość kliniczna oraz system zarządzania ryzykiem klinicznym. Jakość usług medycznych rozumiana jest jako cecha charakterystyczna tylko dla usług medycznych i oznacza, że świadczone usługi odpowiadają stanowi pacjenta, są bezpieczne dla pacjenta, a personel dysponuje odpowiednimi kwalifikacjami. Zarządzanie ryzykiem klinicznym jest kluczowym elementem w systemie zarządzania jakością. Ryzyko kliniczne oznacza ryzyko, które może mieć negatywny wpływ na wyniki jednego z wymagań jakości i rozumiane jako niepewność i straty związane z występowaniem szkód klinicznych, np. śmierć pacjenta, trwałe kalectwo, itp. Interesująca jest również w cytowanej normie definicja niezgodności, do której zalicza się wypadki, prawie wypadki, incydenty i zdarzenia niepożądane oraz zakażenia szpitalne.

- „Bezpieczeństwo pacjenta – uwarunkowania pośrednie” prof. Joanna Lecewicz-Bartoszewska. Podstawową zasadą etyczną przyjętą w medycynie, sformułowaną przez Hipokratesa, jest *primum non nocere* (po pierwsze nie szkodzić). Równie istotne jest stwierdzenie *salus aegroti suprema lex* (zdrowie chorego najwyższym prawem). Ogólny charakter ujęcia zasady prawa etycznego koncentruje uwagę na bezpośrednich działaniach względem pacjenta i to na działaniach natury medycznej. Uwzględniając holistyczne, całościowe podejście do problemu bezpieczeństwa pacjenta mamy obowiązek uwzględnić wszystkie czynniki, również te pośrednio wpływające na jakość naszych działań służących dobrostanowi pacjenta. Działania medyczne są oczywiste, ale niekiedy nie postrzegamy czynników pośrednich, marginalizujemy je, nie doceniamy ich znaczenia. Bezpieczeństwo pacjenta w olbrzymiej mierze, poza wiedzą i umiejętnościami, uwarunkowane jest zmęczeniem, a przez to obniżeniem sprawności fizycznej i psychicznej personelu medycznego. W trosce o bezpieczeństwo pacjentów z byt małą wagą przywiązuje się do wartości użytkowych sprzętów, urządzeń, pomocy medycznych. Niedostatki ergonomiczne, uciążliwość posługiwania się nimi utrudniają dokładność wykonywania czynności, są przyczyną przeciążeń i urazów. Może to stanowić bezpośrednie zagrożenie dla pacjenta. Niezmiernie istotnym czynnikiem, od którego zależy bezpieczeństwo pacjenta, jest informa-

cja związana z farmaceutykami, instrukcjami użytkowania sprzętu medycznego oraz identyfikacją chorego, a także jego możliwością komunikowania się z personelem.

- „Ergonomiczna ocena urządzeń medycznych i oprogramowania” Francesco Ranzani (Centrum Bezpieczeństwa Pacjenta – region Tozkanii, Florencja, Włochy). Błędy związane ze stosowaniem wyrobów medycznych i rozwiązań technologicznych mogą wywołać powstanie poważnej szkody u pacjenta, często stanowi przyczynę cichej śmierci; wiele błędów wywołanych jest problemami z przydatnością wyrobu do użytku wynikającą z zaprojektowania go w sposób niezorientowany na użytkownika – jego zdolności poznawcze, środowisko pracy czy działania, relacje i przepływ pracy. We Włoszech w ciągu najbliższych lat krajowy system opieki zdrowotnej będzie dążył do wdrożenia rozwiązań służących do samodzielnego kontrolowania i monitorowania chorób, które dadzą pacjentowi możliwość stałej współpracy z pracownikami służby zdrowia.

- „Czas pracy, pora dnia i praca zmianowa jako istotne czynniki wpływające na bezpieczeństwo pacjenta” Giovanni Costa, Janusz Pokorski. Większość zatrudnionych pracuje w nieregularnym lub nietypowym wymiarze czasu pracy, także w systemie zmianowym i nocnym, co z uwagi na zakłócenia funkcji psychofizjologicznych i społecznych tych osób może mieć negatywny wpływ na ich zdrowie i samopoczucie. Z perspektywy krótkoterminowej zaburzenia cyklu snu/czuwania, desynchronizacja cykli dobowych i deficyty snu mogą w znacznym stopniu obniżyć wydajność pracy, przez co pracownik staje się bardziej podatny na popełnianie błędów, wypadki i obrażenia.

Zgodnie z wynikami kilku doświadczalnych i terenowych badań nad deficytem snu spanie przez okres krótszy niż 5 godzin w ciągu ostatniej doby i krótszy niż 12 godzin w ciągu ostatnich 48 godzin zwiększa ryzyko znacznego obniżenia wydajności w miejscu pracy.

Liczne badania, w których szacowano względne ryzyko wypadków na zmianie rannej, popołudniowej i nocnej wykazały, że ryzyko wypadku podczas zmiany 12-godzinnej jest dwukrotnie wyższe niż w przypadku zmiany 8-godzinnej. Należy zatem pamiętać, że intensywność obciążenia pracą na zmianie 12-godzinnej winna być mniejsza, dlatego wymagane jest zwiększenie obsady. Wydłużenie czasu pracy i praca nocna pielęgniarek i lekarzy wykazuje ścisłą korelację między błędami a obniżoną bacznością i czujnością, która ma poważne skutki dla zdrowia pacjentów.

Główne zalecenia:

- należy maksymalnie ograniczyć pracę nocną,
- unikać licznych, następujących po sobie zmian nocnych,
- docenić systemy częstej rotacji pracy zmianowej (co 1–3 dni),
- wybierać rotację zgodną z ruchem wskazówek zegara,
- nie, unikać zmiany rannej, która zaczyna się za wcześnie,
- ustalić liczbę dni odpoczynku adekwatnie do zmian, zwłaszcza po zmianie nocnej,

- zachować możliwie regularny charakter systemu zmianowego.

Istnieje poważny zbiór dowodów wskazujących na porządkujące działanie krótkich drzemek w czasie pracy nocnej. Okazuje się, że w przypadku zmian 12-godzinnych drzemki mają korzystny wpływ także w ciągu dnia, a zwłaszcza we wczesnych godzinach popołudniowych.

Bardzo trudnym problemem jest długi czas pracy w przypadku, gdy czas przeznaczony na wypoczynek pracownika jest nieadekwatnie krótki ze względu na konieczność pracy w nadgodzinach i wielu miejscach. Dopóki czas wolny nie będzie dla pracownika ważniejszy niż szansa na dodatkowy zarobek, dopóty ten problem pozostanie bez rozwiązania. Wymaga on radykalnej poprawy sytuacji finansowej pracowników służby zdrowia.

- „Koncepcja medycznych zdarzeń niepożądanych w świetle europejskich dokumentów prawnych” Stefan Poździach. Podmiotami udzielającymi określonych świadczeń zdrowotnych są nie tylko lekarze, ale w coraz większym stopniu pielęgniarki i położne uznane w prawie europejskim i polskim za zawody wolne, a nie tylko i wyłącznie wykonujące przekazane im zlecenia lekarskie. W coraz większym stopniu następuje

proces usamodzielniania także innych zawodów medycznych z wyższym wykształceniem, a zwłaszcza ratownika medycznego i fizjoterapeuty. Błąd medyczny może popełnić każdy, kto udziela jakichkolwiek rodzajowych świadczeń zdrowotnych. Wobec tego rozwijana od XIX wieku doktryna w kwestii prawnych przesłanek popełnionego błędu została rozciągnięta na wszystkie zawody medyczne.

Z kolei najnowsze akty prawa europejskiego wprowadziły nowe pojęcie zdarzenia niepożądanego. W nowych regulacjach europejskich podstawowym pojęciem jest "bezpieczeństwo pacjenta", a przeciwieństwem jego wszelkie działania naruszające ten stan. Zwrócono uwagę na systemowe uwarunkowania medycznych zdarzeń niepożądanych. Do takich zdarzeń dochodzi bez winy, którą można przypisać konkretnemu podmiotowi (osobie lub zespołowi) udzielającemu świadczenia zdrowotnego. Chodzi tu o tak zwaną winę organizacyjną – w tym ujęciu szpital odpowiada za szkodę wyrządzoną pacjentowi w trakcie leczenia, a nie lekarza lub zespół medyczny udzielający świadczenia zdrowotnego.

Anita Kulbat, Krystyna Łasek,
Anna Maciejek, Beata Stokwiz

Szanowni Państwo, nazywam się Mirosława Chojnacka, jestem pielęgniarką, członkiem naszej OIPiP w Łodzi, zwracam się z prośbą o przekazanie 1% podatku w swoim zeznaniu podatkowym.

Mam syna chorego na mukowiscydozę, chorobę genetyczną nieuleczalną. Choroba ta u każdego chorego mimo ciągłego przyjmowania leków ciągle postępuje. Systematycznie wyniszcza cały organizm, powoduje włóknienie narządów (np. płuc, trzustki) życie każdego chorego na mukowiscydozę to ciągły wyścig z czasem i chorobą. W mukowiscydozie nadchodzi taki moment, że choremu niezbędna jest całkowita tlenoterapia (aparat kosztuje około 15 tysięcy złotych) a leczenie należy prowadzić coraz to innymi antybiotykami niestety droższymi i pełnopłatnymi. Tylko 15% chorych przekroczyło 24 rok życia, mój syn ma 33 lata i wszystko robimy, aby jak najdłużej żył.

**Bardzo proszę przekażcie swój 1%
Fundacja Dzieciom „Zdążyć z pomocą”
KRS 0000037904
z dopiskiem Mariusz Chojnacki Nr – 4004**

Innym sposobem udzielania pomocy
jest przekazanie darowizny w ciągu całego roku

Wpłaty prosimy kierować na konto:
Fundacja Dzieciom „Zdążyć z Pomocą”
Bank BPH SA
15 1060 0076 0000 3310 0018 2615
Bank BPH SA
(darowizny w ramach zbiórki publicznej)
61 1060 0076 0000 3310 0018 2660
z dopiskiem Mariusz Chojnacki Nr – 4004

Dziękujemy bardzo!



Z głębokim żalem przyjęliśmy wiadomość,
że 13 listopada 2014 roku po ciężkiej i długiej chorobie
zmarła nasza Koleżanka

śp. Zofia Szymańska (l. 69)

Przełożona Pielęgniarek w latach 1975–2000
w Przychodni Rejonowej w Strykowie

Żegnamy człowieka oddanego pacjentom.
Godnie, odpowiedzialnie i z zaangażowaniem reprezentowała zawód pielęgniarki.
Służyła dobrą radą w życiu zawodowym.
Była przykładem i wzorem do naśladowania dla kilku pokoleń pielęgniarek i położnych.
Pozostanie w naszej pamięci.

Pielęgniarki, Położne, Koleżanki emerytki
z Ośrodka Zdrowia w Strykowie



Pokój Ci wieczny w cichej krainie
gdzie ból nie sięga, gdzie łza nie płynie

Z głębokim żalem i smutkiem żegnamy naszą Koleżankę Pielęgniarkę

śp. Janinę Kaniewską

zmarłą 20 listopada 2014 r.

Pani Janina była wieloletnim pracownikiem ZOZ-u Łódź-Górna i Miejskiej Przychodni „Dąbrowa”
na stanowisku kierownika do spraw średniego personelu medycznego.

Z zaangażowaniem podchodziła do powierzonych jej zadań i obowiązków.

Za rzetelną pracę odznaczona: Srebrnym Krzyżem Zasługi, Honorową Odznaką Miasta Łodzi,
Złotym Krzyżem Zasługi.

Pani Janka na zawsze pozostanie w naszych sercach i pamięci.

Pielęgniarki i Położne Miejskiej Przychodni „Dąbrowa” w Łodzi (ul. Felińskiego 7)