

Biuletyn

4/2018

KWARTALNIK OKRĘGOWEJ IZBY PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH z siedzibą w Kaliszu

SZCZĘŚLIWEGO NOWEGO ROKU

2019

Informacje	4
Samoistne bóle głowy	7
Szkolenia	10
Kalendarium ważniejszych wydarzeń w Roku 2018	12
Galeria zdjęć	13
Konkurs Pielęgniarka/ Pielęgniarz Roku 2018	17
Gruźlica	20
Uroczystość wprowadzenia relikwii Błogosławionej Hanny Chrzanowskiej	26

Biuro Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych

czynne: od poniedziałku do piątku
w godzinach 7⁰⁰ - 15⁰⁰

Sekretarz OPIp

przyjmuje interesantów:
od poniedziałku do piątku 7⁰⁰ - 11⁰⁰

Skarbnik OPIp

urzęduje we wtorki i środy w godz. 15⁰⁰ - 18³⁰

**Dyżury Okręgowego Rzecznika
Odpowiedzialności Zawodowej**

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych
62-800 Kalisz, ul. Korczak 4a
tel. (0 62) 757-04-31
w drugą i czwartą środę miesiąca
od godz. 14⁰⁰ do 15⁰⁰

Radca Prawny OPIp z siedzibą w Kaliszu

- porady w zakresie prawa pracy oraz przepisów
związanych z wykonywaniem zawodu w każdą środę
w godz. 14⁰⁰ do 16⁰⁰.

Dyżury**Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych:**

Przewodnicząca Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych
pełni dyżur w pierwszy i czwarty poniedziałek miesiąca
w godz. 13⁰⁰ do 15⁰⁰

Zespół redakcyjny w składzie:

Krystyna Połomska
Jadwiga Soińska
Danuta Wieczorek

Adres:

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych
z siedzibą w Kaliszu
ul. Korczak 4a, 62-800 Kalisz
tel./fax: (62) 757 04 31
www.oipip.kalisz.pl
e-mail: izba@oipip.kalisz.pl

Numer Konta bankowego
75 10 20 2212 0000 5402 0092 6485

Jeśli chcesz być dobrze poinformowany/a
wejdź na naszą stronę internetową:
www.oipip.kalisz.pl

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Kaliszu
nie ponosi odpowiedzialności za treść oraz ofertę firm
oferujących pracę, zamieszczone w Biuletynie OPIp.

Redakcja zastrzega sobie prawo skracania i opraco-
wywania tekstów. Redakcja nie odpowiada za treść
ogłoszeń o konkursach na stanowiska kierownicze
w ochronie zdrowia.

Data wydania:

GRUDZIEŃ 2018

Nakład:

750 egz.

Druk:

Drukarnia „Kalgraf” s.c., 62-800 Kalisz, ul. Górna 2a
tel.: 62 757 31 07, fax: 62 768 36 70



Szanowne Koleżanki i Koledzy,

„Droga Staruszka Ziemia jakoś się sprężyła i raz jeszcze Słońce śmiało okrążyła. Znowu dając powód niewdzięcznej ludzkości do tej noworocznej wesołości. Niedługo wystrzelią wokoło szampany za nowe otwarcie i za nowe plany.”

Mija kolejny, już 2018 rok od narodzin Chrystusa i zaczyna kolejny rok naszej ery. Mijający rok był bardzo dynamiczny i obfitował w ważne dla naszego środowiska zawodowe wydarzenia. Najpierw, wspólnie z Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Pielęgniarek i Położnych kontynuowaliśmy walkę o poprawę warunków pracy i płacy polskich pielęgniarek i położnych. Skutkiem tego było podpisanie, po trwających pół roku negocjacjach, w dniu 9 lipca 2018 r. porozumienie pomiędzy Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Pielęgniarek i Położnych, Naczelną Izbą Pielęgniarek i Położnych, Ministrem Zdrowia oraz Narodowym Funduszem Zdrowia. Realizacją Porozumienia były rozporządzenia Ministra Zdrowia oraz Komunikat Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, które określały wzrost wynagrodzenia dla pielęgniarek i położnych. Niestety nawet te akty prawne, jak się okazuje, nie zabezpieczyły całkowicie interesu pielęgniarek i położnych zatrudnionych u lekarzy poz. Ocena skutków finansowych na poziomie legislacji rozporządzenia przewidywała wzrost wynagrodzenia dla pielęgniarek i położnych zatrudnionych w praktyce lekarza rodzinnego, podobnie jak uzasadnienie do rozporządzenia Ministra Zdrowia. Narodowy Fundusz Zdrowia przekazał, zgodnie z aneksami do umów z lekarzami rodzinnymi, wzrost stawki kapitałowej dla określonych grup wiekowych pacjentów z przeznaczeniem na wzrost wynagrodzenia dla pielęgniarek. Pomimo zapewnień NFZ, że środki finansowe zostały zabezpieczone i przekazane świadczeniodawcom, to nadal nie trafiły one w ogóle lub w pełnej formie do zatrudnionych pielęgniarek. Niestety okręgowa rada może jedynie podejmować działania wspierające poszczególnych pracowników oraz interweniuje u płatnika i Ministra Zdrowia, także za pośrednictwem Naczelnej Izby jako sygnatariusza Porozumienia, w sprawie respektowania jego zapisów oraz zapisów rozporządzenia Ministra Zdrowia. Niestety regulacją płacy nie zostały ujęte pielęgniarki i położne realizujące świadczenia poza kontraktem z NFZ. Są to nasze Koleżanki zatrudnione domach pomocy społecznej, żłobkach, stacjach inspekcji sanitarnej, stacjach krwiodawstwa, służbach mundurowych, nauczyciele akademicy.

Wspólnie opracowana Strategia na rzecz rozwoju pielęgniarstwa systematyzuje działania na rzecz naszych profesji w określonym czasie. Początek roku to czas wprowadzenia minimalnych norm zatrudnienia w leczeniu szpitalnym, 6 dni urlopu szkoleniowego dla osób podnoszących swoje kwalifikacje oraz wprowadzenie porady pielęgniarskiej odrębnie finansowanej.

Potrzeba aktualizacji oraz dostosowania wewnętrznych aktów prawnych samorządu zawodowego do ogólnie obowiązujących przepisów prawa spowodowała zwołanie Nadzwyczajnego Zjazdu Krajowego, który zaplanowany jest na 5-6 czerwca 2019 roku w Warszawie.

Dziękuję wszystkim za ten wspólnie spędzony rok i zaangażowanie w pracę na rzecz naszego środowiska. Szczególnie dziękuję osobom zaangażowanym w pracę organów okręgowej izby, pracownikom biura oraz wszystkim ludziom, którzy angażowali się bezpośrednio w działania lub wspierali swoimi pomysłami i konstruktywnymi uwagami.

Życzę wszystkim Koleżankom i Kolegom obcy Nowy Rok 2019 przyniósł wiele zdrowia, pomysłowości i siły do realizacji zamierzeń. Jednocześnie też, aby Nowonarodzone Dziecię odmieniło to co złe, niedobre i niegodziwe, przemieniając ludzkie serca.

Przewodniczący Okręgowej Rady
Pielęgniarek i Położnych w Kaliszu
(-) Marek Przybył

2019
2019

Z okazji Nowego Roku życzymy
Państwu zdrowia, samych
wspaniałych dni, wszelkiej
pomyślności w życiu osobistym
oraz sukcesów w pracy zawodowej.

Redakcja Biuletynu

2019
2019



OKRĘGOWA IZBA PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH Z SIEDZIBĄ W KALISZU

OKRĘGOWA RADA PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

L.dz. *0277/499/2018*

Kalisz, dnia. *06.08.2018*

Prezes

Urzędu Ochrony Danych Osobowych

ul. Stawki 2

00-193 Warszawa

Szanowny Panie Prezes,

W związku z licznymi pytaniami napływającymi do Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych z siedzibą w Kaliszu, proszę o interpretację dotyczącą powoływania IOD (Inspektora Ochrony Danych) w indywidualnych praktykach, grupowych praktykach pielęgniarek i położnych oraz niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej działających na podstawie spółki cywilnej lub spółki partnerskiej. RODO nie definiuje pojęcia „dużej skali” przetwarzania danych, a dostępne interpretacje prawne nie są jednoznaczne, a często pozostają ze sobą w sprzeczności.

Wobec powyższego proszę o odpowiedź:

1. Czy indywidualne i grupowe praktyki pielęgniarek i położnych działające na podstawie umowy spółki cywilnej lub spółki partnerskiej, są zobowiązane do powoływania i zgłaszania IOD?
2. Czy niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej (5-6 osób) działające na podstawie umowy spółki cywilnej lub spółki partnerskiej, są zobowiązane do powoływania i zgłaszania IOD?

2 powołania

PRZEWODNICZĄCY
Okręgowej Rady Pielęgniarek
i Położnych w Kaliszu
mgr Marek Przybył



**URZĄD
OCHRONY DANYCH OSOBOWYCH**

Zespół Współpracy z Administratorami Danych

Warszawa, 11 grudnia 2018 r.

ZWAD.405.32.680.2018.MW
23783



**Pan
Marek Przybył
Przewodniczący
Okręgowa Rada Pielęgniarek
i Położnych w Kaliszu
ul. Korczak 4A
62-800 Kalisz**

W odpowiedzi na pismo z dnia 6 sierpnia 2018 r. dotyczące wątpliwości co do powołania IOD, informuję że zgodnie z przepisami RODO¹ (art. 37 ust. 1) obowiązek wyznaczenia inspektora ochrony danych występuje gdy:

- przetwarzania dokonują organ lub podmiot publiczny,
- główna działalność administratora lub podmiotu przetwarzającego polega na operacjach przetwarzania, które ze względu na swój charakter, zakres lub cele wymagają regularnego i systematycznego monitorowania osób, których dane dotyczą, na dużą skalę,
- główna działalność administratora lub podmiotu przetwarzającego polega na przetwarzaniu na dużą skalę szczególnych kategorii danych osobowych albo danych osobowych dotyczących wyroków skazujących i czynów zabronionych.

Sposób sformułowania przepisu określającego obowiązek wyznaczenia inspektora jest mało precyzyjny, ale takie sformułowanie zostało użyte celowo, właśnie po to, aby administrator danych samodzielnie dokonywał analizy sytuacji i ocenił, czy taki obowiązek w jego przypadku istnieje. Co więcej – w Wytycznych Grupy Roboczej Art. 29 dotyczących inspektorów ochrony danych (WP 243) dostępnych pod linkiem <https://uodo.gov.pl/pl/10/7>, zaleca się, aby przeprowadzenie oceny w zakresie istnienia bądź braku obowiązku wyznaczenia inspektora udokumentować, a nawet powtarzać taką ocenę w razie potrzeby, co jakiś czas. Sytuacja danego podmiotu może się bowiem zmieniać. Na przykład mała przychodnia może stopniowo rozszerzać swoją działalność, obejmując nowe usługi i świadczenia i po jakimś czasie stać się dużym podmiotem przetwarzającym dane wrażliwe na dużą skalę.

W celu ułatwienia administratorowi dokonania oceny, czy jest zobowiązany do wyznaczenia IOD, Grupa Robocza art. 29 w powołanych wyżej wytycznych zawarła wskazówki, jak należy rozumieć „główną działalność” czy „dużą skalę”, a także wiele praktycznych, konkretnych przykładów sytuacji spełniających te kryteria.

W wytycznych zaznaczono, że w przypadku np. placówek medycznych główną działalnością jest wprawdzie zapewnienie opieki zdrowotnej, ale ta działalność nie byłaby możliwa bez przetwarzania danych w formie dokumentacji medycznej. Jako przykład działalności głównej polegającej na przetwarzaniu na dużą skalę wrażliwych danych osobowych jest podana właśnie działalność szpitali.

Innymi przykładami przetwarzania na dużą skalę jest m.in.:

- przetwarzanie danych klientów przez banki albo ubezpieczycieli w ramach prowadzonej działalności,
- przetwarzanie danych do celów reklamy behawioralnej przez wyszukiwarki.

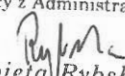
Jednocześnie w wytycznych przywołuje się następujące przykłady przetwarzania danych niemieszczącego się w definicji dużej skali:

- przetwarzanie danych pacjentów dokonywane przez pojedynczego lekarza,
- przetwarzanie danych dotyczących wyroków skazujących lub naruszeń prawa przez adwokata.

Nawet w sytuacji, gdy przepisy RODO nie nakładają wprost obowiązku powołania IOD, Grupa Robocza Art. 29 w Wytycznych zachęca do dobrowolnego wyznaczenia IOD.

¹ rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych); (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1, z późn. zm.). Zmiana wymienionego rozporządzenia została ogłoszona w Dz. Urz. UE L 127 z 23.05.2018, str. 2

Z up. Prezesa
Urzędu Ochrony Danych Osobowych
Zastępcą Dyrektora
Zespołu Współpracy z Administratorami Danych


Elżbieta Rybska

SAMOISTNE BÓLE GŁOWY

Ból głowy to częsty problem, który występuje u wielu osób. W większości przypadków bóle głowy samoistnie znikają. Jednak zdarzają się sytuacje, gdy ból głowy jest nasilony i często się powtarza. Dla pacjenta jest to uciążliwe i przeszkadza w jego codziennym funkcjonowaniu. Jest wiele przyczyn bólu głowy.

Ból głowy może być objawem choroby (tzw. objawowy ból głowy) lub odrębną chorobą stanowiącą pierwotny (tzw. samoistny ból głowy). Międzynarodowe Towarzystwo Bólu Głowy zgodnie z nowoczesną klasyfikacją bólów głowy wyróżnia trzy grupy: pierwotne (samoistne) bóle głowy; wtórne (objawowe) bóle głowy; neuralgie czaszkowe, bóle twarzy i inne bóle głowy.

Przyczyną objawowego bólu głowy może być np. zapalenie zatok, zapalenie ucha, choroby zębów i dziąseł, grypa, choroby oczu, alergię, zwyrodnienia kręgosłupa, nadciśnienie tętnicze, zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, palenie papierosów, nadużywanie alkoholu, zatrucia, nowotwory, urazy głowy, zaburzenia nastroju. Ważna jest umiejętność określenia rodzaju bólu głowy, która pozwoli rozpoznać przyczynę występującego objawu i wynikające z tego zagrożenie życia. Niebezpieczną dla chorego przyczyną objawowego bólu głowy sugeruje jego nagły początek, bardzo silny i narastający, spowodowany wysiłkiem, zaburzenia świadomości, pamięci, początek bólów po 50. roku życia.

Samoistne bóle głowy.

Samoistne bóle głowy (migrena, ból typu napięciowego i klastrowy) rozpoczynają się w zasadzie w wieku młodym i trwają przez wiele lat, czasem aż do późnej starości. O tej możliwości nie należy zapominać, mając kontakt z pacjentem w wieku podeszłym, który zgłasza ból głowy. Należy pamiętać o przeprowadzeniu dokładnego wywiadu dotyczącego bólu głowy w przeszłości. Niekiedy można też natrafić na szczególne zjawisko remisji migreny w wieku średnim i ponowienia jej w wieku starszym.

Na migrenę częściej chorują kobiety. Migrena zaczyna się już w dzieciństwie lub częściej u młodych osób.

Migrena charakteryzuje się nawracającymi bólami głowy, które występują napadowo. Między napadami nie ma w zasadzie żadnych dolegliwości, chociaż są od tej reguły wyjątki. Etiopatogeneza migreny nadal pozostaje nieznana. Przyjmuje się, że w okresie aury występuje skurcz niektórych naczyń, a przynajmniej regionalne zmniejszenie przepływu mózgowego, natomiast w okresie bólowym dochodzi do nadmiernego rozszerzenia tych naczyń, uwalniania transmittorów zapalnych, wazoaktywnych i bólotwórczych. Następuje jałowe (neurogenne) przemijające zapalenie okołonaczyniowe i obrzęk. W napadzie odgrywają rolę receptory serotoninowe. Wyróżnia się dwie najczęstsze postaci napadów: migrenę bez aury i migrenę z aurą. Napad migreny bez aury zaczyna się od razu bólem głowy, średnio nasilonym lub silnym. Ból obejmuje najczęściej prawą lub lewą połowę głowy. Strona ta ulega zwykle zmianie w kolejnych napadach. W toku napadu ból może objąć całą głowę, może też od początku dotyczyć całej

głowy. Jest to przeważnie ból tętniący. Bólowi towarzyszą inne objawy takie jak : nudności, wymioty, światłowstręt (fotofobia), złe znoszenie hałasu (fonofobia) i zapachów (osmofobia). Ruch i aktywność fizyczna nasilają ból.

W migrenie z aurą wszystkie wymienione dotąd objawy są poprzedzone tzw. aurą. Występuje ona na kilka, kilkadziesiąt minut przed bólem, trwa kilka minut i ustępuje. Najczęściej polega na pojawieniu się w polu widzenia błyszczącej i drgającej plamy (tzw. mroczek migocący), rzadziej ubytku części pola widzenia (np. niedowidzenie połowicze) lub nawet przemijającej całkowitej utraty widzenia. Inne – rzadsze postaci aury – to jednostronne parestezje (np. twarzy i ręki), niedowład połowiczy (tzw. migrena hemiplegiczna – przeważnie rodzinna) lub afazja.

Napady migreny trwają różnie długo – od 4 do 72 godzin. Mogą być krótsze (zwłaszcza u dzieci), szczególnie długie napady, pogarszające stan ogólny (odwodnienie) ujmuje się je jako stan migrenowy. Również częstotliwość napadów jest różna: od pojedynczych do kilku w roku, a nawet czasem do 8 w miesiącu. Pod względem nasilenia dzieli się napady na lekkie (osoby są zdolne do pracy i zajęć codziennych), średnio ciężkie (występuje znaczne upośledzenie zdolności do pracy) i ciężkie (jest konieczność pozostania w łóżku). Napady migrenowe występują na ogół spontanicznie, ale w niektórych przypadkach są prowokowane przez różne czynniki: zmiany pogody (wiatry halne), miesiączkę, niektóre pokarmy i napoje (czekolada, czerwone wino, wysokogatunkowe sery, tłuste potrawy, cytrusy itp.), stres (zwykle nie natychmiast po jego zadziałaniu, ale po kilku, kilkunastu godzinach), podróż, niewłaściwy sen (zbyt długi sen w weekendy), pozostawanie na czczo, niektóre leki (np. leki rozszerzające naczynia).

Rozpoznanie migreny opiera się głównie na podstawie badania podmiotowego i przedmiotowego, w którym należy rozpoznać, bez sugestii pacjenta, typowe napady. Oczywiście konieczne jest badanie ogólnolekarskie i neurologiczne, pomiar ciśnienia tętniczego i badanie dna oka. Do rozpoznania migreny nie są w zasadzie konieczne badania laboratoryjne, m.in. zbędne są w typowych przypadkach zdjęcia przeglądowe czaszki, kręgosłupa szyjnego. Badanie EEG często wykazuje w migrenie różne zmiany, nawet zbliżone do padaczki.

Badania obrazowe wykonuje się tylko z powodu szczególnych wskazań (np. aura z objawami niedowładu lub afazji, późny początek choroby, nietypowy przebieg choroby i napadów).

Migrena transformowana

W ostatnich latach wyodrębniono migrenę transformowaną. Stanowi ona co najmniej 20% przypadków migreny. Po wielu latach trwania typowych napadów migreny następuje zmiana w codzienne bóle głowy. Transformacja ta w znacznej większości przypadków związana jest z nadużywaniem zwykłych (nienarkotycznych) leków przeciwbólowych, ergotaminy, tryptanów. Bóle głowy pojawiają się rano w momencie budzenia. Ich nasilenie jest zmienne. Umiejęscowienie bólu jest różne. Może występować obustronny ból czołowo-skroniowy, tylko skroniowy lub uogólniony – zdarza się również ból jednostronny, który może być stały, niekiedy dotyczy okolicy jednego oczodołu.

Powikłania migreny

Najczęstszymi powikłaniami migreny są: stan migrenowy, migrena przewlekła, migrenowy zawał mózgu, drgawki aktywowane migreną.

Skutecznym sposobem leczenia migreny jest stosowanie leków tryptanowych. W napadach migreny o lekkim nasileniu skuteczne są proste środki przeciwbólowe. W leczeniu profilaktycznym migreny najczęściej stosuje się: leki przeciwdepresyjne, przeciwpadaczkowe, blokery kanału wapniowego.

Opiekując się pacjentem z migreną należy zwrócić uwagę na edukację w zakresie unikania czynników, które ją prowokują i przestrzeganie zleconej farmakoterapii. W sytuacji wystąpienia objawów zapowiadających napad migreny zalecić zastosowanie okładu zimnego lub ciepłego na głowę, położenie się wyciszonym pokoju, masowanie karku, wykonanie ucisku na skroń na wysokości oczu, przyjęcie leku przeciwbólowego. Gdy ból już wystąpi powinny być podane leki przeciwbólowe, zapewniony spokój.

Ból głowy typu napięciowego

Ból głowy typu napięciowego (tension-type headache), czyli ból głowy napięciowy, zwany dawniej bólem zwykłym naczynioruchowym lub przewlekłym samoistnym bólem głowy. Różni się zdecydowanie od migreny, jest nawet częściej występuje. Niekiedy obie postacie bólu głowy współistnieją u tego samego chorego (tzw. mieszany ból głowy – mixed headache), co powoduje trudności rozpoznawcze i terapeutyczne.

Ból napięciowy występuje przeważnie u kobiet i zaczyna się w młodości, ale może przetrwać do wieku podeszłego, natomiast rzadko początek choroby przypada powyżej 50. roku życia. Głównym objawem są tępe, uciskowe bóle, niezbyt nasilone, obejmujące całą głowę bądź umiejscowione w czole lub skroniach czy też potylicy. Nie mają one charakteru napadowego, nasilają się powoli, trwają cały dzień lub kilka dni, a po dłuższej lub krótszej przerwie znów powracają. Czynnikiem sprzyjającym nawrotom jest przede wszystkim stres emocjonalny, brak wystarczającej ilości snu, głód,

spożycie alkoholu, przegrzanie, zmiana pogody. Ten typ bólu głowy towarzyszy często nerwicom. Etiopatogeneza omawianej choroby nie jest znana. Podejrzewa się istnienie bliżej niesprecyzowanych zaburzeń naczynioruchowych, być może z przewagą skurczu naczyń. Autorzy anglosascy wiążą opisany typ bólu głowy z napięciem mięśni głowy w wyniku podświadomych mechanizmów obronnych wobec czynników konfliktowych – stąd nazwa „napięciowy ból głowy”. Wydaje się, że oba mechanizmy – naczyniowy i mięśniowy współdziałają ze sobą.

Leczenie napięciowego bólu głowy jest trudne. Doraźnie zaleca się zwykle środki przeciwbólowe i zwraca się uwagę, aby nie spowodować polekowych bólów głowy. W postaci przewlekłej stosuje się leki przeciwdepresyjne, przeciwłkowe w niewielkich dawkach przez dłuższy czas.

Napięciowy ból głowy jest to bólem „nieswoistym”, tzn. pozbawiony jest jakichkolwiek cech charakterystycznych czy typowych (inaczej niż w migrenie, gdzie są znamienne napady), dlatego wymaga różnicowania ze wszelkimi bólami objawowymi.

Klasterowy ból głowy

Klasterowy ból głowy (cluster headache), nazywany dawniej bólem Hortona lub histaminowym. Jest to dość rzadka napadowa choroba, w której ból głowy jest bardzo intensywny. Przez wiele lat nie zawsze był uznawany za jednostkę chorobową. Prawdopodobnie z uwagi na jej rzadkość.

Choroba może zacząć się w każdym wieku, większość pacjentów to osoby młode lub w wieku średnim. Obraz kliniczny bólu głowy jest charakterystyczny. Istota choroby polega na napadach bardzo silnego jednostronnego bólu w otoczeniu oczodołu, czoła i skroni. Napadowi towarzyszą: łzawienie, zaczerwienienie oka, obrzęk powieki, objaw Hornera, wyciek surowiczy z nosa lub uczucie jego zatkania. Te objawy dołączają się z różną częstością i w różnych kombinacjach. Napad trwa od kilkunastu minut do 3 godz. i może powtarzać się kilkakrotnie w ciągu doby, głównie w nocy lub w czasie drzemki w ciągu dnia, często o tej samej porze. Po kilku – kilkunastu tygodniach napady ustępują samoistnie i występuje pełna remisja, która może trwać od kilku tygodni do kilkunastu lat. Okres, w którym występują bóle nazywamy klasterem. Ten charakterystyczny przebieg rzutami dotyczy większości chorych i taką postać choroby (najczęstszą) ujmuje się jako epizodyczną. W około 10-15% przypadków nie ma remisji – oznacza to, że jest to przewlekła postać choroby. Cechuje się ona dużą opornością terapeutyczną.

Leczenie klasterowego bólu obejmuje zwalczanie pojedynczego napadu, przerwanie klasteru i leczenie profilaktyczne. Doraźne przerwanie napadu można uzyskać, stosując między innymi wdychanie czystego tlenu przez maskę.

Szyjnopochodny ból głowy

Główną jego cechą są incydenty bólu rozpoczynające się w okolicy szyjnej kręgosłupa i promieniujące do okolicy czołowo-skroniowej i oczodołu. Mogą występować objawy

towarzyszące takie jak : zawroty głowy, mdłości, wymioty, fonofobia, fotofobia. Nie stwierdza się charakterystycznych zmian w badaniu radiologicznym części szyjnej kręgosłupa. Ból jest umiarkowany, niepulsujący. W rozpoznaniu bólu ważne jest stwierdzenie zniesienia bólu po blokadzie nerwu potylicznego po stronie bólu za pomocą środków do znieczulenia miejscowego

Przewlekła napadowa hemikrania

Jest to bardzo rzadką chorobą. Klinicznie jest zbliżona do bólu klasterowego, ale znacznie – ponad 10-krotnie – od niego radsza. Uznano ją za odrębną jednostkę chorobową, zaliczaną obecnie do tzw. trójdzielno-autonomicznych bólów głowy.

W obrazie klinicznym dominują napadowe bóle głowy. Są to bóle ściśle połowicze (wyjątkowo zdarzają się przypadki z bólem obustronnym), umiejscowione w otoczeniu oczodołu (skroń, czoło) ewentualnie sięgające do ciemienia, a czasem nawet do karku lub ramienia. Bólowi towarzyszy przekrwienie spojówek, łzawienie, obrzęk powiek, pocenie czoła, objaw Hornera. Napady są jednak bardzo krótkie (kilka, wyjątkowo kilkadziesiąt minut), ale powtarzają się wielokrotnie w ciągu doby (nawet do 40). Rozróżnia się dwie postacie choroby: klasyczną – przewlekłą, tj. bez remisji i epizodyczną. Najbardziej znaną cechą jest skuteczność indometacyny, która prawie u wszystkich chorych powoduje całkowite ustąpienie napadów najpóźniej w ciągu 48 godz. po podjęciu leczenia.

Śródsenny ból głowy

Jest to postać bólu głowy, która w większości dotyczy osób powyżej 60. roku życia [8]. W 1988 r. Raskin [8] opublikował pod nazwą hypnic headache opis 6 chorych ze szczególnym, dotąd – jak się wydaje – niewyodrębnianym zespołem bólowym głowy. Do chwili obecnej w piśmiennictwie przedstawiono już dość liczne podobne przypadki.

Obraz kliniczny jest dość znamieny. Większość opisanych dotąd przypadków dotyczyła osób starszych, po 60. roku życia, jednak dokładniejsze anamnezy wykazały, iż choroba może zaczynać się w wieku młodszym, ale małe nasilenie dolegliwości sprawia, że chorzy tacy nie zgłaszają się początkowo do lekarzy. Śródsenny ból głowy wydaje się występować z równą częstością u mężczyzn i kobiet. Istota choroby polega na napadach bólu głowy o różnym nasileniu, tętniącego lub uciskowego, najczęściej obustronnego, umiejscowionego przeważnie w okolicy czołowej, ale może on dotyczyć także innych okolic. W części przypadków ból bywa jednostronny. Spostrzegano też napady towarzyszące drzemkom w ciągu dnia. Ból ma przeważnie średnie nasilenie, ale może być bardzo silny. Częstość napadów jest różna. Czas trwania choroby w opisanych dotąd przypadkach mieści się w granicach od pół roku do 30 lat (średnio 7,8 lat). Przebieg choroby jest więc bardzo przewlekły. Opisano też samoistne, różnie długie remisje. Bólowi zasadniczo nie towarzyszą inne dolegliwości.

Należy jeszcze raz podkreślić rolę pielęgniarki w opiece nad pacjentem z samoistnym bólem głowy:

- istotna jest edukacja pacjenta w celu uzyskania kontroli nad napadami bólu;
- określenie czynników, które prowokują różne rodzaje napadów bólu głowy;
- informowanie o sposobach radzenia sobie z bólem głowy i objawami towarzyszącymi;
- udział w leczeniu farmakologicznym i nefarmakologicznym.

Przygotowała na podstawie piśmiennictwa

Krystyna Połomska

Jaracz K., Kozubski W.: Pielęgniarstwo neurologiczne.

Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2012

https://www.mp.pl/Dla_pacjentow/neurologia/

KONDOLENCJE

Wyrazy głębokiego współczucia Koleżance

Aldonie Ruszkowskiej

z powodu śmierci **Ojca**

składają Pielęgniarki i Położne SP ZOZ w Kępnie

Czas jest najlepszym lekarstwem na smutek

Naszej kochanej Koleżance

Lucynie Segiet

Wyrazy żalu i szczerego współczucia

z powodu śmierci **Męża**

składają Personel Oddziału Chirurgicznego w Kępnie

Wyrazy współczucia naszej Koleżance

Aldonie Ruszkowskiej

z powodu śmierci **Ojca**

składają Pielęgniarki Oddziału Internistycznego SP ZOZ
w Kępnie

Wyrazy głębokiego współczucia Koleżance

Lucynie Segiet

z powodu śmierci **Męża**

składają Pielęgniarki i Położne Oddziału SP ZOZ w Kępnie

SZKOLENIA

SZKOLENIA, KONFERENCJE

W dniu 06.12.2018r. w Centrum Księdza Orione w Kaliszu odbyło się spotkanie edukacyjne zorganizowane we współpracy z Family Service PELARGOS nt. „Wielochorobowość – specyfika opieki nad pacjentem geriatrycznym”.

Tym razem szkolenie było adresowane dla pielęgniarek i położnych pracujących w Domach Pomocy Społecznej, POZ oraz oddziałów geriatrycznych, paliatywnych, psychiatrycznych i ginekologicznych.

Natomiast 13.12.2018r. w Państwowej Wyższej Szkole Zawodowej w Kaliszu odbyła się konferencja naukowo-szkoleniowa nt. „Etyka i odpowiedzialność w pracy zawodowej pielęgniarki i położnej”.

Prelegentem był m.in. Przewodniczący Komisji Etyki Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w Warszawie i Przewodniczący Małopolskiej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krakowie – dr n. o zdr. Tadeusz Wadas.

Uczestnicy obejrzeli ciekawy film zrealizowany przez telewizję krakowską o bł. Hannie Chrzanowskiej pt. „Świadectwo”.

Dział szkoleń Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych zorganizował dla Fundacji przy Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych kurs dokształcający w zakresie „Uzależnienia i zachowania agresywne w praktyce pielęgniarek i położnych”

Szkolenie trwało od 24.11.18 do 20.12.2018r.

PLAN SZKOLEŃ NA 2019 ROK

OKRĘGOWA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W KALISZU

L./p	TEMATYKA	Planowany termin szkolenia	Minimalna liczba uczestników
1.	Edukator w cukrzycy kurs specjalistyczny przeznaczony dla pielęgniarek i położnych * teoria - 96 godz * zajęcia praktyczne - 64 godz.	Luty 2019r.	15
2.	Szczepienia ochronne kurs specjalistyczny przeznaczony dla pielęgniarek * teoria - 35 godz. * zajęcia praktyczne - 45 godz.	Luty 2019r. Wrzesień 2019r.	15
3	Resuscytacja krążeniowo-oddechowa kurs specjalistyczny przeznaczony dla pielęgniarek i położnych * wykłady - 30 godz. * ćwiczenia – 25 godz. * zajęcia praktyczne – 35 godz.	Marzec 2019r. Październik 2019r.	15
4	Pielęgniarstwo anestezjologicznego i intensywnej opieki w położnictwie i ginekologii kurs kwalifikacyjny przeznaczony dla położnych * teoria - 160 godz. * zajęcia praktyczne – 217 godz.	Marzec 2019r. Zjazdy 2 x w miesiącu / piątek, sobota , niedziela /	15
5.	Pielęgniarstwo kardiologiczne kurs kwalifikacyjny przeznaczony dla pielęgniarek * teoria - 200 godz. * zajęcia praktyczne – 238 godz.	Czerwiec 2019r Zjazdy 2 x w m-cu /piątek, sobota, niedziela /	15
6.	Pielęgniarstwo rodzinne Szkolenie specjalizacyjne przeznaczone dla pielęgniarek * teoria - 500 godz. * zajęcia praktyczne – 350 godz.	wrzesień 2019r. Zjazdy 1 x w m-cu /piątek, sobota, niedziela /	20
7.	Pielęgniarstwo rodzinne Szkolenie specjalizacyjne przeznaczony dla położne * teoria - 495 godz. * zajęcia praktyczne – 329 godz.	Wrzesień 2019r. Zjazdy 1 x w m-cu /piątek, sobota, niedziela/	20

8.	Wykonanie konikopunkcji, odbarczanie odmy prężnej oraz wykonanie dojścia doszpikowego kurs specjalistyczny przeznaczony dla pielęgniarek Państwowego Ratownictwa Medycznego * teoria 15 godz. * ćwiczenia w warunkach symulowanych -25 godz.	Marzec 2019r.	15
9.	Edukacja i wsparcie kobiety w okresie laktacji kurs specjalistyczny przeznaczony dla położnych * teoria - 27 godz *ćwiczenia - 7 godz. *zajęcia praktyczne - 28 godz.	kwiecień 2019r.	15
10.	Obsługa portu donaczyniowego kurs dokształcający przeznaczony dla pielęgniarek i położnych *teoria – 9 *ćwiczenia – 5 godz.	maj 2019r.	20
11.	Opieka nad osobami z cukrzycą stosującymi terapię ciągłego podskórnego wlewu insuliny (CPWI) kurs specjalistyczny przeznaczony dla pielęgniarek i położnych * teoria - 29 godz. *ćwiczenia - 75 godz. *zajęcia praktyczne - 25 godz.	maj 2019r.	15
12.	Opieka pielęgniarska nad chorymi dorosłymi w leczeniu systemowym nowotworów kurs specjalistyczny przeznaczony dla pielęgniarek i położnych * teoria - 35 godz. *zajęcia praktyczne - 35 godz.	.kwiecień 2019r.	15
13.	Opieka nad kobietą z cukrzycą w okresie okołoporodowym kurs specjalistyczny przeznaczony dla położnych * teoria - 44 godz. *zajęcia praktyczne - 136 godz.	Czerwiec 2019r.	15
14.	Opieka nad dziećmi i młodzieżą z cukrzycą kurs specjalistyczny przeznaczony dla pielęgniarek * teoria - 60 godz. *zajęcia praktyczne - 45 godz.	Czerwiec 2019r.	15
15.	Resuscytacja oddechowo-kръżeniowa noworodka kurs specjalistyczny przeznaczony dla pielęgniarek i położnych * teoria - 27 godz. *ćwiczenia - 30 godz.	Czerwiec 2019r.	15
16.	Rehabilitacja osób z przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi kurs specjalistyczny przeznaczony dla pielęgniarek * wykłady - 50 godz. * zajęcia praktyczne – 35 godz.	Grudzień 2019r	15
17.	Dializoterapia kurs specjalistyczny przeznaczony dla pielęgniarek * teoria-75 godz. * zajęcia praktyczne-90 godz.	wrzesień 2019r	15
18.	Terapia bólu ostrego u dorosłych kurs specjalistyczny przeznaczony dla pielęgniarek i położnych * wykłady - 28 godz. * zajęcia praktyczne – 28 godz.	wrzesień 2019r	15
19.	Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego u dorosłych kurs specjalistyczny przeznaczony dla pielęgniarek i położnych * teoria – 35 godz. * zajęcia praktyczne – 70 godz.	marzec 2019r wrzesień 2019r.	15

20	Monitorowanie dobrostanu płodu w czasie ciąży i podczas porodu kurs specjalistyczny przeznaczony dla położnych * teoria – 35 godz. * zajęcia praktyczne – 55 godz.	Wrzesień 2019r	15
21.	Leczenie ran kurs specjalistyczny przeznaczony dla pielęgniarek * teoria – 80 godz. * zajęcia praktyczne – 120 godz.	kwiecień 2019r.	15

Wskazane szkolenia są propozycją skierowaną do zainteresowanych pielęgniarek i położnych, natomiast zostaną zorganizowane po uzyskaniu potwierdzenia wymaganej liczby uczestników.

W razie niemożności zorganizowania kursu z przyczyn niezależnych, Organizator zastrzega sobie możliwość odwołania szkolenia.

Jednocześnie informujemy, że istnieje możliwość zorganizowania szkoleń na terenie Zakładów Opieki Zdrowotnej dla pracowników tej jednostki.

Ceny kursów uzależnione są od ilości osób.

KALENDARIUM WAŻNIEJSZYCH WYDARZEŃ W ROKU 2018

OKRĘGOWA RADA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W KALISZU

styczeń

• 27.01.2018 – „Leczenie odleżyn w świetle wytycznych PTLR” – Kalisz

• 17.01.2018 – Posiedzenie Prezydium ORPiPw Kaliszu

luty

• 14.02.2018 – Posiedzenie Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Kaliszu

• 28.02.2018 – Posiedzenie Prezydium ORPiPw Kaliszu

marzec

• 23.03.2018 – Zjazd OIPiP w Kaliszu

• 24.03.2018 – specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego – Warta

• 28.03.2018 – Posiedzenie Prezydium ORPiPw Kaliszu

kwiecień

• 12.04.2018 – spotkanie pielęgniarek poz., z Konsultantem wojewódzkim w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego Alicją Stanikowską

• 24.04.2018 – specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego – Kalisz

• 24.04.2018 – specjalizacja w dziedzinie – pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki – Kalisz

• 25.04.2018 – Posiedzenie Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Kaliszu

• 28.04.2018 – Uroczystość Beatyfikacji Sługi Bożej Hanny Chrzanowskiej – Kraków

maj

• 17.05.2018 – Konferencja – „Wieloaspektowość pielęgniarstwa onkologicznego” – Pleszewskie Centrum Medyczne – spotkanie z konsultantem wojewódzkim

• 18 – 20.05.2018 – wycieczka – Wiedeń

• 11.05.2018 – Konferencja z okazji dnia pielęgniarki i dnia położnej – „Opieka nad matką i dzieckiem w trakcie porodu. Aspekty prawne i psychiatryczne” – PWSZ Kalisz

• 24.05.2018 – odebranie relikwii Błogosławionej Sługi Bożej Hanny Chrzanowskiej – dla kaplicy Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Kaliszu

• 29.05.2018 – „Neurorozwojowe postępowanie z noworodkiem” – Ośrodek Orionistów

czerwiec

• 06.06.2018 – Posiedzenie Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Kaliszu

• 12.06.2018 – „Zagadnienia RODO” – mec. Dawid Grysztar, „Elektroniczna dokumentacja medyczna – KAMSOF – Ośrodek Orionistów Kalisz

• 21.06.2018 – uroczyste wprowadzenie relikwii Błogosławionej Hanny Chrzanowskiej – Wojewódzki Szpital Zespołowy – Kalisz

• 26.06.2018 – „Zagadnienia RODO” mec. Wojtal – PWSZ Kalisz

• 30.06.2018 – kurs doszkalcający – obsługa portu donaczyńowego – Jarocin

lipiec

• 22.07.2018 – kurs specjalistyczny – leczenie ran – Jarocin

• 25.07.2018 – Posiedzenie Prezydium ORPiP w Kaliszu

sierpień

• 31.08.2018 – kurs specjalistyczny – wykonywanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego – Jarocin

• 29.08.2018 – Posiedzenie Prezydium ORPiP w Kaliszu

• 31.08.2018 – kurs specjalistyczny – wywiad i badanie fizykalne – Kalisz

wrzesień

• 3.09.2018 – kurs specjalistyczny – resuscytacja krążeniowo oddechowa – Kalisz

• 5.09.2018 – Posiedzenie Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Kaliszu

• 7 – 9. 09.2018 – wycieczka do Wiednia (II edycja)

• 27.09.2018 – Posiedzenie Prezydium ORPiP w Kaliszu

październik

- 6.10.2018 – kurs specjalistyczny –resuscytacja krążeniowo oddechowa –Jarocin
- 10.10.2018 – Spotkanie z Pełnomocnymi Przedstawicielami OR
- 13.10.2018 – zakończenie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego –Kalisz
- 16.10.2018 – specjalizacji w dziedzinie neonatologii (II edycja) – Ośrodek kształcenia w Krośnie

listopad

- 7.11.2018 – Posiedzenie Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Kaliszu
- 21.11.2018 – Posiedzenie Prezydium ORPiPw Kaliszu
- 22.11.2018 – „Audyt RODO” –PrometriqAkademia Zarządzania Sp. z o.o. –Kalisz (Inkubator Przedsiębiorczości)
- 23.11.2018 – Wprowadzenie relikwii bł. Hanny Chrzanowskiej do kościoła NMP Królowej Polski w Ostrowie Wielkopolskim

- 27-28.11.2018 – Spotkanie z osobami, które otrzymały uprawnienia emerytalne
- 29.11.2018 – Spotkanie z położnymi i pielęgniarkami neonatologicznymi

grudzień

- 3.12.2018 – Spotkanie z pielęgniarkami poz w Krotoszynie
- 6.12.2018 – „Wielochorobowość, specyfika opieki nad pacjentem geriatrycznym” –Pelargos– Ośrodek Orionistów
- 11.12.2018 – Spotkanie z pielęgniarską Kadrą kierowniczą
- 12.12.2018 – Posiedzenie Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Kaliszu
- 13.12.2018 – „Etyka i odpowiedzialność w pracy zawodowej pielęgniarki i położnej” –PWZS Kalisz
- 18.12.2018 – Spotkanie opłatkowe w CRR Jedlec
- 19.12.2018 – Spotkanie opłatkowe w WSZ w Kaliszu
- 27.12.2018 – uroczystość XX-leciaNZOZ Medyk-Pol

KONFERENCJA NAUKOWO-SZKOLENIOWA

SZKOLENIA



20-LECIE ZAKŁADU „MEDYK-POL”

Pragniemy wyrazić serdeczne podziękowanie za przybycie i udział w naszej uroczystości z okazji 20-lecia istnienia zakładu „MEDYK-POL” przewodniczącego OIPIP w Kaliszu Marka Przybyła.

Dziękujemy za piękne gratulacje, życzenia i kwiaty. Dzięki naszej wspólnej obecności stworzyliśmy wieczór niezapomnianej atmosfery i nabraliśmy energii do dalszej pracy.

Niech Nowy Rok będzie okazją do czynienia dobra, niesienia pomocy i służby, którą jest nasz zawód. Życzymy dni pełnych radości i słońca w sercu.

Wszystkim koleżankom i kolegom życzymy Szczęśliwego Nowego Roku

**NZOZ – "MEDYK-POL"
ODOLANÓW**



SPOTKANIE OSÓB, KTÓRE ODESZŁY NA EMERYTURĘ





XIV edycja Konkursu *Pielęgniarka/Pielęgniarz Roku*

temat przewodni:

Innowacje Roku 2018

w zakresie poprawy jakości opieki pielęgniarskiej

Komunikat I, 15 listopada 2018

**Zapraszamy wszystkie zespoły pielęgniarskie,
które wdrożyły w 2018 zmiany w praktyce lub organizacji świadczeń zdrowotnych
mające na celu poprawę jakości opieki i spełniające kryteria innowacyjności,
do podzielenia się swoimi sukcesami i przystąpienia do Konkursu**

Konkurs Pielęgniarka/Pielęgniarz Roku organizowany jest przez Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego i Koło Liderów Pielęgniarstwa od 2005 roku. W tym roku, w odpowiedzi na zmieniającą się sytuację w ochronie zdrowia, nowe wyzwania a zarazem nowe możliwości dotyczące pielęgniarek i położnych decyzją Zarządu Głównego PTP wprowadzono zmianę w formule Konkursu. Zdecydowano o odejściu od oceny kandydatów indywidualnych, na rzecz wprowadzenia oceny osiągnięć zespołów pielęgniarskich mających bezpośredni wpływ na jakość procesu leczenia i opieki, bądź sytuację zdrowotną podopiecznych. Patronat nad konkursem Pielęgniarka Roku obejmuje corocznie Minister Zdrowia oraz Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, a także nasi kluczowi partnerzy w dziedzinie ochrony zdrowia.

Nowa zmieniona formuła Konkursu jest ukierunkowana na promowanie innowacyjności oraz wdrażania zmian w pielęgniarstwie, pracy zespołowej oraz zaangażowania zespołów pielęgniarskich w działania na rzecz poprawy jakości opieki i leczenia, czyli wdrażania zmian mających na celu dobro odbiorcy naszych usług czyli pacjenta, jednostki i społeczeństwa. Nowe, czyli innowacyjne rozwiązania to takie, które dotychczas nie funkcjonowały w danej jednostce i zostały wdrożone dzięki pomysłom, inicjatywie i zaangażowaniu zespołu pielęgniarskiego. Rozwiązania te powinny cechować się oryginalnością oraz oparciem wdrożonych rozwiązań na dowodach naukowych, a zespoły aplikujące powinny posiadać pełne prawa autorskie do koncepcji i wdrożonych rozwiązań. Wskazywane w konkursie innowacje powinny być efektywniejsze od dotychczasowych rozwiązań i być zweryfikowane poprzez metody badawcze lub analityczne.

Cele XIV edycji Konkursu Pielęgniarka/Pielęgniarz Roku - Innowacje Roku 2018

Podstawowym celem konkursu jest wyłonienie wdrożonych w 2018 innowacji w obszarze praktyki pielęgniarskiej lub organizacji pracy zespołów pielęgniarskich służących poprawie jakości świadczeń zdrowotnych oraz bezpieczeństwa pacjenta i mających wpływ na sytuację zdrowotną pacjenta lub określonej populacji odbiorców świadczeń zdrowotnych.

Konkurs ma charakter ogólnopolski, jest adresowany do pielęgniarek i pielęgniarzy zatrudnionych we wszystkich rodzajach podmiotów leczniczych lub wykonujących swój zawód w ramach praktyki zawodowej.

1

Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie
Al. Reymonta 8/12, 01-842 Warszawa
NIP 526-17-16-467, REGON 001267113, KRS 0000065610

Regulamin Ogólny Konkursu Pielęgniarka/Pielęgniarz Roku „Innowacje Roku 2018 w zakresie poprawy jakości opieki pielęgniarskiej”

1. Konkurs ma charakter ogólnopolski, jest adresowany do pielęgniarek i pielęgniarzy zatrudnionych we wszystkich rodzajach podmiotów medycznych lub wykonujących swój zawód w ramach praktyki zawodowej.
2. W ramach Konkursu mogą być zgłoszone przedsięwzięcia, których realizacja przebiegała w 2018 roku i zostały w swoim podstawowym zakresie wdrożone, z możliwością kontynuowania wybranych elementów działań w kolejnych latach.
3. Zgłoszenia mogą być przesłane przez zespoły pielęgniarskie (min. 2 osoby), które uzyskały pozytywną rekomendację kierownika podmiotu leczniczego, w którym wdrożono innowację lub osoby upoważnionej do reprezentowania podmiotu gospodarczego w przypadku spółek cywilnych.
4. Zespoły aplikujące składają wnioski na Formularzach określonych przez Organizatora Konkursu, w terminach zgodnych z Harmonogramem, w formie elektronicznej na adres ZGPTP z dopiskiem Konkurs PR 2018.
5. Ocena aplikacji obejmuje następujące etapy:
 - 1) ocena Formalna – Biuro PTP;
 - 2) ocena merytoryczna - Kapituła Konkursu wraz z Zarządem Oddziału PT (ocena dwuetapowa: ocena aplikacji przez Kapitułę Konkursu oraz wizytacja projektu i ocena z udziałem Zarządu Oddziału);
 - 3) ogłoszenie listy Finalistów;
 - 4) finał Krajowy Konkursu – Prezentacja Projektów i wyłonienie Laureatów.
6. Wszystkie projekty są oceniane według jednolitych kryteriów stanowiących integralną część Regulaminu Konkursu.
7. Członkowie Kapituły mający jakiegokolwiek zależności lub uwarunkowania ograniczające zachowanie bezstronności nie mogą brać udziału w ocenie danego projektu.
8. Biuro ZG PTP oraz przedstawiciele władz Oddziałów PTP mogą udzielać informacji, promować i wspierać zainteresowane zespoły w przygotowaniu aplikacji do dnia zakończenia przyjmowania zgłoszeń.
9. Wyniki kolejnych etapów Konkursu będą komunikowane do zainteresowanych drogą elektroniczną.
10. Laureaci Konkursu Pielęgniarka/Pielęgniarz Roku „Innowacje Roku 2018” zostaną uhonorowani Tytułem Pielęgniarka/Pielęgniarz Roku 2018 oraz nagrodami zespołowymi.

Kryteria Ogólne oceny Projektów w Konkursie Pielęgniarka/Pielęgniarz Roku „Innowacje Roku 2018 w zakresie poprawy jakości opieki pielęgniarskiej”

Projekty będą oceniane przez członków Kapituły Konkursu PR według następujących kryteriów:

Rodzaj kryterium		Waga punktowa max ilość pkt
1.	Nowatorstwo projektu w odniesieniu do funkcjonujących rozwiązań w pielęgniarstwie w Polsce i na świecie	25 pkt*
2.	Oparcie projektu na dowodach naukowych	15 pkt*

1
Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie
Al. Reymonta 8/12, 01-842 Warszawa
NIP 526-17-16-467, REGON 001267113, KRS 0000065610

3.	Znaczenie projektu dla odbiorców opieki pielęgniarskiej	25 pkt*
4.	Zaangażowanie w projekt partnerów zewnętrznych	10 pkt*
5.	Organizacja procesu wdrożenia	10 pkt*
6.	Uwarunkowania organizacyjne	5 pkt*
7.	Stan zaawansowania projektu/ewaluacja	10 pkt*

* poszczególne kryteria główne zostaną uszczegółowione w materiałach informacyjnych Konkursu

Kapituła Konkursu Pielęgniarka/Pielęgniarz Roku „Innowacje Roku 2018 w zakresie poprawy jakości opieki pielęgniarskiej”

Mając na celu zagwarantowanie, jak najwyższego poziomu etycznego oraz merytorycznego na wszystkich etapach Konkursu oraz zapewnienie obiektywnych warunków oceny aplikacji projektowych Zarząd Główny PTP powołuje Kapitułę Konkursu, w skład której zostaną zaproszone osoby mające status autorytetów zawodowych i reprezentujące następujące organizacje i instytucje, tj.:

- | | |
|---|-----------|
| 1. Przedstawiciele Zarządu Głównego PTP | - 3 osoby |
| 2. Przedstawiciele NRPiP | - 1 osoba |
| 3. Przedstawiciel MZ | - 1 osoba |
| 4. Przedstawiciele stowarzyszeń pielęgniarskich | - 2 osoby |
| 5. Przedstawiciel organizacji menadżerskich | - 1 osoba |
| 6. Przedstawiciel OZZPiP | - 1 osoba |
| 7. Przedstawiciel organizacji pacjentów | - 1 osoba |

Harmonogram Konkursu Pielęgniarka/Pielęgniarz Roku Innowacje Roku 2018 w zakresie poprawy jakości opieki pielęgniarskiej

- | | |
|---|---------------------|
| 1. Komunikat II | do 15 grudnia 2018 |
| 2. Promocja Konkursu | do 31 grudnia 2018 |
| 3. Przyjmowanie aplikacji | do 30 stycznia 2019 |
| 4. Ocena formalna aplikacji na poziomie ZG PTP | do 15 lutego 2019 |
| 5. Ocena merytoryczna Aplikacji/ Projektów | do 31 marca 2019 |
| 6. Prezentacja i Ocena Finalistów | 9 maja 2019 Lublin |
| 7. Uroczysta Gala i wręczenie nagród | 10 maja 2019 |

CHOROBY ZAKAŻNE

GRUŻLICA

Gruźlica to choroba zakaźna, wywołana przez zakażenie prątkami gruźlicy, która najczęściej zajmuje płuca, często przebiegając podstępnie i skąpoobjawowo. Gruźlica jest nadal bardzo rozpowszechniona, zwłaszcza w krajach Azji Południowo-Wschodniej i w Afryce. W naszym kraju również występuje, choć ryzyko zakażenia nią jest teraz zdecydowanie niższe niż w przeszłości.

Gruźlicę powoduje kilka gatunków prątków (*Mycobacterium tuberculosis*, *Mycobacterium bovis* i *Mycobacterium africanum*). Mykobakteriozy to grupa chorób o objawach podobnych do gruźlicy, spowodowanych zakażeniem tzw. prątkami niegruźliczymi.

W przeszłości w Polsce gruźlica była chorobą bardzo częstą i stanowiła ogromny problem społeczny. Obecnie jej częstość znacznie zmalała i dotyka o koło 8000 osób rocznie. Niestety choroba ta w Polsce jest wciąż znacznie częstsza niż w Europie Zachodniej.

Gruźlica towarzyszy człowiekowi od początku jego historii. Zachowane szczątki ludzkie z czasów starożytnych cywilizacji noszą typowe ślady wskazujące na zaawansowaną gruźlicę (np. charakterystyczne deformacje niektórych kości). Opisy zaawansowanych postaci gruźlicy spotyka się w pismach wielkich lekarzy starożytności (m.in. Hipokratesa i Galena). Oprócz trafnych obserwacji dotyczących postaci klinicznych gruźlicy, niektóre opisy sugerują znaczne rozpowszechnienie choroby – np. Hipokrates opisywał *phtysis* jako jedną z najczęstszych chorób.

Ryzyko zakażenia prątkami wzrastało z powodu dużego zagęszczenia mieszkańców, złych warunków mieszkaniowych i niedożywienia. Prątki gruźlicy są wrażliwe na promieniowanie ultrafioletowe, dlatego na otwartej przestrzeni, na słońcu, szybko giną. Przeciwnie w ciemnych, słabo wentylowanych pomieszczeniach prątki mogą przetrwać przez długi czas.

W XVIII i XIX wieku gruźlica zbierała w Europie obfite żniwo, będąc jedną z najczęstszych przyczyn zgonów. Nie znano skutecznych leków, a wiele ówczesnych metod leczenia miało tragiczne następstwa.

Przełom w wiedzy na temat choroby nastąpił wraz z odkryciem przez Roberta Kocha prątków gruźlicy. W 1882 roku Koch wykazał, że możliwe jest zakażenie zwierząt przez przeniesienie materiału biologicznego pobranego od chorych ludzi. Opracował również metodę hodowli prątków na specjalnym podłożu. Kilka lat później przedstawił cztery postulaty warunkujące uznanie choroby za przenoszoną przez drobnoustroje:

- bakteria powinna być obecna u wszystkich chorych zwierząt i nieobecna u zdrowych,
- bakterie pobrane od chorego zwierzęcia można hodować w laboratorium,
- zakażenie zdrowego zwierzęcia hodowanymi bakteriami spowoduje chorobę,
- w materiale pobranym z zakażonego zwierzęcia można stwierdzić bakterię.

Przełomowe prace Kocha doprowadziły do powszechnego uznania gruźlicy jako choroby zakaźnej. W 1883 roku Ziehl i Neelsen opracowali sposób barwienia prątków pozwalający na ich łatwe uwidocznienie pod mikroskopem i odróżnienie od innych bakterii. Barwienie prątków metodą Ziehla-Neelsena jest stosowane w diagnostyce gruźlicy do dzisiaj.

W 1887 roku na Międzynarodowej Konferencji Naukowej w Paryżu świat dowiedział się o nowych odkryciach. Badanie płwociny za pomocą barwienia metodą Ziehla-Neelsena pozwalało na stwierdzenie prątków i wiarygodne rozpoznanie gruźlicy. W 1890 roku Koch opracował metodę uzyskiwania wolnego od bakterii roztworu zawierającego liczne antygeny prątka, czyli tuberkuliny. W 1910 roku wprowadzono metodę wykrywania zakażenia za pomocą śródskórnego podawania tuberkuliny, czyli próbę tuberkulinową, która w diagnostyce gruźlicy jest stosowana do dzisiaj. Na początku XX wieku prace Wilhelma von Röntgena doprowadziły do powstania radiologii medycznej, a zdjęcia radiologiczne klatki piersiowej stały się z czasem najważniejszą metodą służącą ocenie obecności i zaawansowania zmian gruźliczych w płucach. W tym czasie rozpoczęto również prace nad szczepionką przeciwko gruźlicy.

Szczepionka przeciwgruźlicza BCG

Po wielu latach badań Calmette i Guérin opracowali szczepionkę nazwaną później BCG (od szczepu prątków *Bacillus Calmette-Guerin*). Przez 13 lat hodowali szczep bydłęcy prątka, uzyskując w końcu bakterie, które nie powodowały choroby, a prawdopodobnie wywoływały odporność na zakażenie prątkiem. Ze szczepionką wiązano początkowo wielkie nadzieje, więc jej stosowanie rozpowszechniło się w wielu krajach świata. W Polsce obowiązek szczepienia wszystkich dzieci wprowadzono w 1955 roku.

Niestety w toku późniejszych badań okazało się, że szczepionka nie jest tak skuteczna, jak tego oczekiwano. Nie ma pewnych dowodów na to, że zmniejsza ryzyko zakażenia, natomiast wpływa na obniżenie częstości ciężkich postaci gruźlicy u dzieci, dlatego jest nadal stosowana.

W XIX wieku rozpowszechniło się leczenie sanatoryjne. Właściwe odżywianie, opieka lekarska, przebywanie na świeżym powietrzu i słońcu doprowadzało do poprawy stanu zdrowia części chorych, ale, jak się można domyślić, nie była to zbyt skuteczna metoda, a poza tym dostępna tylko dla nielicznych. Jedną z korzyści było jednak – przynajmniej czasowe – izolowanie chorych od reszty populacji.

Na początku XX wieku zaobserwowano, że uciśnięcie części płuca ze zmianami gruźliczymi ma korzystny wpływ

na przebieg choroby. Do leczenia gruźlicy wprowadzono więc metody chirurgiczne. Stosowano odnę opłucnową, czyli wprowadzenie powietrza do jamy opłucnej, między płucem a ścianą klatki piersiowej. Powodowało to zapadnięcie się jednego płuca. Wykonywano też tzw. torakoplastykę polegającą na usunięciu części żeber nad zajęтым fragmencem płuca. Metody te były stosowane jeszcze po II wojnie światowej. Nawet dziś, choć już bardzo rzadko, widzimy w oddziałach chorób płuc chorych, którzy byli kiedyś w ten sposób leczeni.

Pierwsze skuteczne leki przeciwko gruźlicy wprowadzono dopiero po II wojnie światowej - streptomycyna i kwas paraaminosalicylowy (w skrócie określany jako PAS). Streptomycyna jest powszechnie stosowana do dnia dzisiejszego. Wkrótce wykazano, że stosowanie tych dwóch leków łącznie jest skuteczniejsze niż podawanie tylko jednego z nich.

Kolejne współczesne leki przeciwgruźlicze to izoniazyd, a następnie rifampicyna. Po ich wprowadzeniu opracowano wielolekowe schematy leczenia, które pozwalały na wyleczenie praktycznie wszystkich pacjentów. Ryzyko rozwoju oporności prątków na leki i dążenie do zwalczania gruźlicy na poziomie populacyjnym doprowadziły do opracowania metod leczenia nadzorowanego, których podstawą jest przyjmowanie przez chorego leku w obecności pracownika służby zdrowia. Taki sposób leczenia gruźlicy od ponad 20 lat jest zalecany przez WHO. W wielu krajach wprowadzono obowiązek leczenia gruźlicy. Spowodowało to stopniowe zmniejszanie częstości gruźlicy w krajach rozwiniętych. Niestety w wielu regionach świata sytuacja wciąż jest tragiczna, a gruźlica wciąż stanowi olbrzymi problem zdrowotny, zabijając rocznie nawet 2 mln ludzi.

Objawy

Gruźlica płuc ma najczęściej przebieg przewlekły, nie- rzadko objawy jej są słabo wyrażone lub wręcz ich nie ma. Symptomy, które mogą świadczyć o rozwijającym się zakażeniu gruźliczym płuc to:

- utrzymujący się ponad 3 tygodnie kaszel (początkowo jest suchy, a później staje się wilgotny z odkrztuszaniem płwociny),
- podwyższona temperatura ciała,
- utrata apetytu,
- spadek ciężaru ciała,
- nocne poty,
- osłabienie,
- łatwe męczenie,
- bóle klatki piersiowej,
- krwioplucie,
- duszności (pojawiające się w zaawansowanych postaciach choroby).

Ostre postacie gruźlicy płuc przebiegają ciężko, z wysoką gorączką i silną dusznością i wymagają natychmiastowego leczenia szpitalnego. Obserwując którykolwiek z tych objawów u siebie lub swoich bliskich, należy zgłosić się do swojego lekarza pierwszego kontaktu po poradę. Objawy takie nie zawsze są objawami gruźlicy, ponieważ inne choroby mogą podobnie przebiegać. Z drugiej strony, czasem w przebiegu gruźlicy występują zespoły objawów

naśladujące np. choroby układu krążenia, choroby żołądka, grypę czy błonicę. Wobec tego tylko własna czujność może umożliwić wczesne wykrycie gruźlicy.

Około 10% zachorowań na gruźlicę wykrywanych jest w trakcie badania kontaktów chorych na gruźlicę. Dlatego, osoby które dowiadują się, że miały kontakt z kimś chorym na gruźlicę również powinny zgłosić się do lekarza w celu wykluczenia tej choroby.

Zajęcie płuc również nie zawsze powoduje objawy. Najczęściej chorzy skarżą się na przewlekły (trwający dłużej niż 8 tygodni) kaszel. Ma on różne nasilenie, początkowo zwykle niewielkie, z czasem staje się bardziej dokuczliwy. We wczesnym okresie choroby kaszel ma zwykle charakter suchy (bez odkrztuszania płwociny). W bardziej zaawansowanej gruźlicy chorzy często odkrztuszają śluzową (białą) lub ropną (żółtą) płwocinę.

U niektórych chorych w płwocinie znajduje się krew, a w zaawansowanej gruźlicy płuc krwioplucie może być obfite. U pacjentów z rozległymi zmianami w płucach może występować duszność. U chorych ze znacznie osłabioną odpornością może rozwinąć się gruźlica prosówkowa – bakterie rozsiewają się drogą krwi, powodując drobne zmiany (o wyglądzie ziarna prosa, stąd nazwa) w całych płucach oraz w innych narządach. Choroba objawia się wysoką gorączką i dusznością.

Gruźlica pozapłucna

Objawy gruźlicy pozapłucnej nie są zwykle charakterystyczne dla tej choroby. Zależą od lokalizacji zmian. Najczęstsze postaci gruźlicy pozapłucnej to:

- **Gruźlica opłucnej.** Opłucna to błona pokrywająca powierzchnię płuca i wyściełająca od wewnątrz klatki piersiowej. Jama opłucnej to przestrzeń między płucną a ścianą klatki piersiowej. W prawidłowych warunkach znajduje się w niej ślad płynu, który ułatwia ruchy płuc w czasie oddychania. Zajęcie opłucnej przez chorobę powoduje najczęściej gromadzenie się w jamie opłucnej różnej ilości płynu, czasami może to być nawet kilka litrów. W przeciwieństwie do wielu innych postaci gruźlicy, zajęcie opłucnej często powoduje ostre objawy – gorączkę, duszność, kaszel i ból w klatce piersiowej, nasilający się przy oddechu. Ta postać gruźlicy stosunkowo często występuje u osób młodych.
- **Gruźlica węzłów chłonnych.** Choroba najczęściej zajmuje węzły chłonne szyi, rzadziej węzły chłonne nad obojczykiem. Węzły powiększają się, ale nie są bolesne. Po pewnym czasie trwania choroby węzły stają się miękkie i mogą tworzyć się przetoki (zawartość zmienionego chorobowo węzła przebija się przez skórę i powstaje otwór, którym wydobywa się treść ropna).
- **Gruźlica kości i stawów.** Najczęściej dotyczy kręgosłupa. Objawy początkowo są bardzo mało nasilone, dominują bóle zajętych stawów i ograniczenie ich ruchomości. Gruźlica kręgosłupa może prowadzić do złamania kręgosłupa.
- **Gruźlicze zapalenie opon mózgowo-rdzenio-**

wych. Ciężka choroba występująca w Polsce na szczęście rzadko, głównie u dzieci. Początkowo objawia się uczuciem senności i zmęczenia, któremu może towarzyszyć stan podgorączkowy. Zaburzenia świadomości postępują, pojawia się ból głowy, nudności, wymioty, a niekiedy objawy porażenia nerwów czaszkowych.

- **Gruźlica może również zajmować układ moczowo-płciowy** (np. powodować niepłodność) i układ pokarmowy.

Rozpoznanie

Na podstawie objawów choroby lub wyniku badania radiologicznego płuc lekarz wysuwa podejrzenie choroby. W celu potwierdzenia choroby konieczne jest wykonanie dodatkowych badań. Pewne rozpoznanie gruźlicy można ustalić jedynie na podstawie stwierdzenia prątków w badanym materiale metodą rozmazu albo hodowli. U chorych z podejrzeniem gruźlicy płuc podstawowym materiałem do badania jest płwocina. Odkrztuszając płwocinę do badania, należy zwrócić uwagę, by była to rzeczywiście wydzielina odkrztuszana z oskrzeli, a nie ślina.

Jeżeli pacjent nie jest w stanie odkrztusić płwociny, można sprowokować odkrztuszanie za pomocą inhalacji roztworem chlorku sodu (tzw. płwocina indukowana). U pacjentów z silnym podejrzeniem choroby wykonuje się również bronchoskopię, pobierając do badania popłuczynny oskrzelowe. Materiał jest badany metodą rozmazu oraz hodowli. Do badania można też posłać wycinki z oskrzeli, pobrane ze zmian uwidoczniionych podczas bronchoskopii, lub materiał pobrany podczas zabiegu operacyjnego (fragment tkanki). Ponieważ gruźlica może zajmować różnorodne narządy, w niektórych sytuacjach do badania można posłać praktycznie każdy materiał biologiczny pobrany od chorego (z wyjątkiem kału, który zawiera tak dużo innych bakterii, że uniemożliwia to wiarygodną diagnostykę).

Rozmaz polega na zabarwieniu cienkiej warstwy badanego materiału rozmazanej na szkiełku podstawowym za pomocą specjalnych metod pozwalających na selektywne zabarwienie prątków gruźlicy. Preparat jest następnie oglądany pod mikroskopem. Stwierdzenie prątków w rozmazie płwociny świadczy nie tylko o rozpoznaniu gruźlicy, ale potwierdza, że chory jest zakaźny dla otoczenia.

Prątki hoduje się na specjalnych pożywkach. Używa się w tym celu podłoża stałego – jest to metoda Löwensteina-Jensena, albo płynnego (w Polsce najczęściej używana jest metoda Bactec). Ponieważ prątki gruźlicy rosną bardzo powoli, uzyskanie wyniku wymaga czasu. W przypadku hodowli na podłożu stałym wzrost kolonii można zaobserwować najwcześniej po około 4-6 tygodniach, a ostateczny wynik ujemny laboratorium wydaje, gdy po 3 miesiącach nie stwierdza się wzrostu prątków. Hodowla na podłożu płynnym pozwala na szybsze uzyskanie wyników badania. W metodzie Bactec do pożywki dodawane są kwasy tłuszczowe znakowane radioizotopem. Rosnące w pożywce prątki metabolizują je do dwutlenku węgla zawierającego radioizotop. W przypadku obecności prątków w badanej próbce gaz nad próbką staje się radioaktywny. Tę śladową

ilość promieniowania wykrywa się czułym urządzeniem. W przypadku dodatniego wyniku hodowli pozwala to na potwierdzenie obecności prątków już po około tygodniu, a ostateczny wynik otrzymuje się mniej więcej po 6 tygodniach. W niektórych przypadkach wskazane jest również oznaczenie wrażliwości prątków na leki przeciwgruźlicze.

W ostatnich latach do diagnostyki gruźlicy wprowadzono także metody genetyczne, polegające na wykrywaniu w badanej próbce materiału genetycznego prątków. Są one nieco mniej czułe niż hodowla prątków, za to badanie trwa krótko, a wynik otrzymuje się w ciągu 1-2 dni.

Radiogram klatki piersiowej

Jest to podstawowe badanie służące do stwierdzenia obecności zmian gruźliczych w płucach i oceny ich nasilenia. W czasach dużego rozpowszechnienia gruźlicy w Polsce wykorzystywano również tzw. zdjęcia małoobrazkowe. Badanie to nie jest już wykonywane, ponieważ jest mało dokładne i paradoksalnie wiąże się z większą dawką promieniowania jonizującego niż konwencjonalny radiogram klatki piersiowej.

Zmiany podejrzane o etiologię gruźliczą mają charakterystyczny wygląd w zdjęciu radiologicznym klatki piersiowej. Jednak nie są dla tej choroby całkowicie swoiste, dlatego ich stwierdzenie wymaga dodatkowych badań. W związku z dużym rozpowszechnieniem gruźlicy w przeszłości w Polsce wiele osób ma w płucach różnej wielkości zmiany spowodowane przez prątki gruźlicy. U części jest to tzw. zespół pierwotny, pozostały po pierwszym w życiu kontakcie organizmu z prątkami zaś u niektórych widoczne są bardziej nasilone zmiany. Na podstawie ich wyglądu lekarz może czasami wstępnie ocenić, czy są to zmiany stare (po przebytych zakażeniu lub chorobie), czy też związane z aktywną gruźlicą. Rzadko zdarza się, że objawy zgłaszane przez chorego i zmiany w radiogramie klatki piersiowej są tak typowe, że mimo ujemnych wyników badań w kierunku prątków lekarz decyduje się na włączenie leczenia przeciwprątkowego. Prawdopodobny radiogram klatki piersiowej nie pozwala jednak wykluczyć obecności czynnej klinicznie gruźlicy płuc. W rzadkich przypadkach potrzebne bywa wykonanie tomografii komputerowej klatki piersiowej, najczęściej w algorytmie wysokiej częstotliwości (HRCT), która pozwala na dokładne uwidocznienie mięszu płuc.

Próba tuberkulinowa

Badanie to często nazywa się próbą RT23 od nazwy stosowanego w Polsce i w Europie preparatu tuberkuliny. Polega ono na wstrzyknięciu w skórę przedramienia standardowo określonej ilości wysoce oczyszczonego przesączu z hodowli prątków gruźlicy. Preparat podaje się śródskórnie, dlatego iniekcja nie jest bolesna. Organizm osoby, która miała wcześniej kontakt z prątkami (czyli była zakażona albo szczepiona BCG), reaguje odpowiedzią immunologiczną na antygeny prątków. Na skórze w miejscu wstrzyknięcia powstaje rumień, a pod palcami wyczuwalne jest zgrubienie. U osób z dużą aktywnością odpowiedzi immunologicznej na skórze mogą powstać drobne pęcherzyki. Wielkość odczynu nie przekracza 2-3 cm. Odczyt polega na zmierzeniu średnicy nacieku wyczuwalnego w skórze i wykonuje się go

po około 48-72 godzinach od założenia. W naszym kraju za wynik dodatni przyjmuje się najczęściej wartość co najmniej 10 mm. Badanie jest bezpieczne i nie ma przeciwwskazań do jego wykonania. Nawet najbardziej nasilona reakcja znika po pewnym czasie, nie pozostawiając śladów na skórze. Dodatni wynik świadczy o:

- zakażeniu prątkiem lub czynnej gruźlicy (nie różnicuje między przebytym zakażeniem a czynną chorobą)
- szczepieniu BCG (i skutecznym wywołaniu odpowiedzi immunologicznej przez to szczepienie). Jeżeli w danej populacji większość osób była szczepiona BCG (jak to ma miejsce w Polsce), zmniejsza to przydatność diagnostyczną badania
- narażeniu na kontakt z prątkami niegruźliczymi.

Jednak u dużego odsetka osób zakażonych prątkami próba tuberkulinowa wypada ujemnie. Przyczyniają się do tego najczęściej czynniki osłabiające lub modyfikujące odporność organizmu, takie jak niektóre zakażenia wirusowe (np. ospa, odra, świnka, a zwłaszcza zakażenie wirusem HIV), choroby przewlekłe (np. cukrzyca, niewydolność nerek), leki (np. glikokortykosteroidy), niedożywienie i wiele innych czynników. Czynniki te sprawiają, że ujemny wynik próby tuberkulinowej w żadnym wypadku nie wyklucza zakażenia prątkiem. Badanie można bezpiecznie powtarzać wielokrotnie. Jeżeli wielkość odczynu zwiększyła się o 10 mm w ciągu dwóch lat, świadczy to o niedawnym zakażeniu prątkiem.

Testy oparte na wydzielaniu interferonu γ (IGRA)

Od kilku lat stosowany jest test IGRA, który jest precyzyjniejszy niż próba tuberkulinowa, ponieważ nie pokazuje wyników fałszywie dodatnich. Inaczej mówiąc, jeśli wynik testu IGRA jest dodatni, to doszło do zakażenia. Ale IGRA również nie odróżnia starego zakażenia od świeżego oraz czynnej gruźlicy od zakażenia utajonego. IGRA zawęża jednak krąg osób, które należy poddać dalszej diagnostyce. Test jest oznaczany z krwi, a więc jest wygodniejszy do stosowania.

Do krwi pobranej z żyły dodaje się białka prątka gruźlicy. Limfocyty znajdujące się w naszej krwi reagują na obecność tych białek, jeżeli nasz organizm miał wcześniej kontakt z prątkami gruźlicy. Reakcja immunologiczna prowadzi do wydzielania szczególnego białka, interferonu γ , które ma duże znaczenie w walce układu odpornościowego z gruźlicą. Omawiane testy wykrywają wydzielanie interferonu γ , pozwalają na ilościową ocenę nasilenia jego produkcji, a w porównaniu z próbą tuberkulinową mają kilka zalet. W przeciwieństwie do tuberkuliny (stosowanej w próbie tuberkulinowej) białka używane w testach IGRA są bardziej swoiste dla prątków gruźlicy. Dzięki temu wcześniejsze szczepienie przeciwko gruźlicy nie wpływa na ich wynik. Ponadto pozwalają na odróżnienie odpowiedzi ujemnej (spowodowanej brakiem zakażenia prątkiem) od osłabienia odpowiedzi immunologicznej (wynik jest wówczas opisywany jako nieokreślony).

Leczenie

Zasady i tryb zapobiegania oraz zwalczania zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi reguluje ustawa z 5 grudnia 2008 roku (Dz. U. NR 234, poz. 1570, z późn. zm.). Na mocy zapisów ustawy w okresie prątkowania lub dużego zagro-

żenia prątkowaniem chory przebywa w szpitalu, czyli jest izolowany. Faza intensywnego leczenia trwa dwa miesiące i w tym czasie chory, zwłaszcza gdy ma problemy socjalne, powinien pozostawać w szpitalu. Standardowe leczenie gruźlicy trwa sześć miesięcy. W Polsce w okresie zakaźności konieczna jest hospitalizacja, czyli izolacja, chociaż nie ma przymusu leczenia.

Ważnym elementem zapobiegania rozwojowi gruźlicy jest chemioprophylaktyka. Kuracja polega na podawaniu leku w celu niedopuszczenia do rozwoju aktywnej gruźlicy u osoby zakażonej. Zwykle stosuje się ją u osób, które miały kontakt z chorym. Takie leczenie zalecane jest szczególnie u dzieci i młodzieży do 16. roku życia. Korzyści z takiej terapii, bez ryzyka zbyt dużych działań niepożądanych, odnoszą także dorośli do 35. roku życia. Dla młodych ludzi leczenie nie jest obciążające. U osób po 35. roku życia, zastosowanie terapii należy rozważyć, ponieważ leczenie może uszkodzić wątrobę, która czasem bywa nadwężona alkoholem, lekami czy niewłaściwą dietą.

Im wcześniej gruźlica jest wykryta i wdrożone leczenie, tym lepiej dla chorego, ponieważ umożliwia wyleczenie bez upośledzenia czynności układu oddechowego. Leczenie gruźlicy jest długotrwałe i wymaga ścisłej współpracy chorego z lekarzem i personelem pielęgniarskim. W Polsce leczenie gruźlicy organizowane jest w ramach Narodowego Programu Zwalczania Gruźlicy. Do terapii gruźlicy stosuje się szereg leków przeciwprątkowych – zazwyczaj w skojarzeniu 3 lub 4 preparatów. Leki dobiera się w oparciu o badanie bakteriologiczne prątkowrażliwości.

Ze względu na szczególne właściwości prątków gruźlicy leczenie zakażenia tymi bakteriami jest odmienne od leczenia „typowych” zakażeń bakteryjnych (np. zapalenia płuc). Szczególne właściwości budowy prątków powodują, że bakterie te są niewrażliwe na wiele znanych antybiotyków. Ponieważ prątki dzielą się bardzo powoli i potrafią przechodzić w stan „uśpienia”, leczenie musi trwać odpowiednio długo. W każdej populacji prątków znajdują się bakterie odporne na niektóre z powszechnie stosowanych leków. Dlatego skuteczne leczenie powinno zawierać kilka leków. Przerwanie leczenia, zbyt krótkie leczenie lub zastosowanie niedostatecznej liczby leków powoduje, że przeżyją bakterie najbardziej odporne na leki.

Początkowo objawy choroby mogą ustąpić, ale jeżeli chory przerwie leczenie za wcześnie, gruźlica nawróci, ponieważ rozmnożą się te wyselekcjonowane, odporne na leczenie prątki i terapia może być dużo trudniejsza. Leczenie dzieli się na dwie fazy – intensywną (trwającą krócej, obejmującą więcej leków) i kontynuacji, która trwa dłużej, ale zawiera mniej leków. Faza intensywna służy szybkiemu zabiciu jak największego odsetka prątków, aby zapobiec rozwojowi oporności na lek. Faza kontynuacji natomiast służy zabiciu pozostałych prątków, które przeżyły fazę intensywną dzięki zahamowaniu metabolizmu i podziałów.

Przed rozpoczęciem leczenia wykonywane są często dodatkowe badania:

- laboratoryjne w celu oceny czynności nerek i wątroby,

- konsultacja okulistyczna, wskazana u chorych, którzy będą przyjmować etambutol.

Podstawowe i najczęściej stosowane leki przeciwpłatkowe to:

- ryfampicyna
- izoniazyd
- pyrazynamid
- streptomycyna
- etambutol.

W większości przypadków gruźlicy stosuje się kilka z tych leków. U wybranych chorych, najczęściej z gruźlicą oporną na leczenie, stosowane są różne schematy zawierające leki alternatywne (m.in. etionamid, fluorochinolon, kapreomycyna, kwas paraaminosalicylowy, amikacyna, ryfabutyna, ryfapentyna, klarytromycyna i inne). U chorych na gruźlicę, którzy nie byli wcześniej leczeni, stosuje się podany poniżej schemat leczenia.

Przez 2 miesiące stosuje się ryfampicynę, izoniazyd, pyrazinamid i etambutol (jest to faza intensywna), a przez następne 4 miesiące ryfampicynę i izoniazyd (faza kontynuacji).

Leczenie trwa zwykle 6 miesięcy. U chorych, którzy byli leczeni wcześniej bez poprawy, przerwali leczenie, stosuje się inne schematy, zwykle dłuższe i/lub zawierające więcej leków. Leki przyjmuje się raz dziennie, rano, na 30 minut przed posiłkiem.

Najczęstsze działania niepożądane leków przeciwpłatkowych to:

- wysypka
- upośledzenie czynności wątroby (występuje u kilku procent leczonych, najczęściej nie daje objawów klinicznych i wykrywane jest przypadkowo w czasie badań kontrolnych, w których stwierdza się zwiększenie aktywności enzymów wątrobowych, czyli ALT i AST. Bezobjawowe zwiększenie stężenia ALT i ASP przekraczające normę <3 razy nie jest wskazaniem do przerwania leczenia, a jedynie wykonywania badań kontrolnych).

Działania niepożądane poszczególnych leków przeciwpłatkowych:

- **izoniazyd:** wysypka, uszkodzenie wątroby, żółtaczka, gorączka, niedokrwistość, zaburzenia czynności nerwów obwodowych, spadek liczby leukocytów (białych krwinek) lub płytek krwi (małopłytkowość), zwiększenie liczby eozynofili (eozynofilia), zespół toczniopodobny (objawy przypominające te występujące w chorobie nazywanej toczniem układowym – między innymi bóle stawów, bóle w klatce piersiowej, zmiany skórne). Aby zmniejszyć ryzyko zaburzeń czynności nerwów obwodowych podczas stosowania tego leku zwykle zaleca się profilaktyczne przyjmowanie witaminy B6 w dawce 10 mg/d
- **ryfampicyna:** ból brzucha, nudności, wymioty, wzdęcia, wysypka, uszkodzenie wątroby, zespół objawów przypominających grypę (złe samopoczucie, gorączka, dreszcze, bóle mięśni), znaczne zmniejszenie liczby płytek (małopłytkowość), które może objawiać się nadmierną skłonnością do krwawień

(skaza krwotoczna), znaczne zmniejszenie liczby czerwonych krwinek (niedokrwistość) wskutek ich toksycznego rozpadu (hemolizy), bardzo rzadko znaczny spadek ciśnienia tętniczego (wstrząs, chory jest błądy spocony, z zawrotami głowy), ostra niewydolność nerek rozwijająca się w ciągu kilku godzin od przyjęcia leku. Wstrząs, niedokrwistość, małopłytkowość i niewydolność nerek mają prawdopodobnie podłoże immunologiczne. Z chwilą ich wystąpienia ryfampicynę należy natychmiast odstawić. Ryfampicyna wpływa na szybkość, z jaką wątroba metabolizuje inne przyjmowane leki (między innymi dlatego jeśli przyjmujesz jakieś leki przewlekłe, koniecznie powiedz o tym lekarzowi, który przepisuje Ci leki na gruźlicę)

- **pyrazynamid:** zaczerwienienie twarzy, nudności, wymioty, ból brzucha, uszkodzenie wątroby, hiperurykemia, zaburzenia krzepnięcia, rzadko gorączka, wysypka, brunatnoczerwone przebarwienia części ciała eksponowanych na promieniowanie słoneczne
- **etambutol:** pozagałkowe zapalenie nerwu wzrokowego, którego pierwszym objawem jest upośledzenie percepcji barwy zielonej i czerwonej, następnie pogorszenie ostrości wzroku, ograniczenie pola widzenia. W razie wystąpienia zaburzeń widzenia w czasie stosowania leku natychmiast odstawić lek i skontaktować się z lekarzem. Przed rozpoczęciem leczenia chory powinien zostać przebadany przez okulistę
- **streptomycyna:** zawroty głowy, szum w uszach i mrowienia wokół ust (wymagają kontaktu z lekarzem gdyż mogą być wynikiem uszkodzenia układu nerwowego), uszkodzenie nerek (wskazana jest okresowa kontrola czynności nerek), gorączka, wysypka, ból głowy, blokowanie połączeń nerwowo mięśniowych pogarszających czynność mięśni u chorych na miastenię. Przed rozpoczęciem leczenia wykonuje się badania laboratoryjne pozwalające ocenić czynność nerek i morfologię krwi.

Zapobieganie

Chorzy na gruźlicę, którzy są zakaźni dla otoczenia nie powinni być leczeni w domu, lecz na oddziale szpitalnym. W domu są leczeni chorzy, u których nie wykrywa się prątków w płwocinie, więc nie stanowią oni niebezpieczeństwa dla otoczenia. Warto jednak przestrzegać w czasie leczenia (zwłaszcza w czasie pierwszych 2 miesięcy) kilku prostych zasad. Prątki są wrażliwe na promieniowanie ultrafioletowe, dlatego wskazane otwieranie szeroko okien i częste wietrzenie. Chorzy powinni unikać bliskiego kontaktu z małymi dziećmi.

Szczepienia

W Polsce obowiązuje jednorazowe szczepienie niemowląt szczepionką BCG. Zmniejsza ono ryzyko ciężkich postaci gruźlicy (zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, rozsiana gruźlica czyli prosówka). Prawdopodobnie nie zmniejsza jednak istotnie ryzyka zachorowania na gruźlicę.

Leczenie profilaktyczne

W szczególnych wypadkach, najczęściej po kontakcie z chorym na gruźlicę, lekarz zaleca pacjentowi leczenie profilaktyczne. Postępowanie takie zmniejsza ryzyko zapadnięcia na gruźlicę. Najczęściej polega ono na podawaniu samego izoniazydu przez 9 miesięcy. Stosowane jest po kontakcie z chorym na gruźlicę, jeżeli wykonane badania nie wykazują cech aktywnej choroby, czyli nie ma zmian a radiogramie klatki piersiowej, ale są cechy zakażenia, czyli dodatnia jest próba RT23 albo test oparty na wydzielaniu interferonu oraz u wszystkich dzieci w wieku <5 rż. Ponadto leczenie profilaktyczne stosuje się u osób zakażonych prątkiem (z dodatnim wynikiem RT23 albo testu opartego na wydzielaniu interferonu) które mają być leczone niektórymi lekami biologicznymi (np. lekami przeciwciałami przeciwko TNF u chorych na reumatoidalne zapalenie stawów).

Mykobakteriozy

Jest to grupa chorób, spowodowanych zakażeniem prątkami niegruźliczymi. Bakterie te są bardzo rozpowszechnione w środowisku, są obecne m.in. w wodzie lub glebie. Często też kolonizują nasz ustrój nie powodując objawów chorobowych. Nie można się zarazić od innego pacjenta. Zakażenia prątkami niegruźliczymi są rzadkie, i najczęściej dotyczą osób z upośledzoną odpornością.

Mykobakteriozy występują głównie u:

1. osób chorych na AIDS
2. osób, które przebyły gruźlicę
3. chorych na pylicę płuc
4. chorych na mukowiscydozę
5. chorych na POChP
6. alkoholików.

Bakterie te dzielą się bardzo powoli i dlatego objawy mykobakterioz zwykle są skąpe (lub nie ma ich w ogóle) a choroba postępuje bardzo powoli. Zmiany najczęściej występują w płucach, węzłach chłonnych lub skórze. Z zajęcie płuc objawia się kaszlem, osłabieniem, potami i podwyższoną temperaturą ciała. Rzadziej występuje duszność lub ból w klatce piersiowej. Podstawowym badaniem jest radiogram klatki piersiowej oraz niektórych przypadkach badanie HRCT. Zmiany często przypominają te stwierdzane w gruźlicy. Podobna jest też Diagnostyka, którą opisano na stronach poświęconych gruźlicy. Potwierdzeniem rozpoznania jest wyhodowanie mykobakterii. Ponieważ mykobakterie często kolonizują organizm do rozpoznania konieczne jest zarówno stwierdzenie klinicznych cech choroby jak i wyhodowanie bakterii (w przypadku płwociny konieczne jest dwukrotne stwierdzenie dodatniej hodowli).

Większość z nas miała lub będzie miała kontakt z prątkami gruźlicy. Jednak ich wniknięcie do organizmu nie musi oznaczać choroby. O tym czy zachorujemy decyduje wiek, kondycja układu immunologicznego i skłonności genetyczne.

Światowa Organizacja Zdrowia ocenia, że w walce z gruźlicą konieczne jest wdrożenie we wszystkich krajach strategii DOTS.

DOTS jest nowoczesną strategią walki z gruźlicą opracowaną przez Światową Organizację Zdrowia. Pełna nazwa tej strategii - Directly Observed Treatment Short course – bezpośrednio nadzorowane leczenie krótkoterminowe - pochodzi

od najważniejszego ale nie jedyne - bo jest to strategia wieloelementowa - składnika tej strategii - bezpośrednio nadzorowanego leczenia znanego pod postacią DOT-Directly Observed Treatment). Strategia ta została opracowana w celu poprawy skuteczności walki z gruźlicą na całym świecie. Strategia ta wykorzystuje nowoczesną wiedzę i doświadczenie w zakresie walki z gruźlicą, nowoczesne metody zarządzania, ciągłej kontroli (nadzór), kontroli jakości stosowanych metod, analizy ekonomiczne w kategoriach: koszty-korzyści. Ma ona charakter uniwersalny i jako taka jest zalecana dla wszystkich krajów, a zwłaszcza dla tych, w których problem gruźlicy jest szczególnie nasilony. Strategia ta oparta jest: **o ścisłą integrację zwalczania gruźlicy z już funkcjonującymi strukturami opieki zdrowotnej**, w szczególności z podstawową opieką zdrowotną. Walka z gruźlicą w tej strategii jest istotnym elementem całej działalności na rzecz zdrowia społeczeństwa.

Dla skutecznej realizacji strategii DOTS niezbędne jest:

1. Zaangażowanie rządu (a także administracji wszystkich szczebli) w walkę z gruźlicą poprzez opracowanie i finansowanie Narodowego Programu Zwalczania Gruźlicy (NPZG). Program taki winien określać nie tylko cele (główny, etapowe) do osiągnięcia, ale także harmonogram (etapy działań), i zespoły/ instytucje odpowiedzialne za realizację NPZG na poszczególnych etapach. NPZG określa również metody ciągłej obserwacji (nadzoru) nad programem, prowadzenie okresowych ocen skuteczności realizacji poszczególnych elementów programu i jego całości. Na podstawie tych ocen dokonywane są odpowiednie zmiany w NPZG.
2. Oparcie diagnostyki chorych na gruźlicę (choroba zakaźna) o badania bakteriologiczne - wykrywanie czynnika chorobotwórczego. W chorobach zakaźnych jest to najlepsza metoda wykrywania chorych stanowiących źródło zakażenia dla innych. Pozwala ona na wdrożenie właściwego leczenia i jego monitorowanie. W tym celu konieczne jest stworzenie odpowiedniej sieci laboratoriów bakteriologicznych.
3. Wdrożenie w skali całego kraju u wszystkich chorych bezpośrednio nadzorowanego leczenia krótkoterminowego. W tej metodzie zasady leczenia oparte są o liczne badania i wieloletnie doświadczenie wielu krajów. Zalecane są najbardziej skuteczne leki p/prątkowe (leczenie skojarzone). Jest to leczenie krótkoterminowe bo trwa 6 m-cy lub 8 m-cy; poprzednio leczenie trwało 12 m-cy, a nawet dłużej. Jednak najważniejszym elementem tej metody jest przyjmowanie leków (ich połykanie) w obecności personelu medycznego /pielęgniarki/, lub paramedycznego /wolontariusze/, którzy obserwują połykanie leków przez chorego. Ten bezpośredni nadzór leczenia / Directly Observed Treatment/ DOT jest gwarancją realizacji zalecanego leczenia.
4. Zapewnienie ciągłej dostępności i bezpłatności wszystkich potrzebnych choremu leków p/prątkowych

5. Stała obserwacja wyników leczenia p/prątkowego (monitoring) w celu oceny skuteczności realizacji najważniejszego elementu Narodowego Programu Zwalczenia Gruźlicy i jego ewentualnej modyfikacji. Dla realizacji tej strategii -realizowana ona jest przez całą służbę zdrowia - dostosowana powinna być struktura organizacyjna.

Opracowała J. Soińska na podstawie piśmiennictwa:

Filip Mejza:, Gruźlica, www.mp.pl/pacjent/pulmonologia/chorob
Kornel Gajewski:, Gruźlica kości – przyczyny, objawy, badania, leczenie, szczepienie, WWW.wyleczto.pl

Ewa Pakuła:, Gruźlica – objawy i leczenie, WWW.doz.pl

Anna Jarosz:, Czy gruźlica wraca? - objawy, leczenie. www.medonet.pl

Ireneusz Szczuka:, Co należy wiedzieć o gruźlicy – jej objawach, wykrywaniu i leczeniu. <http://www.igichp.edu.pl>

KONDOLENCJE

22 sierpnia 2018 roku, po długiej walce z ciężką chorobą zmarła Pani Jolanta Waszak, pielęgniarka z Oddziału Chirurgii Dziecięcej Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego im. L. Perzyny w Kaliszu.

Pani Jolanta Waszak po uzyskaniu tytułu pielęgniarki dyplomowanej została zatrudniona w Oddziale Noworodkowym, by po powrocie z urlopu macierzyńskiego podjąć pracę w swoim już do końca oddziale - Oddziale Chirurgii Dziecięcej. Dała się poznać jako wspaniały, życzliwy człowiek, niezawodna koleżanka, osoba wielkiego serca, uczciwości i niezwyklej dobroci. Była bezgranicznie oddana swoim bliskim, mężowi, dzieciom i wnukom, a przede wszystkim była bardzo dzielna, zwłaszcza w ostatniej walce, walce z chorobą.

Pani Jolu, Jolu, jesteśmy zaszczytzeni, że mogliśmy Panią, Ciebie poznać, dziękujemy, że była Pani, byłaś z nami. Na zawsze pozostaniesz w pamięci koleżanek i kolegów z oddziału.

Z-ca Dyrektora ds. pielęgniarstwa, Naczelnia Pielęgniarka z zespołem pielęgniarek i położnych Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego im. L. Perzyny w Kaliszu.

BIEŻĄCE WYDARZENIA

UROCZYSTOŚĆ WPROWADZENIA RELIKWII BŁOGOSŁAWIONEJ HANNY CHRZANOWSKIEJ

23 listopada 2018 roku w kościele pw. Najświętszej Maryi Panny Królowej Polski w Ostrowie Wielkopolskim odbyła się uroczystość wprowadzenia relikwii Błogosławionej Hanny Chrzanowskiej. Było to wielkie święto parafii, pielęgniarek, położnych i całej społeczności szkoły medycznej w Ostrowie Wielkopolskim. Uroczystości przewodniczył J.E. Janiak, Biskup Kaliski.

Msza Święta została poprzedzona inscenizacją słowno-muzyczną przedstawiającą życiorys Błogosławionej w wykonaniu młodzieży Medycznego Studium Zawodowego w Ostrowie Wielkopolskim. Cytowano fragmenty pamiętnika Hanny Chrzanowskiej dotyczące jej rodziny, działalności charytatywnej, decyzji o wyborze szkoły pielęgniarskiej, kształceniu, wyjazdach na stypendia zagraniczne, początkach pielęgniarstwa domowego i współpracy z krakowskim duchowieństwem. „Krzyż na piaskach” to piękny wiersz Chrzanowskiej, który zakończył część artystyczną.

Uroczystość zaszczyliły swoją obecnością dwie pielęgniarki z Krakowa: pani Helena Matoga wicepostulator w procesie beatyfikacyjnym Błogosławionej oraz pani Krystyna Pękalska członek Komisji Historycznej. Środowisko pielęgniarek i położnych reprezentował pan Marek Przybył Przewodniczący Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych z siedzibą w Kaliszu, pani Izabela Rykowska Naczelnia Pielęgniarka ZZOZ w Ostrowie Wielkopolskim, pielęgniarki, pielęgniarki oddziałowi oraz personel medyczny z ostrowskich i okolicznych placówek medycznych. Okręgowa Izba

Pielęgniarek i Położnych z siedzibą w Kaliszu i Szkoła Medyczna w Ostrowie Wielkopolskim wystawiły pocztę sztandarową.

Ostrowska szkoła medyczna jako pierwsza w Polsce w 1976 roku przyjęła imię Hanny Chrzanowskiej, pierwsi również otrzymaliśmy jej relikwie, dzień po beatyfikacji 29 kwietnia 2018 roku. W uroczystości wzięli udział wszyscy dyrektorzy szkoły, panie: Leokadia Świdarska, Zdzisława Pifke, Krystyna Roszak oraz obecny dyrektor pan Tomasz Kuczma. Było liczne grono emerytowanych pracowników szkoły, obecnych pracowników i młodzieży.

Zaproszenie na uroczystą Mszę Świętą przyjęli uczestnicy Warsztatów Terapii Zajęciowej, Powiatowego Ośrodka Wsparcia, Środowiskowego Domu Samopomocy, Dziennego Domu Senior+, Domu Pomocy Społecznej oraz Świątlicy Boże Podwórko wraz z opiekunami.

W ten piękny dzień mieliśmy okazję razem świętować i fascynować się postacią Hanny Chrzanowskiej, wybitnej, pierwszej, świeckiej pielęgniarki wyniesionej na ołtarze. O niezwykłości życia i działalności Błogosławionej piękną homilię wygłosił Biskup Kaliski Edward Janiak.

Hanna Chrzanowska jest wzorem dla całego środowiska medycznego. Wskazuje jak najlepiej realizować swoje powołanie dla dobra cierpiącego człowieka.

Przygotowała
Grażyna Kaja

UROCZYSTOŚĆ WPROWADZENIA RELIKWII BŁOGOSŁAWIONEJ HANNY CHRZANOWSKIEJ - ZDJĘCIA





INTER Kontrakt NNW

Ubezpieczenie utraty przychodu dla Pielęgniarek i Położnych

■ Pracujesz na kontrakcie?

Co się stanie, jeśli w wyniku wypadku nie będziesz wykonywać pracy zawodowej?

- Pobyt w szpitalu lub rekonwalescencja oznacza utratę przychodów.
- Twój budżet domowy zostanie mocno obciążony, a ZUS wypłaci Ci tylko minimalne świadczenie.
- Nadal będziesz płacić rachunki, czy raty kredytu.

■ Poczuj się bezpiecznie z ubezpieczeniem INTER Kontrakt NNW

- Odbierz świadczenie pieniężne za każdy dzień niezdolności do pracy spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem – nawet 9 000 zł miesięcznie!
- Zachowaj stabilność finansową w trakcie powrotu do zdrowia.
- Podstawą decyzji o wypłacie świadczenia jest zwolnienie lekarskie.
- Wypłata świadczenia od 1-go dnia czasowej niezdolności do pracy, maksymalnie do 365 dnia.

Grupa wiekowa	Wysokość składki dla INTER Kontrakt NNW	
	Wariant A Świadczenie 150 zł dziennie / Bez weryfikacji przychodów	Wariant B Świadczenie 300 zł dziennie / Przychody powyżej 9 000 zł
	Miesięcznie otrzymasz 4 500 zł	Miesięcznie otrzymasz do 9 000 zł
do 39 lat	40 zł	70 zł
40 - 49 lat	45 zł	81 zł
50 - 59 lat	68 zł	122 zł
60 - 70 lat	84 zł	151 zł

Niniejsza ulotka nie stanowi oferty handlowej w rozumieniu art. 66 Kodeksu Cywilnego

Towarzystwo Ubezpieczeń INTER Polska S.A.
Przedstawicielstwo w Kaliszu
ul. Narutowicza 2A
62-800 Kalisz
tel. +48 62 757 16 22
tel. kom. 602 291 884

inter
UBEZPIECZENIA