

# ***Biuletyn***

1/2019

KWARTALNIK OKRĘGOWEJ IZBY PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH z siedzibą w Kaliszu





|                                |    |
|--------------------------------|----|
| Autyzm                         | 4  |
| Choroby narządu wzroku         | 10 |
| Zjazd Pielęgniarek i Położnych | 13 |
| Epidemiologia                  | 14 |
| Choroby narządu wzroku         | 18 |
| Sprawozdanie ORPiP             | 24 |
| Szkolenia                      | 27 |

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**



### Biuro Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych

czynne: od poniedziałku do piątku  
w godzinach 7<sup>00</sup> - 15<sup>00</sup>

### Sekretarz ORPiP

przyjmuje interesantów:  
od poniedziałku do piątku 7<sup>00</sup> - 11<sup>00</sup>

### Skarbnik OIPiP

urzęduje we wtorki i środy w godz. 15<sup>00</sup> - 18<sup>30</sup>

### 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. 14<sup>00</sup> do 15<sup>00</sup>

### Radca Prawny OIPiP z siedzibą w Kaliszu

- porady w zakresie prawa pracy oraz przepisów  
związanych z wykonywaniem zawodu w każdą środę  
w godz. 14<sup>00</sup> do 16<sup>00</sup>.

### Dyżury

### Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych:

Przewodnicząca Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych  
pełni dyżur w pierwszy i czwarty poniedziałek miesiąca  
w godz. 13<sup>00</sup> do 15<sup>00</sup>

Zespół redakcyjny w składzie:

Krystyna Połomska  
Jadwiga Soińska  
Marek Przybył

### 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

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

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:

MAJ 2019

### 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,

W ostatnich dniach odbył się XXXIV Okręgowy Sprawozdawczy Zjazd Pielęgniarek i Położnych w Kaliszu. Zjazd jest czasem podsumowań kolejnego roku działalności naszego samorządu. Obserwując wydarzenia minionego roku można stwierdzić, że był to czas intensywnych działań sektorowych na rzecz środowiska zawodowego pielęgniarek i położnych, był to „miłowy krok” dla polskiego pielęgniarstwa i położnictwa. Do najważniejszych wydarzeń ubiegłego roku należy zaliczyć podpisane, 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. Porozumienie zawierało, m.in. wzrost wynagrodzenia zasadniczego w wysokości nie niższej niż 1200 zł miesięcznie od dnia 1 lipca 2019 r. w przeliczeniu na jeden pełen etat, z tym że od dnia 1 września 2018 r. – w wysokości nie niższej niż 1100 zł miesięcznie w przeliczeniu na pełen etat. Niestety, nie wszyscy świadczeniodawcy wywiązali się z powyższego obowiązku. W niektórych podmiotach musiało dojść do akcji strajkowej, ale dzięki determinacji środowiska zawodowego oraz negocjacjom OZZPiP, udało się wywalczyć korzystniejsze warunki wzrostu wynagrodzenia dla pielęgniarek i położnych w tej spółce. Największym problemem w tej chwili jest realizacja Porozumienia w zakresie wzrostu wynagrodzenia w przypadku pielęgniarek zatrudnionych w gabinetach zabiegowych i punktach szczepień w praktykach lekarzy rodzinnych.

Od 1 stycznia 2019 weszły w życie długo oczekiwane wskaźniki zatrudnienia. Nadal trwają jeszcze prace nad opracowaniem wskaźników dla AOS, psychiatrii, opieki długoterminowej, hospicyjnej, rehabilitacji, uzdrowisk. Wskaźniki, które wywołują wiele komentarzy i opinii. Samorząd zawodowy wraz ze związkiem zawodowym pielęgniarek i położnych od wielu lat postulował, że w systemie jest zbyt mało pielęgniarek i położnych, że nie ma zastępowalności pokoleniowej – wtedy to nikomu nie przeszkadzało. Teraz kiedy osiągnęliśmy graniczną sytuację bezpieczeństwa personelu i pacjenta zarzuca się nam, że przyczyniamy się do likwidacji łóżek. Samorząd zawodowy sprawując pieczę nad należyтым wykonywaniem zawodu nie może godzić się na pracę w warunkach zagrażających bezpieczeństwu pielęgniarek i położnych oraz pacjentów. Z danych Ministerstwa Zdrowia wynika, że w Polsce średnie obłożenie łóżek wynosi 50-70% podczas, gdy optymalnym wykorzystaniem jest 80-85%. Niestety niepokojącym zjawiskiem jest w dalszym ciągu pojedyncza obsada pielęgniarek i położnych na dyżurach, szczególnie nocnych.

Ważnym aktem prawnym dla naszych zawodów jest Organizacyjny Standard Opieki Okołoporodowej jaki zaczął obowiązywać od 1 stycznia 2019 roku. Nowy standard to dokument, który w sposób kompleksowy obejmuje organizację opieki sprawowanej nad kobietą w okresie ciąży, porodu, połogu oraz nad noworodkiem. Ważne jest to, że Standard obowiązuje we wszystkich podmiotach wykonujących działalność leczniczą udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki okołoporodowej. Wiem, że nasze środowisko zawodowe, a szczególnie Koleżanki Położne poz/rodzinne, przygotowane są do nowych realiów prawnych. Problemy pojawiają się niestety na granicy współpracy z innymi podmiotami.

Tak się składa, że w obecnym składzie Delegatów spotkaliśmy się już po raz czwarty, a to oznacza, że dobiega końca VII kadencja samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych. Od wytrwałości i rozważań nas wszystkich, pielęgniarek, pielęgniarzy, położnych zależeć będzie czy podjęte zostaną dalsze działania, które wpłyną na warunki pracy za rok, dziesięć, czy dwadzieścia lat. Już dzisiaj apeluję do wszystkich członków samorządu o aktywność wyborczą w poszczególnych rejonach. Zwołany na czerwiec bieżącego roku I Nadzwyczajny Krajowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych przyjmując poprawki do regulaminów określi harmonogram wyborczy do organów naczelných oraz w okręgach.

W ostatnim czasie Pani mgr Monika Augustyniak-Chwałkowska, zatrudniona w Pleszewskim Centrum Medycznym – została powołana na Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologii i intensywnej opieki medycznej. Jest to już drugi konsultant z terenu działania naszej Izby, z czego się bardzo cieszymy i jesteśmy dumni.

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

# AUTYZM

***Autyzm jest zespołem zaburzeń upośledzającym funkcjonowanie osoby chorej. Osoby autystyczne inaczej odbierają świat. Opieka nad osobą z autyzmem wymaga współpracy wielu specjalistów z różnych dziedzin. Kontakt z takim pacjentem wymaga zrozumienia jego niesprawności i umiejętności postępowania. Przedstawione niektóre metody terapii pomogą w opiece nad osobą z autyzmem.***

Autyzm to termin, który wywodzi się od greckiego słowa „autos”, tłumaczonego jako sam.

Po raz pierwszy autyzm jako zespół chorobowy opisał Leo Kanner. Autyzm jest zaburzeniem rozwojowym, które pojawia się we wczesnym dzieciństwie najczęściej przed upływem trzeciego roku życia. Częściej występuje u chłopców niż dziewczynek. Może ujawnić się już w wieku niemowlęcym. Pierwsze objawy u dziecka obserwują najczęściej rodzice. Martwi ich to, że dziecko jest za bardzo grzeczne, spokojne, nie wzdryga się na hałas, nie skupia wzroku na wchodzących osobach. Dzieci te nie nawiązują kontaktu wzrokowego, bronią się przed dotykiem, nie odpowiadają uśmiechem na widok mamy, niechętnie przytulają się do osób bliskich.

Podstawowymi objawami autyzmu są zaburzenia dotyczące trzech obszarów funkcjonowania: komunikacji, kontaktów społecznych, a także problemów w zachowaniu. Jednym z niepokojących sygnałów, który najprawdopodobniej najczęściej kojarzony jest z możliwością wystąpienia autyzmu u dziecka, jest opóźnienie u niego rozwoju mowy. Dziecko może stale powtarzać te same zdania lub słowa, odpowiadać na zadane mu pytanie dokładnie tym samym pytaniem (zjawisko określane jako echolalia), intonować każdą wypowiedź, mówić o sobie np. „Jasiu zrobił” a nie „ja zrobiłem”. Dziecko nie potrafi wykorzystać umiejętności mowy. Zaburzenia komunikacji mogą dotyczyć nie tylko komunikacji werbalnej ale również niewerbalnej.

W zakresie interakcji społecznych objawami autyzmu może być: pozorna obojętność na kontakty z innymi ludźmi. Podczas zabawy dziecku z autyzmem ciężko może być np. przybierać jakąś rolę, dziecko może ciągle bawić się tą samą zabawką i ciągle w ten sam sposób, występuje brak umiejętności wspólnej zabawy.

W obszarze zachowania charakterystyczna jest sztywność zachowań. Dziecko autystyczne zwyczajnie nie lubi jakichkolwiek zmian w codziennej rutynie: chodzą tą samą drogą, bawią się w ten sam sposób, jeżeli najpierw ubiera się następnie je śniadanie to zmiana kolejności czynności może prowadzić u niego do poczucia zagrożenia, wybuchu gniewu, nawet do agresji.

O przyczyny autyzmu zadaje sobie pytanie wielu rodziców autystycznych dzieci, a także wielu lekarzy. Jednak obecnie nikt nie jest w stanie odpowiedzieć na nie ze stuprocentową pewnością.

Analizując przyczyny autyzmu, najczęściej uwagi naukowcy kierują ku różnym zaburzeniom genetycznym. Teoretycznie mutacje w genach mogą odpowiadać za pojawianie się tej choroby. Jednak do tej pory nie udało się wykryć konkretnych mutacji wywołujących ją. Nie do końca wiadomo co tak naprawdę powoduje autyzm, jednak za główne czynniki uważa się genetykę (określono dużo genów odpowiedzialnych za autyzm) oraz środowisko. Badania przeprowadzone u autystycznych pacjentów wykazały pewne nieprawidłowości

w kilku rejonach mózgu. Oprócz tego inne badania sugerują, że osoby z autyzmem mają zły poziom serotoniny i innych neuroprzekaźników w mózgu. To wszystko może sugerować, że zakłócenia w rozwoju mózgu u płodu na wczesnym etapie rozwoju oraz zaburzenia w genach, mogą mieć wpływ na powstanie choroby.

Niektóre choroby uwarunkowane genetycznie, jak zespół łamliwego chromosomu X czy zespół Retta, są dobrze znane z tego, że zwiększają ryzyko autyzmu.

Naukowcy zwracają uwagę na inne przyczyny autyzmu.

U dzieci z autyzmem zauważalne bywają odchylenia dotyczące morfologii ich mózgu (które można stwierdzić np. w badaniach obrazowych). To właśnie z tego powodu część uczonych sądzi, że do przyczyn autyzmu mogą należeć także patologie układu nerwowego. Za przyczynę zwiększającą ryzyko wystąpienia autyzmu, uznawane są np.: encefalopatie, zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych. Przyczynę autyzmu, upatruje się również w różnego rodzaju komplikacjach dotyczących przebiegu ciąży i porodu.

Uważa się, że przyczyną autyzmu mogą być schorzenia występujące u ciężarnej, szkodliwe substancje np. metale ciężkie.

Szereg przeprowadzonych badań informuje, że lek przeciwdrgawkowy (kwas walproinowy) może zwiększać ryzyko autyzmu u dzieci, które były narażone na jego działanie jeszcze przed przyjściem na świat. Z kolei inne badanie wykazało wyższe ryzyko tego zaburzenia wśród dzieci ekspozowanych w życiu płodowym na leki przeciw depresji na paracetamol czy mizoprostol. Uwaga lekarzy zajmujących się przyczynami występowania autyzmu kierowana jest także ku związkowi pomiędzy spożywaniem alkoholu czy paleniem papierosów przez matkę w czasie ciąży,

## Diagnostyka w autyzmie.

Nie ma jednoznacznych testów medycznych, które od razu dają odpowiedź na pytanie, czy dziecko cierpi na autyzm. Badania krwi czy moczu nie są w stanie zdiagnozować tego schorzenia. W rozpoznaniu autyzmu specjaliści przede wszystkim skupiają się na obserwacji zachowania dziecka i jego rozwoju.

Diagnostyka autyzmu dzieli się na dwa etapy

1. Badanie rozwoju dziecka: specjalista przeprowadza krótki test, którego celem jest wykazanie czy dziecko posiada podstawowe umiejętności dla danego okresu życia, czy ma pewne opóźnienia. W trakcie tego badania lekarz zadaje rodzicom szereg pytań: np. czy dobrze się uczy, jak mówi, jak się zachowuje, czy prawidłowo się porusza. Jest to istotne, ponieważ opóźnienie w każdym z wymienionych obszarów wskazywać może na zaburzenia w rozwoju. Każde dziecko, które trafia do specjalisty badane jest pod kątem opóźnienia rozwoju i niepełnosprawności.



Gdy istnieje podejrzenie, że dziecko jest w grupie wysokiego ryzyka zaburzeń rozwojowych związanych autyzmem u innych osób w rodzinie, przedwczesnego porodu czy niskiej wagi urodzeniowej - wykonuje się dodatkowe badania przesiewowe. Badaniom przesiewowym podczas kontroli należy poddawać dzieci w wieku 1,5-2 lat.

2. Wszechstronna ocena dziecka - to drugi etap diagnostyki. Ocena dziecka obejmuje zachowanie dziecka i wywiad z rodzicami, ponadto można wykonać badania neurologiczne i genetyczne oraz inne badania medyczne. Dokładniej oceny dziecka zazwyczaj dokonują: neurologi - oceniają pracę mózgu i nerwów, pediatrzy - oceniają rozwój dziecka, psychologowie dziecięcy bądź psychiatrzy.

W rozpoznawaniu autyzmu ważne jest odróżnienie czy mamy problem z autyzmem czy zwykłymi zaburzeniami np. problemy ze słuchem lub wzrokiem. Są pewne choroby, które mogą przypominać autyzm, dlatego należy je wykluczyć za pomocą odpowiednich badań. Obserwacja dziecka i rozmowa z opiekunami to ważne elementy potrzebne do postawienia diagnozy.

Z autyzmu nie można dziecka wyleczyć ale wcześniej podjęta i systematyczna terapia daje możliwość lepszego funkcjonowania w życiu codziennym. Dzieci autystyczne mają zdolność uczenia się - należy im stworzyć odpowiednie warunki. Dziecku należy określić czytelne zasady informujące o oczekiwanych zachowaniach i zachowaniach, które nie będą akceptowane. Istotnym elementem terapii, rehabilitacji i edukacji dziecka z autyzmem jest przygotowanie programu terapeutycznego opracowanego przez psychologa, pedagoga we współpracy z psychiatrą.

Terapia dziecka z autyzmem opiera się na trzech podstawowych zasadach:

- przygotowanie rodziców do pracy z dzieckiem poprzez wyjaśnienie im zachowań dziecka,
- rozszerzeniu form kontaktu z dzieckiem, przede wszystkim kontaktu fizycznego,
- stymulacji dziecka do kontaktów społecznych.

W terapii dzieci autystycznych wykorzystywane są różnego rodzaju metody i modele terapeutyczne, które dotyczą wszystkich sfer rozwoju.

1. Metoda Behawioralna, wsparta teorią poznania społecznego i terapią rodzin. Główną podstawą terapii behawioralnej stanowią ogólne prawa uczenia się.

Dzieci autystyczne mają zdolności uczenia się - tak jak inni ludzie - o ile znajdują się w specjalnie przystosowanym dla siebie środowisku. Środowisko to składa się z miejsc, w których dzieci przebywają, na co dzień, a różni się od normalnego tylko na tyle, aby stało się dla niego bardziej funkcjonalne.

W terapii behawioralnej można wyróżnić trzy podstawowe cele:

- rozwijanie zachowań deficytowych,
- redukcję zachowań niepożądanych,
- generalizowanie i utrzymywanie efektów terapii.

Zachowaniami deficytowymi nazywamy te zachowania, które uważa się za normalne i pożądane u dziecka w pewnym wieku i w pewnych okolicznościach, a które u dziecka autystycznego występują zbyt rzadko lub nie występują w ogóle (np. prawidłowa mowa, okazywanie uczuć, zabawa).

Zadaniem terapeuty behawioralnego jest kształtowanie u dziecka autystycznego jak największej liczby zachowań adaptacyjnych, które rozwiną jego niezależność i umożliwią mu efektywne funkcjonowanie w środowisku. Niepożądane zachowania dziecka powinny być zwalczane, ponieważ sprawiają kłopoty otoczeniu oraz nie sprzyjają nauce.

W zwalczaniu niepożądanych zachowań stosujemy dwie podstawowe metody: odbieranie dziecku czegoś, co lubi lub obdarzanie go czymś nieprzyjemnym. Zarówno jedno jak i drugie postępowanie powinno stanowić bezpośrednie następstwo złego zachowania się.

W edukacji dziecka autystycznego należy trzymać się podstawowych reguł behawioralnych.

Jeżeli chcemy, żeby zachowania występowały częściej, powinniśmy je systematycznie wzmacniać.

Wzmocnienie jest czymś, co następuje bezpośrednio po pewnym elemencie zachowania i zwiększa prawdopodobieństwo jego ponownego wystąpienia.

Są dwa rodzaje wzmocnień: pozytywne i negatywne. Wzmocnienie pozytywne polega na tym, że po danym zachowaniu następuje rzecz przyjemna, w przypadku zaś wzmocnienia negatywnego usuwamy rzecz nieprzyjemną.

W pracy z dzieckiem stosujemy prawie zawsze wzmocnienia pozytywne. Można wyróżnić cztery rodzaje wzmocnień: pierwotne np.: jedzenie i picie; wtórne np.: pieniądze, żetony; socjalne np.: pochwały, uściski, stymulujące np. zabawki. Wzmocnienie powinno być stosowane wówczas gdy dziecko zachowa się dobrze, bezpośrednio po tym, gdy się tak zachowa.

Zachowanie niepożądane nie powinno być wzmacniane.

Pojawienie się trudnego zachowania nie jest niebezpieczne, jeśli tylko nie jest wzmacniane.

Terapia behawioralna przebiega wg poszczególnych etapów:

- wczesne rozumienie mowy - przygotowanie do nauczania,
- trening imitacji - naśladowanie,
- dopasowywanie i sortowanie,
- imitacja werbalna,
- rozwój rozumienia mowy i mowy czynnej,
- nazywanie obiektów i czynności,
- pojęcia abstrakcyjne,
- budowanie zdań i nauka odpowiadania na pytania,
- umiejętności szkolne,
- rozwój społeczny i nauka wspólnej zabawy,
- czynności samoobsługowe.

2. Metoda Aktywności Knillów .

Programy Aktywności zostały stworzone przez małżeństwo Mariannę i Christophera Knillów. Pracując przez wiele lat z osobami niepełnosprawnymi, doszli oni do przekonania, że odpowiednio skonstruowany program terapeutyczny jest w stanie obudzić inicjatywę nawet w osobach najgłębiej upośledzonych, a więc najbardziej wycofanych. Oparli się na założeniu, że najważniejszym kanałem sensorycznym jest skóra. Dotyk jest bowiem pierwszym wrażeniem, jakiego doznajemy. Od wrażliwości dotykowej zależy umiejętność nawiązania kontaktu z otoczeniem. Ten jest z kolei podstawą kształtowania się kolejnych umiejętności w tym komunikacji. Wczesna komunikacja między niemowlęciem a dorosłym wyraża się właśnie poprzez dotyk. W swoich Programach Aktywności autorzy skojarzyli ruch i dotyk

ze specjalnie skomponowaną muzyką. Wykonując przy muzyce określone ćwiczenia, dziecko uczy się odczuwania własnego ciała i otwiera się na doznania dotykowe z otoczenia.

Program Aktywności składa się z sześciu części.

1. Programu Wprowadzającego.

2. Programu Specjalnego dla dzieci ze znaczną niepełnosprawnością ruchową.

3. Programu Pierwszego, koncentrującego się na ćwiczeniach górnej partii ciała.

4. Programu Drugiego, koncentrującego się na ćwiczeniach dolnej partii ciała.

5. Programu Trzeciego wymagającego od uczestnika większej sprawności i koordynacji ruchowej, a także uwagi.

6. Programu Czwartego – najtrudniejszego – gdzie dużą rolę odgrywa już własna inicjatywa dziecka (np. taniec)

Podczas realizacji wszystkich programów każdy ruch dziecka wspierany jest przez specjalny akompaniament muzyczny, będący sygnałem konkretnej aktywności. Zadaniem muzyki jest stymulacja uwagi, a także stwarzanie korzystnych podstaw do uczenia się. Dziecko zapamiętuje kolejne sekwencje sygnałów muzycznych, co sprawia, że dotyk terapeuty jest dla niego przewidywalny. Taka rytualizacja aktywności jest dla dziecka źródłem poczucia bezpieczeństwa, co w przypadku dzieci z autyzmem jest bardzo istotne.

Programy podstawowe skupiają się kolejno na odczuwaniu poszczególnych części ciała poprzez różne aktywności, wymagają od dziecka większej ruchliwości, koordynacji oraz świadomości społecznej.

3. Metoda Dobrego Startu – składają się na nią 3 elementy: element słuchowy (piosenka lub wiersz), element wzrokowy (wzory graficzne) i element motoryczny (wykonywanie ruchów w czasie odtwarzania wzorów graficznych, połączonych z rytmem piosenki lub wiersza). Celem metody jest jednocześnie rozwijanie funkcji wzrokowych, słuchowych, językowych, motorycznych, a także kształtowanie lateralizacji (ustalenie ręki dominującej) oraz orientacji w schemacie ciała i przestrzeni. Funkcje te leżą u podstaw złożonych czynności czytania i pisania. Metoda Dobrego Startu kształci także zdolność rozumienia i posługiwania się symbolami abstrakcyjnymi, ułatwia nawiązanie kontaktów społecznych i uczy współdziałania dzieci, mających trudności w przystosowaniu społecznym lub zaburzonych emocjonalnie.

4. Metoda Ruchu Rozwijającego Weroniki Sherborne opracowana została przez angielską fizjoterapeutkę, pedagoga ruchu i tańca – wykorzystuje dotyk, ruch oraz wzajemne relacje fizyczne, emocjonalne i społeczne we wspomaganiu rozwoju dziecka i terapii zaburzeń. Ćwiczenia wywodzą się z naturalnych potrzeb dziecka, które zaspokajane są w kontakcie z osobą dorosłą. Stosowane jest kołysanie, przytulanie, turlanie, przeciąganie. Podstawą metody jest rozwijanie poprzez ruch:

- świadomości własnego ciała,
- świadomości przestrzeni i działania w niej,
- dzielenie przestrzeni z innymi ludźmi i nawiązywanie z nimi bliskich kontaktów,
- ruch kreatywny.

5. Metoda A. Tomatisa – w literaturze metoda ta znana jest również jako „terapia słuchowa”, „stymulacja słuchowa”, a podstawowym jej celem jest wspomaganie funkcji słuchowej

przez co następuje poprawa koncentracji, jakości uczenia się, wspomaganie zdolności językowych, komunikacyjnych, zwiększenie kreatywności oraz poprawa jakości zachowań społecznych.

Metoda Tomatisa okazała się bardzo skuteczna w terapii dzieci z problemami szkolnymi typu: zaburzenia uwagi, mowy, koncentracji, dysleksja. Zastosowanie tej metody przyniosło również zadowalające efekty w przypadku dzieci autystycznych i z problemami koordynacji sensomotorycznej.

Metoda ta polega na słuchaniu dźwięków poprzez urządzenie zwane „elektronicznym uchem”, które jest idealnym modelem ucha ludzkiego – „ćwicz” ono ucho w taki sposób, aby mogło pracować bez zakłóceń. Ćwiczenia te stymulują centralny system nerwowy, a w szczególności korę mózgową, która stanowi centrum procesów myślenia. Stymulacja ucha odbywa się poprzez dźwięki o określonej, zróżnicowanej częstotliwości. Dziecko może dobrze słyszeć, ale nie oznacza to, że potrafi równie dobrze słuchać, czyli że ma prawidłowo rozwiniętą uwagę słuchową. Może mieć trudności z prawidłową selekcją i analizą dźwięków, rozróżnianiem wysokich i niskich częstotliwości, a także nie posiadać umiejętności jednoczesnego kojarzenia znaku graficznego z dźwiękiem, co jest konieczne w przypadku poprawnego czytania i pisania. Dodatkowo może temu towarzyszyć nadpobudliwość psychoruchowa.

6. Metoda Opcji czyli terapii niedyrektywnej opracowana przez rodziców chłopca z autyzmem. Metoda ta uczy jak opracować i wdrożyć domowy program terapeutyczny dziecka z autyzmem. Rodzice uczeni są konkretnych technik i narzędzi dotyczących edukacji i postaw wobec swego dziecka. Program Son-Rise zakłada, że to rodzice są dla dziecka najlepszym źródłem informacji, dlatego ukierunkowany jest nie tylko na dzieci, ale również na rodziców.

- Zasady oraz działania stosowane w programie Son-Rise to:
- dołączanie do rytualistycznych i powtarzających się zachowań dziecka, które daje klucz do rozwiązania tajemniczych zachowań i ułatwia kontakt wzrokowy, rozwój socjalny i włączenie się do zabawy z innymi,
  - używanie własnej motywacji dziecka,
  - nauka poprzez zabawę interaktywną,
  - okazywanie entuzjazmu, energii i ekscytacji, które zwraca uwagę dzieci oraz budzi w nich stałą chęć - do nauki i kontaktu,
  - optymistyczne i wolne od sądów nastawienie podnoszące w dzieciach do maksimum poziom uwagi, radości i życzeń,
  - usytuowanie rodzica jako najważniejszego i trwałego fundamentu - co prowadzi do najbardziej spójnej i konsekwentnej koncentracji odnośnie terapii, inspirowania dziecka i jego edukacji,
  - stworzenie bezpiecznego, wolnego od zakłóceń obszaru do zabawy i pracy, które daje optymalne środowisko dla nauki i rozwoju.

7. Biofeedback – jest nową metodą, opartą na naukowych podstawach, metodą zwiększania możliwości naszego umysłu. Oparta jest na wyspecjalizowanej technice komputerowej, która umożliwia osobie uczenie się zmieniania charakterystyki swich fal mózgowych – chodzi tu o usprawnienie działania umysłu przy równoczesnej relaksacji. Pojawiające się na ekranie komputera obrazy i dźwięki stymulują w odpowiedni sposób pracę

mózgu, a dziecko za pomocą tylko własnych myśli (bez użycia klawiatury) uczy się koncentrować na wykonywanym zadaniu. Biofeedback poprawia szybkość myślenia, pamięć, rozwija prawidłowe relacje z innymi ludźmi.

8. Kinezyterapia – czyli terapia ruchem osób z obniżoną sprawnością motoryczną. Ma na celu lepsze dotlenienie komórek mózgowych, usprawnienie motoryki ciała, zrozumienie celowości ruchów poprzez ćwiczenia ogólnorozwojowe, oddechowe, relaksacyjne.

9. Dogoterapia – to system ćwiczeń i zabaw z psami wspomagający rehabilitację ruchową oraz umysłową osób niepełnosprawnych, w tym także dzieci autystycznych. Poprzez zabawy, przytulanie i głaskanie psa dzieci rozluźniają się, dużo szybciej i dokładniej próbują wykonać ćwiczenia, są radosne i uśmiechnięte. Udział psa służy wzmocnieniu rehabilitacji, wszechstronnie oddziałując na psychikę, pobudzeniu zmysłów i pozytywnych emocji.

10. Arteterapia – jest terapią poprzez sztukę. Dziecko za pomocą różnych technik plastycznych ma możliwość symbolicznie wyrazić trudne przeżycia, doświadczenie, emocje. Arteterapia wyzwala aktywność twórczą, wyrównuje braki i ograniczenia psychofizyczne a jednocześnie obniża napięcie i pomaga nazwać problem. Pozwala na akceptację siebie i innych. Nadaje sens i wzbogaca życie ludzi niepełnosprawnych. Ważny jest sam akt twórczy a nie efekt końcowy wykonanej pracy.

11. Muzykoterapia – wykorzystuje terapeutyczny wpływ muzyki na rozwój dziecka autystycznego. Muzyka daje możliwość odbioru miłych i przyjemnych doznań, pobudza do działania lub skłania do skupienia, pomaga w nawiązaniu kontaktu z innymi ludźmi.

12. Logorytmika – jest metodą łączącą rytm muzyczny z ruchami całego ciała. Głównym celem ćwiczeń muzyczno-ruchowych jest rozwijanie umiejętności sprawnego wykonywania ruchu, a co za tym idzie, wyrabianie szybkiej orientacji w czasie i przestrzeni, koncentracji uwagi, stymulowanie do sprawniejszego myślenia, a także kształcenie takich cech charakteru, jak zdyscyplinowanie, porządek, aktywność, poczucie odpowiedzialności, umiejętność współdziałania w grupie. Przede wszystkim jednak zabawy muzyczno-ruchowe kształtują ruchy całego ciała, wpływają pośrednio na usprawnianie narządów mownych.

13. Gimnastyka Mózgu P. Dennisona – jest to zestaw prostych ćwiczeń ruchowych, prowadzonych z dziećmi w formie zabawy, które mają na celu zintegrowanie pracy mózgu. A mózg nasz nie jest narządem symetrycznym – każda z półkul ma nieco inne zadanie, np. lewa jest półkulą logiczną, to tu odbywa się rozwiązywanie zadań matematycznych, nauka piosenek, liczenie, pamięć krótkotrwała. Prawa natomiast jest półkulą twórczą, odruchową, intuicyjną, pamięć długotrwała. Aby w pełni wykorzystać możliwości mózgu, aby w całości go uruchomić, Dennison proponuje masowanie określonych punktów na ciele oraz wykonywanie różnych ruchów – zawsze naprzemiennych, np. dotykanie prawą ręką lewego ramienia czy kolana i odwrotnie, kreślenie tzw. „leniwych” ósemek całym ciałem lub kredką na papierze. Gimnastyka mózgu pozwala

zaktywizować dotychczas nieznane i pomijane sfery intelektu, dzięki czemu w procesie uczenia się włączony jest cały mózg.

14. Metoda M. Montessori polega na szczególnym podejściu do małego człowieka: z ogromnym szacunkiem i wrażliwością na jego wyjątkowe potrzeby.

Współczesna psychologia potwierdza fakt, że dziecko potrafi nauczyć się czytać, pisać i liczyć w taki sam naturalny sposób, jak uczy się chodzić i mówić. Należy jednak umiejętnie wykorzystać wczesne lata dziecięce, na które przypada najszybszy i optymalny rozwój umysłowy każdego dziecka. Maria Montessori okres rozwojowy do szóstego roku życia nazwała „okresem dziecka meblowego”. W tym okresie dziecko kształtuje swoją indywidualną osobowość. Przez pierwsze trzy lata odbywa się to nieświadomie, dziecko „wchłania” wszystko, co się wokół niego dzieje bezkrytycznie. Przez kolejne trzy lata rozwój osobowości odbywa się w sposób bardziej świadomy. Teraz rozwija się wola i charakter dziecka. Możliwość przyswajania informacji jest nieograniczona. Często, jakże słusznie, cytowane jest powiedzenie M. Montessori, że „najlepsze dla najmłodszego”.

15. Hipoterapia (terapia z udziałem konia) początkowo była wykorzystywana do pracy z osobami z dysfunkcjami ruchu. Stopniowo zyskała popularność. Obecnie wykorzystuje się ją dla osób z autyzmem. Stwierdzono, że tego rodzaju terapia obejmuje nie tylko sferę fizyczną ale również poznawczą, społeczną, emocjonalno-motywacyjną.

Światowy Dzień Świadomości Autyzmu - to święto obchodzone corocznie 2 kwietnia z inicjatywy Kataru w osobie Jej Wysokości Mozah, małżonki emira Hamada ibn Chalifa as-Sani, popartej przez Zgromadzenie Ogólne ONZ rezolucją z 18 grudnia 2007 i opublikowaną 21 stycznia 2008 roku.

## Literatura

Namysłowska I.: *Psychiatria dzieci i młodzieży*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2012

Pietras T., Witusik A., Gołęcki P.(red.): *Autyzm- epidemiologia, diagnoza i terapia*. Wydawnictwo Continuo, Wrocław 2010  
Strona internetowa: [www.medonet.pl](http://www.medonet.pl)

**"Tu Ciebie nie ma, lecz jesteś przecież...  
i pozostaniesz w jasnym świecie, jest coś, co  
mrokom się opiera, jest pamięć. A ona nie  
umiera...."**

**Znana była jako wspaniała, ciepła i życzliwa  
Osoba, oddana Rodzinie, swojej pracy i  
pacjentom - na zawsze odeszła od nas**

**Ewa Ostrowska**

**Pielęgniarka Oddziału Ortopedii  
i Traumatologii Narządu Ruchu ZZOZ  
w Ostrowie Wlkp.**

**Kondolencje i wyrazy współczucia Rodzinie  
i Bliskim składają  
Janina, Danuta i Jerzy Szczerba  
EWA,DZIĘKUJEMY!**





„Ku celom pożądanym  
wiodą drogi trudne”  
E. Orzeszkowa

Poznań, dnia 29 marca 2019r.

Pan  
Marek Przybył  
Przewodniczący  
Okręgowej Rady  
Pielęgniarek i Położnych  
w Koninie

*Szanowny Panie Przewodniczący*

Dziękując za zaproszenie do wzięcia udziału w kolejnym Państwa Zjeździe Sprawozdawczo-Budżetowym, w imieniu Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Poznaniu oraz własnym pragnę złożyć wszystkim najlepsze życzenia.

Życzę jak najwięcej profesjonalizmu w codziennym działaniu w obszarze życia zawodowego i samorządowego. Niech słowa naszego Hymnu:

„W świat niesiemy swe serca gorące,  
Najpiękniejszą głosimy ideę,  
Aby ludziom dać pokój i słońce,  
By cierpiącym przywrócić nadzieję”

obrazują zaangażowanie zawodowe oraz będą promykiem słońca dla wszystkich oczekujących pomocy ze strony pielęgniarek i położnych.

Delegatom Zjazdu życzę owocnych obrad, przemyślanych i konstruktywnych wniosków oraz powodzenia w rozwiązywaniu problemów samorządowych.

*Z wyrazami szacunku*

Przewodnicząca  
Okręgowej Rady  
Pielęgniarek i Położnych  
w Poznaniu  
*Kruczkowska*  
Teresa Kruczkowska





OKRĘGOWA IZBA  
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH  
W KONINIE

„Wszystko jest możliwe. Mogę Ci mówić, że masz 90% szans,  
50% szans lub 1% szans, ale to Ty musisz wierzyć i walczyć”  
Lance Armstrong

Pan Marek Przybył  
Przewodniczący Okręgowej Rady  
Pielęgniarek i Położnych  
w Kaliszu

*Szanowny Panie Przewodniczący*

*Serdecznie dziękuję za zaproszenie na uroczystość XXXIV Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Kaliszu.*

*Praca w samorządzie zawodowym, to bardzo odpowiedzialna funkcja społeczna, wspierająca bieżące działanie korporacji oraz wyznaczająca kierunki rozwoju zawodowego pielęgniarek i położnych. Nieustannie zmieniająca się rzeczywistość stawia przed Samorządem zawodowym nowe, czasem bardzo trudne wyzwania wymagające ogromu wiedzy, profesjonalizmu i odpowiedzialności za podejmowane decyzje.*

*Na ręce Pana Przewodniczącego składam serdeczne podziękowanie za dotychczasową współpracę między naszymi Izbami z nadzieją na dalsze owocne kontakty.*

*Przekazuję wyrazy uznania dla wszystkich Członków Samorządu zaangażowanych w rozwiązywanie trudnych problemów naszego środowiska.*

*Życzę sił i determinacji do dalszego, skutecznego działania dla dobra środowiska zawodowego pielęgniarek i położnych oraz pacjentów.*

*Uczestnikom Zjazdu życzę owocnych obrad i podejmowania słusznych decyzji.*

*Z poważaniem*

Przewodnicząca  
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych  
w Koninie  
*Wiesława Welke*

Konin, 29 marca 2019 roku

## CHOROBY NARZĄDU WZROKU

**Światowy Dzień Jaskry to wspólna inicjatywa Światowego Towarzystwa Jaskrowego oraz Światowego Stowarzyszenia Chorych na Jaskrę, której celem jest zachęcenie do podjęcia działań zapobiegających utracie wzroku.**

Jaskra, to problem ogólnoświatowy. WHO uznało ją za chorobę społeczną. Według danych tej organizacji na jaskrę choruje 70 milionów osób na świecie, a w związku ze starzeniem się społeczeństw szacuje się, że liczba ta będzie się zwiększać.

Jaskra to schorzenie nerwu wzrokowego - nie leczone, doprowadza do jego zaniku i utraty wzroku. Najczęstszą przyczyną jest nieprawidłowo podwyższone ciśnienie wewnątrz gałki ocznej. Jaskra z reguły rozpoczyna się bezobjawowo - utrata pola widzenia postępuje powoli. Niektóre osoby przychodzą do lekarza dopiero, gdy widzą już tylko na jedno oko.

Istnieje przekonanie, że jaskra to choroba, która występuje u osób starszych. Może występować również u osób młodych. Ryzyko jaskry zwiększa się wraz z wiekiem. U osób mających 40 - 50 lat jaskra występuje w 0,5% przypadków. W kolejnych latach ryzyko choroby wzrasta nawet do 5%, a największe zagrożenie istnieje u osób po 60. roku życia. Połowa osób chorych na jaskrę, nie zdaje sobie sprawy z obecności choroby i żyje z nią przez wiele lat. Objawy jaskry często są niezauważalne, mogą rozwijać się powoli, dlatego trudno je zauważyć (tylko u 20% chorych jaskra rozwija się bardzo szybko). W nieleczonej jaskrze mogą występować objawy takie jak zawroty głowy i nudności, intensywne i odporne na leczenie zapalenie spojówek oraz problemy z utrzymaniem równowagi. Należy pamiętać, że kiedy wystąpią objawy, nieodwracalne zmiany w oku najczęściej już się dokonały. Im później zaczniemy leczenie jaskry, tym gorsze są efekty leczenia.

W zdrowym oku przezprzysta ciecz wodnista krąży wewnątrz przedniej komory oka. Aby oko działało prawidłowo, w komorze musi być utrzymana odpowiednia ilość cieczy, która zapewnia właściwe ciśnienie. Prawidłowe ciśnienie utrzymywane jest dzięki ciągłemu napływowi i odpływowi cieczy z komory. W przypadku jaskry, przepływ cieczy wodnistej zostaje zaburzony, ciecz gromadzi się, ciśnienie wewnątrz oka rośnie, co stopniowo uszkadza nerw wzrokowy.

Do osób szczególnie narażonych na jaskrę, należą: osoby chore na cukrzycę, miażdżycę, hiperlipidemię, krótkowidzący noszące okulary minusowe powyżej -4 dioptrii z towarzyszącymi zmianami w siatkówce i naczyniówce oka, osoby, u których jaskra występowała w rodzinie, osoby szczególnie narażone na stres, mające kłopoty z wysokim ciśnieniem tętniczym, cierpiące na migrenę.

### Rodzaje jaskry

Podstawowy podział to jaskry z otwartym i zamkniętym kątem przesączania oraz jaskry pierwotne i wtórne.

#### **Jaskra pierwotna otwartego kąta przesączania.**

Jest to najbardziej powszechny rodzaj jaskry. Jaskra tego typu pojawia się, ponieważ specjalne struktury odpowiadające za odpływ cieczy wodnistej przestają działać prawidłowo,

przez co ciecz wodnista zostaje uwięziona w oku, a ciśnienie wewnątrz gałki podwyższa się.

Ten rodzaj jaskry rozwija się powoli i bardzo długo nie daje żadnych objawów, lub objawy są na tyle delikatne, że chory ich nie zauważa. Najczęściej chory zgłasza się do lekarza, przy bardzo dużym stopniu uszkodzenia nerwu, kiedy pole widzenia zwężone jest do ok. 50 proc.

Warto też zaznaczyć, że ciśnienie oka, które jest głównym wskaźnikiem podejrzenia o jaskrę, może się wahać i często zdarza się, że zmierzone ciśnienie w danym momencie mieści się w normie. Dlatego dla postawienia właściwej diagnozy, powinno być wykonane badanie nerwu wzrokowego.

#### **Jaskra z normalnym ciśnieniem**

Ten rodzaj jaskry występuje, pomimo normalnego (zmierzonego wielokrotnie) ciśnienia w oku. Pomimo, iż wartości ciśnienia są takie jak u osób zdrowych, dochodzi do uszkodzenia nerwu i stopniowej utraty wzroku.

#### **Jaskra zamkniętego kąta przesączania.**

Ten typ jaskry występuje u osób, u których zamknięciu uległ kanał, którym ciecz wodnista wypływa z oka. Jeśli kanał zostanie całkowicie zamknięty dochodzi do tzw. ostrego ataku jaskry, któremu towarzyszą: bardzo wysokie ciśnienie w oku, ból głowy, drażliwość gałki ocznej, nudności i wymioty. W sytuacji ostrego ataku jaskry, wymagana jest natychmiastowa pomoc lekarza.

#### **Jaskra wtórna**

Jaskra wtórna występuje z powodu innej choroby oczu np.: urazu oka, długotrwałego stosowania sterydów lub nowotworów.

#### **Jaskra wrodzona**

Jest to najrzadziej występujący rodzaj jaskry. Jaskra ta rozwija się u niemowląt i małych dzieci. W przeciwieństwie do pozostałych rodzajów jaskry, ten rodzaj najczęściej doprowadza do całkowitej utraty wzroku.

#### **Objawy jaskry**

Ważny jest kontakt z lekarzem, gdy pojawią się następujące objawy:

pierwszym niepokojącym objawem mogą być powracające poranne bóle głowy przechodzące w migreny, pogorszenie wzroku, zaczerwienienie oka, tęczowe obwódki widziane wokół przedmiotów oraz tęczowe plamki, rozmyta tęczęwka oka, zwłaszcza u noworodków, nudności lub wymioty, ból oka, zwężenie pola widzenia.

#### **Rozpoznanie jaskry**

Aby lekarz mógł prawidłowo zdiagnozować jaskrę, musi wziąć pod uwagę charakterystyczne dla niej zmiany w wyglądzie tarczy nerwu wzrokowego oraz braki w polu widzenia. W rozpoznawaniu jaskry stosuje się bardzo szeroki wachlarz badań, podczas których oprócz badania ostrości wzroku wykonuje się inne badania:- badanie dna oka: dzięki niemu



można określić czy są jakieś anatomiczne uszkodzenia w okolicy tarczy nerwu wzrokowego, w przebiegu jaskry,

- badanie obrazowe oceniające stan nerwu wzrokowego i warstwy włókien nerwowych: wykonywane są nowoczesną aparaturą, która w sposób precyzyjny określa na jakim poziomie zaawansowania jest jaskra i czy nerw wzrokowy został przez nią uszkodzony. W Polsce aparatura ta jest dostępna, np. w poradniach jaskrowych, zatem pacjenci mogą kontrolować rozwój choroby i skuteczność leczenia. Nie wystarczy osiągnięcie niskiego ciśnienia wewnątrz oka. Badanie obrazowe jaskry można wykonywać następującymi metodami: tomografia zmian jaskrowych, optyczna koherentna tomografia dna oka (OCT), SD OCT (tomografia optyczna nowej generacji), GDx (obrazuje grubość warstw włókien nerwowych),
- badanie pola widzenia- jest to jedno z podstawowych badań w jaskrze, do którego używa się programów komputerowych. Badanie w sposób precyzyjny analizuje pole widzenia w obszarze trzydziestu stopni od centrum. Należy powtarzać tę analizę chociaż raz do roku, gdyż pozwala ona również kontrolować skuteczność leczenia i ewentualny postęp choroby,
- pomiar ciśnienia wewnątrzgałkowego: badanie to przeprowadza się za pomocą specjalnych tonometrów.
- badanie kąta przesączania - za pomocą tego badania obserwuje się naturalną drogę odpływu cieczy wodnistej. Wykonuje się to za pomocą bardzo dużego powiększenia i oświetlenia z pomocą lampy szczelinowej. Badanie klasyfikuje rodzaje jaskry otwartego oka przesączania. W jaskrze otwartego kąta widać początek dróg odpływu, natomiast w jaskrze zamkniętego kąta tego nie widać. Badanie kąta przesączania jest pomocne w zdiagnozowaniu pierwotnego zamknięcia kąta przesączania, które wynika z budowy anatomicznej oka, oraz zamknięcia wtórnego – wynikającego z innych schorzeń.
- badanie obrazowe przedniego odcinka oka za pomocą tomografii optycznej: pomaga rozpoznać jaki jest mechanizm zamknięcia kąta w danym oku. Dzięki temu badaniu lekarz jest w stanie zastosować odpowiednią terapię. Leczenie polega na zabiegu korekcyjnym istniejącego kąta oka, aby otworzyć naturalną drogę odpływu i nie dopuścić do jej zamykania. Inny zabieg (w przypadku zarostowego zamknięcia oka) polega na utworzeniu sztucznego odpływu cieczy wodnistej.

Wszystkie wyniki badań obrazowych powinien mieć pacjent, gdyż są one podstawą każdej konsultacji z lekarzem, ale również przydają się, gdy zmienimy lekarza.

### **Leczenie jaskry**

Jaskrę można leczyć kilkoma sposobami w zależności od nasilenia i typu jaskry.

W większości przypadków leczenie zaczynamy od kropli przeciwjaskrowych. Wyjątkiem jest ostry atak jaskry, który leczy się operacyjnie. Celem leczenia jest osiągnięcie ciśnienia docelowego. Ciśnienie docelowe to takie ciśnienie w oku, które nie powoduje dalszych zmian w nerwie wzrokowym, a co z tego wynika – nie pogarsza się widzenie.

Krople na jaskrę obniżają ciśnienie w oku na dwa sposoby: poprzez hamowanie wydzielania cieczy wodnistej lub zwiększanie przepływu płynu, aby mógł się swobodnie wydostawać. Krople na jaskrę są silnymi lekami i mają wiele skutków ubocznych, m. in.: wywołują alergię, zaczerwienienie oka, silne pieczenie i podrażnienie oka, rozmazane widzenie. Nie należy stosować kropli do oczu więcej niż raz albo dwa razy dziennie. Krople mają długotrwałe działanie.

### **Do grupy leków przeciwjaskrowych zaliczamy:**

Prostaglandyny: ułatwiają odpływ cieczy wodnistej z oka i wpływają na obniżenie ciśnienia wewnątrzgałkowego, mają ponad 24-godzinne działanie.

Pilokarpina: stosuje się ją w ostrych atakach zamknięcia kąta oraz przed zabiegami laserowymi.

Beta-blokery powodują obniżają ciśnienie wewnątrzgałkowe nawet o 25%. Jeżeli chodzi o beta-blokery ostatnia dawka powinna być przyjęta co najmniej dwie godziny przed snem.

Inhibitory anhidrazy węglanowej i sympatykomimetyki: ich działanie podobne jest do beta-blokerów, tak samo zmniejszają ilość cieczy wodnistej i zmniejszają ciśnienie w oku.

Przy stosowaniu kropli przeciwjaskrowych ważna jest odpowiednia technika zakrapiania. Substancje czynne zawarte w preparacie muszą dobrze przeniknąć w głąb oka. Podczas zakrapiania oczu nie należy wkraplać leku do wewnętrznego kąćka i mrugać w celu rozprowadzenia leku. Mruganie powoduje tzw. pompę łzową, która sprawia, że krople są zasysane do dróg łzowych, więc w konsekwencji nie mają one szansy na dostanie się w głąb oka.

Jaskra jest chorobą, której nie można wyleczyć, na wczesnym etapie można jedynie zatrzymać jej rozwój, aby nie dopuścić do uszkodzenia nerwu wzrokowego. Leczenie chirurgiczne polega na umożliwieniu wypływu cieczy wodnistej. W leczeniu jaskry można również wykonywać zabiegi, których celem jest korekta stanu anatomicznego oka. Mogą to być:

- 1) zabiegi laserowe: irydoplastyka lub irydotomia, laseroterapia
- 2) operacje: operacja ma za zadanie wymienić za dużą soczewkę na płaską sztuczną soczewkę (otwarcie naturalnej drogi odpływu), lub wykonać sztuczny odpływ w oczach, w których istnieje trwałe zarośnięcie szczeliny kąta.

Przeciwjaskrowe techniki operacyjne stosowane są coraz częściej. Działania chirurgiczne mają na celu stosowanie małej inwazyjności i jak najmniejszym naruszeniu naturalnych struktur oka. Stosowane leczenie operacyjne: trabekulektomia, irydektomia, skleroiridektomia, cyklodiatermia i cyklokriopexia goniotomia, fotokoagulacja

### **Czy jaskrę można wyleczyć?**

Nie można wyleczyć jaskry pierwotnej otwartego kąta przesączania. Ten rodzaj jaskry jest schorzeniem samoistnym, którego przyczyna genetyczna i inne czynniki nie są do końca znane. Leczenie w tym przypadku trwa przez całe życie i polega głównie na hamowaniu postępu jaskry, aby pacjent mógł mieć w miarę sprawny wzrok.

Brak skuteczności leczenia może wynikać ze zbyt późnej diagnozy jaskry. Objawy choroby są tym trudniejsze do

rozpoznania im bardziej rozwinięte jest uszkodzenie nerwu wzrokowego.

Nie przyjmowanie leków lub pomijanie dawek, unikanie kontroli okulistycznej powoduje postępowanie jaskry. Pacjenci często ignorują zalecania, ponieważ jaskra czasem nie daje w ogóle znać o swojej obecności, nie czują oni bólu, nie odczuwają pogorszenia wzroku.

Wyleczyć natomiast można jaskrę pierwotnego zamknięcia kąta przesączania. Ten rodzaj jaskry spowodowany jest naszą strukturą anatomiczną oka, która możliwa jest do rozpoznania dzięki tomografii optycznej przedniego odcinka oka. Dzięki temu można określić mechanizm zamykania kąta, a lekarz może dobrać właściwy sposób zabiegu laserowego lub operacyjnego. Metoda ta wprowadziła niejako rewolucję w rozpoznaniu jaskry pierwotnie zamkniętego kąta i jej leczeniu, które pozwala na otwarciu naturalnej drogi odpływu cieczy wodnistej. Znaczenie. Nie oznacza to, że skutki jaskry się cofną, jeśli wcześniej doprowadziła ona do neuropatii wzrokowej.

Ostry atak jaskry - jest to moment, w którym dochodzi do całkowitego zamknięcia drogi odpływu cieczy z oka. Ból przy ataku jest bardzo silny, porównywalny z atakiem kamicy nerkowej czy zawałem serca. Nie ustępuje samoistnie - trwa aż do interwencji lekarza.

#### **Leczenie ostrego ataku jaskry.**

Ostry atak jaskry leczy się operacyjnie przywracając krążenie cieczy w oku. Zabieg można wykonać laserem lub chirurgicznie. W obu przypadkach wycina się niewielką

dziurkę w oku, która łączy dwie komory oka z sobą. Komorę tylną, w której produkowana jest ciecz, z komorą przednią do której ciecz odpływa.

#### **Profilaktyka jaskry.**

Wczesne rozpoznanie pierwotnego zamknięcia kąta chroni przed zachorowaniem na jaskrę i ostrymi atakami, które mogą spowodować trwałą utratę wzroku.

Przy badaniach profilaktycznych powinny być dobrane odpowiednie okulary do pracy z bliska, szczególnie konieczne jest to u osób po 40. roku życia. Okulary należy wymieniać co 2 lata.

Ważne jest wykonywanie badań wśród grup ryzyka.

Powinno się wykonywać badania u okulisty w kierunku jaskry co 2 lata do 50 roku życia, a potem – co roku.

Oprócz ciśnienia wewnątrzgałkowego należy badać również nerw wzrokowy, a także przedni fragment oka wraz z gonioskopią.

Z okazji Światowego Tygodnia Jaskry wykonywane są bezpłatne badania przesiewowe w kierunku jaskry.

**Krystyna Połomska** w oparciu o literaturę

Duława J. : *Vademecum Medycyny Wewnętrznej*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2015

Latkowski J., Lukas W.( red.): *Medycyna Rodzinna*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2006

Szaflik J., Grabska- Liberek I., Izdebska J.( red.): *Stany nagłe w okulistyce*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2005

Strona internetowa: [www.medonet.pl](http://www.medonet.pl)

*Serdeczne gratulacje*

*dla Pani*

*mgr Moniki Augustyniak-Chwałkowskiej*

*z okazji powołania do funkcji*

*Konsultanta Wojewódzkiego*

*w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologii*

*i intensywnej opieki medycznej.*

*Życzymy powodzenia*

*i wielu sukcesów w pracy*

*oraz satysfakcji*

*z wykonywanych obowiązków.*

*W imieniu*

*Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Kaliszu*

*Przewodniczący (-)*

*Marek Przybył*

*Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Kaliszu składa serdeczne gratulacje wszystkim Koleżankom i Kolegom, którzy zdali egzaminy specjalizacyjne w tegorocznej sesji wiosennej, uzyskując tytuł Pielęgniarki Specjalisty, Pielęgniarskiego Specjalisty.*

*Szczególne gratulacje dla uczestników szkolenia specjalizacyjnego w zakresie pielęgniarstwa chirurgicznego, organizowanego przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Kaliszu, za uzyskanie bardzo wysokiej ilości punktów podczas egzaminu państwowego.*

*Życzymy powodzenia i wykorzystania zdobytej wiedzy w dalszej pracy zawodowej.*

*Przewodniczący*

*Marek Przybył*



# XXXIV SPRAWOZDAWCZY OKRĘGOWY ZJAZD PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W KALISZU

W dniu 29 marca 2019 r. w sali audiowizualnej Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego im. L. Perzyny w Kaliszu odbył się XXXIV Sprawozdawczy Okręgowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych.

Część oficjalną Zjazdu rozpoczęto wprowadzeniem Poczty Sztandarowej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych oraz odśpiewaniem hymnu Pielęgniarek i Położnych.

Przewodniczący ORPiP Marek Przybył powitał gości: Dyrektora Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego im. L. Perzyny w Kaliszu Radosława Kołacińskiego, Przewodniczącą Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Poznaniu Teresę Kruczkowską, Przewodniczącą Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Koninie Wiesławę Welkę, Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego Lucynę Szymankiewicz, Kierownika Delegatury Narodowego Funduszu Zdrowia Oddział w Kaliszu Małgorzatę Rokicką, Zastępcę Dyrektora ds. pielęgniarstwa Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego im. L. Perzyny w Kaliszu Danutę Brykowską, Naczelną Pielęgniarkę Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego im. L. Perzyny w Kaliszu Michalinę Górą, Naczelną Pielęgniarkę Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Krotoszynie Violetkę Konieczną, Przełożoną Pielęgniarek Wojewódzkiego Zakładu Opieki Psychiatrycznej w Sokołowie Gabrielę Nawrocką, Dyrektora ds. średniego personelu medycznego Szpitala Powiatowego w Jarocinie Wandę Olesińską, Przełożoną Pielęgniarkę Wojewódzkiego Specjalistycznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Chorób Płuc i Gruzlicy w Wolicy Marzenę Pławiak, Naczelną Pielęgniarkę Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w Ostrowie Wlkp. Izabelę Rykowską, Dyrektora Oddziału TU INTER Polska Beatę Raczak, Przedstawiciela TU INTER Polska Ryszarda Kościelnego, Przedstawicieli firmy Solpharm, Przedstawiciela firmy Convatec Kamilę Szulc.

W swoim wystąpieniu Przewodniczący ORPiP mówił o najważniejszych wydarzeniach w minionym roku kalendarzowym oraz podejmowanych działaniach na rzecz środowiska zawodowego pielęgniarek i położnych m. in. porozumieniu pomiędzy Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Pielęgniarek i Położnych, Naczelną Izbą Pielęgniarek i Położnych, Ministrem Zdrowia oraz Narodowym Funduszem Zdrowia, długo oczekiwanymi wskaźnikami zatrudnienia, Organizacyjnym Standardzie Opieki Okołoporodowej

Goście w swoich wystąpieniach mówili o trudnej pracy pielęgniarek i położnych, brakach kadrowych. Życzyli wytrwałości w pracy.



Po przerwie rozpoczęła się część merytoryczna Zjazdu.

Wybrano Komisje Zjazdowe:

**Delegaci ze swojego grona w głosowaniu jawnym wybrali asesorów**



**Komisję Mandatową** w skład której weszli:

Bogumiła Doruch  
Iwona Trawnik  
Jolanta Jankowska

Zjazdowi przewodniczyła Małgorzata Kowańska



**Komisja Uchwał i Wniosków:**

Sławomir Zieliński  
Mieczysława Kwaśniewska  
Katarzyna Musiała

**Komisja skrutacyjna**

Rafał Wielebski  
Lucyna Szymankiewicz  
Genowefa Błaszczuk

W trakcie obrad podjęto uchwałę w sprawie Regulaminu Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych.

Podczas obrad zatwierdzono sprawozdania:

Sprawozdanie Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych  
Sprawozdanie Okręgowej Komisji Rewizyjnej,  
Sprawozdanie Okręgowego Sądu,  
Sprawozdanie Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej  
Sprawozdanie z wykorzystania budżetu za 2018r.



Delegaci wybrali Prezydium Zjazdu, w skład którego weszli: jako wiceprzewodniczące: Dorota Kubiak, Wanda Konieczna, sekretarze: Gabriela Nawrocka, Jolanta Nowak Protokolantami Zjazdu zostały: Bożena Czekalska i Stefania Halamunda





Przeprowadzono dyskusję nad preliminarzem budżetowym na rok 2019 i podjęto uchwałę w sprawie zatwierdzenia budżetu ORPiP na 2019r.



Po przedstawieniu przez Komisję Uchwał i Wniosków złożonych przez Delegatów wniosków podjęto stosowne uchwały.



Za udział w obradach podziękowała Przewodnicząca Zjazdu i Przewodniczący Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych z siedzibą w Kaliszu.

## PAŁECZKI GRAM-UJEMNE Z RZĘDU ENTEROBACTERALES ORD. NOV. WYIZOLOWANE Z RAN PACJENTÓW WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA ZESPOLONEGO IM. LUDWIKA PERZYNY W KALISZU

Dominika Dolata

Zakład Mikrobiologii Klinicznej

Wojewódzki Szpital Zespolony im. Ludwika Perzyny w Kaliszu

## WSTĘP

Mikroorganizmy podlegają ciągłym zmianom filogenetycznym, co jest związane z doskonaleniem metod badawczych. Do niedawna w klasyfikacji uwzględniano cechy fenotypowe drobnoustrojów, jednak rozwój technik biologii molekularnej w znaczący sposób przyczynił się do analiz za pomocą genotypowania opartego na sekwencjonowaniu genomu. Do badań wykorzystuje się sekwencje rybosomalne ze względu na ich konserwatywny charakter. Taksonomia pałeczek Gram-ujemnych z rodziny *Enterobacteriaceae* także uległa zmianie, co nastąpiło w 2016 roku. Nazwę rzędu *Enterobacteriales* zmieniono na *Enterobacterales* ord. nov. Nowy podział powstał w oparciu o charakterystyczne cechy i wyróżnił siedem rodzin w skład których weszli główni przedstawiciele: *Enterobacteriaceae* (*Escherichia*, *Salmonella*, *Shigella*, *Enterobacter*, *Klebsiella*, *Citrobacter*), *Erwiniaceae* (*Erwinia*, *Pantoea*, *Phaseolibacter*, *Tatumella*, *Wigglesworthia*), *Pectobacteriaceae* (*Pectobacterium*, *Brenneria*, *Dickeya*), *Yersiniaceae* (*Yersinia*, *Ewingella*, *Serratia*), *Hafniaceae* (*Hafnia*, *Edwardsiella*), *Morganellaceae* (*Morganella*, *Proteus*, *Providencia*, *Moellerella*), *Budviciaceae* (*Budvicia*, *Leminorella* i *Pragia*) [CITATION Naw17 \l 1045].

Pałeczki z rzędu *Enterobacterales* ord. nov. występują w różnych środowiskach. Wchodzą także w skład naturalnej flory człowieka. Pałeczki zasiedlające przewód pokarmowy mogą być przyczyną zakażeń układu moczowego, zapalenia płuc, stawów, biegunek, zakażeń ran, oczu, uszu, zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, często prowadząc do bakteriemii czy nawet sepsy [CITATION Mur111 \l 1045]. Drobnoustroje te stanowią drugą grupę istotnych czynników etiologicznych zakażeń szpitalnych po ziarenkowcach. Nie ulega wątpliwości, iż pobyt w szpitalu związany jest z ryzykiem kolonizacji szczepami szpitalnymi, co może doprowadzić do zakażenia. Drobnoustroje przenoszone są za pomocą rąk personelu, pomiędzy pacjentami lub w wyniku zanieczyszczonego sprzętu [CITATION pra09 \l 1045]. Poważnym zagrożeniem współczesnej medycyny jest nabywanie oporności pałeczek Gram-ujemnych na antybiotyki. Mechanizmy oporności na antybiotyki  $\beta$ -laktamowe związane są z wytwarzaniem enzymów zdolnych do rozkładu tych antybiotyków. Do najważniejszych z nich należą  **$\beta$ -Laktamazy o rozszerzonym spektrum substratowym (ESBL)**, które rozkładają penicyliny, cefalosporyny (z wyjątkiem cefamycyn) i monobaktamy, **Cefalosporynazy AmpC** hydrolizujące penicyliny, cefalosporyny (poza IV generacją) oraz aztreonam. Należy dodać, iż istnieją pewne gatunki drobnoustrojów, u których *cefalosporynazy AmpC* występują naturalnie np. *Enterobacter* spp., *Citrobacter freundii*, *Proteus mirabilis*, *Morganella morganii*.

Oporność na **karbapenemy** wynika z obecności kodowanych przez geny plazmidowe enzymów tzw. karbapenemaz. Wyróżniamy  **$\beta$ -laktamazy klasy A**, czyli enzymy **KPC**, których szczególne niebezpieczeństwo wynika z możliwości hydrolizy wszystkich antybiotyków  $\beta$ -laktamowych,  **$\beta$ -laktamazy klasy B (MBL)** wykazujące oporność na penicyliny (także z inhibitorami), cefalosporyny i karbapenemy oraz karbapenemazę należącą do **klasy D - CHDL** (*carbapenem-hydrolyzing class D  $\beta$ -lactamases*). U pałeczek jelitowych występuje jako **OXA-48**. Enzymy te mają dość słabą aktywność w stosunku do karbapenemów, hydrolizują także penicyliny oraz cefalosporyny I generacji. OXA-48 rozprzestrzenia się za pomocą koniugacyjnego transferu (4,5).

Niebezpieczeństwo występowania szczepów, które są producentami enzymów ESBL, pociąga za sobą fakt, że szczepy te są także odporne na inne grupy antybiotyków. Związane to jest z tym, iż geny kodujące ESBL (występujące na plazmidach) sąsiadują z genami oporności na inne antybiotyki np.: aminoglikozydy, tetracykliny, chloramfenikol, ko-trimoksazol [CITATION Nik13 \l 1045].

Zakażenia wywołane przez MDR-GNB wielooporne bakterie Gram-ujemne (ang. multidrug-resistant Gram-negative bacteria) są szczególnie niebezpieczne dla pacjentów z grup ryzyka, wymagających dłuższej hospitalizacji. Nosiciele oraz osoby zakażone szczepami wieloopornymi są zagrożeniem dla innych pacjentów pod względem epidemiologicznym, a także dla samych placówek leczniczych, gdzie generowane są znacznie wyższe koszty opieki nad takim pacjentem [CITATION DRo17 \l 1045].

## MATERIAŁ I METODY

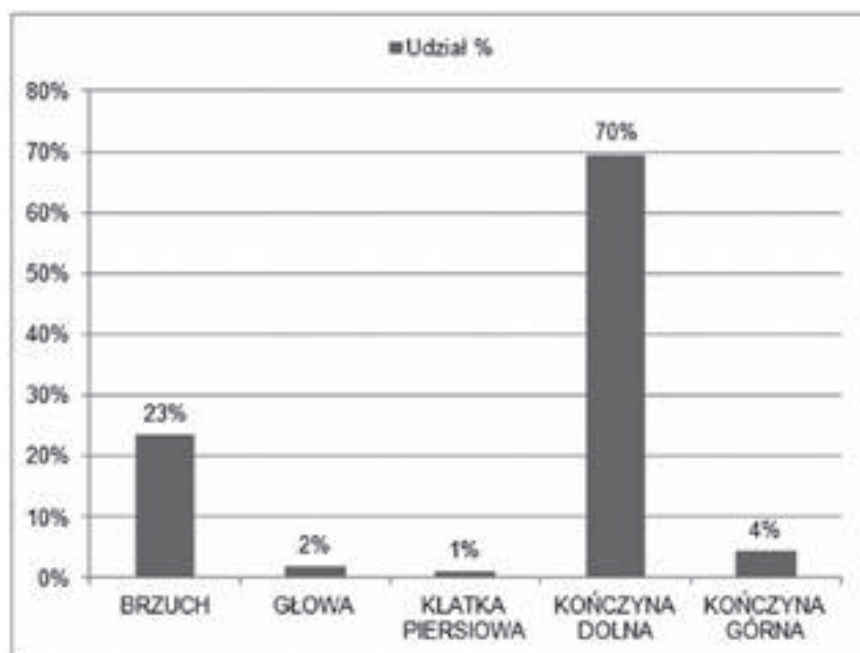
Celem niniejszego opracowania jest analiza pałeczek z rzędu *Enterobacterales* ord. nov. wyizolowanych z ran pacjentów Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Kaliszu w terminie od 1 stycznia do 31 sierpnia 2018 roku pod względem:

- przynależności w nowej klasyfikacji taksonomicznej,
- lekowrażliwości na poszczególne antybiotyki,
- występowaniu mechanizmów oporności.



Materiałem do badania było 115 wymazów z ran pobranych od pacjentów z 10 oddziałów Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Kaliszu, posianych zgodnie z procedurami obowiązującymi w Zakładzie Mikrobiologii Klinicznej (ZMK). Z analizowanego materiału wyodrębniono 149 szczepów należących do *Enterobacterales* ord. nov. (Tabela 2).

Diagnostyka mikrobiologiczna opierała się na wykonaniu preparatu barwionego metodą Grama oraz na posiewie pobranego materiału na podłoża agarowe: Tryptozowo-Sojowe z dodatkiem 5% krwi baraniej lub Columbia, MacConkey'a, Chapmana, Cocosel, z Cetrymidem, Sabouraud oraz podłoże płynne - Brain Heart Infusion (BHI). Podłoża z posianym materiałem inkubowano w temperaturze 35-37°C przez 24-48 godzin. Identyfikacja drobnoustrojów oraz ocena ich lekowrażliwości odbywała się za pomocą automatycznego systemu Vitek 2 Compact firmy Biomerieux. W systemie wykorzystano odpowiednie karty identyfikacyjne tj. kartę AST-GN do identyfikacji bakterii Gram-ujemnych oraz kartę N332 do określenia lekowrażliwości. System Vitek 2 Compact określił automatycznie mechanizm oporności typu ESBL dla gatunku *Escherichia coli* oraz rodzaju *Klebsiella* spp. W pozostałych przypadkach tj., gdy antybiogram wskazywał oporność lub obniżoną wrażliwość na cefalosporyny III generacji (podejrzanie wytwarzania przez szczep  $\beta$ -laktamazy), wykonano stosownie do potrzeb test na obecność ESBL metodą dwóch krążków (DDST) oraz test w kierunku produkcji enzymów AmpC zgodnie z zaleceniami Krajowego Ośrodka Referencyjnego ds. Lekowrażliwości Drobnoustrojów [CITATION Gni09 \l 1045], [CITATION Hry18 \l 1045], [CITATION Hry181 \l 1045].

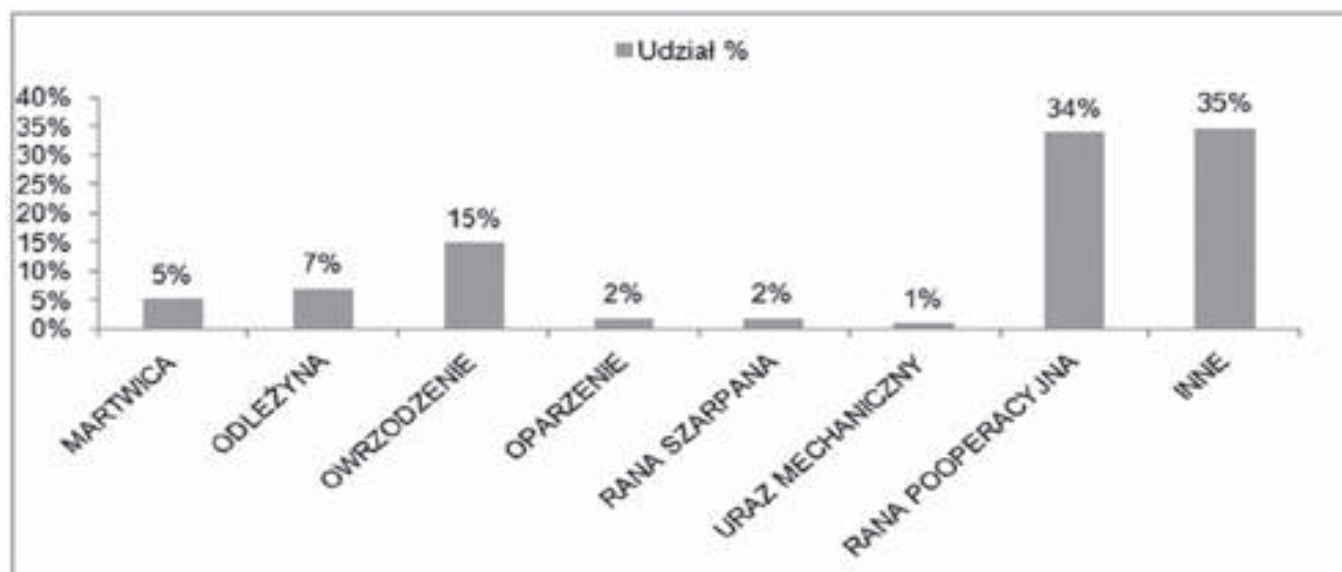


## WYNIKI

W przedstawionym opracowaniu otrzymane próbki od pacjentów podzielono ze względu na umiejscowienie rany. Wyodrębniono pięć obszarów z których został pobrany materiał: kończyny dolne - 80 próbek, co stanowiło 70%, okolice brzucha - 23%, kończyny górne - 4%, głowa - 2%, okolice klatki piersiowej - 1% (Rys. 1).

Rys. 1. Udział próbek wymazów z ran pod względem ich umiejscowienia.

Podział kliniczny ran został przedstawiony na Rys. 2. Najwięcej przypadków dotyczyło ran pooperacyjnych (34%), znaczny udział miały również rany typu przewlekłego: z martwicą tkanek (5%), odleżyny (7%), owrzodzenia (15%).



Rys. 2. Podział kliniczny ran.

Najwięcej wymazów z ran pobrano w dwóch oddziałach: Chirurgii Ogólnej i Przewodu Pokarmowego (46 próbek, 40%) oraz Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej (42 próbki, 36,5%). Najmniej badań zlecono w oddziale Urologicznym, a także Chorób Wewnętrznych - po 1 próbce, co stanowiło poniżej 1%. (Tabela 1).

Tabela 1. Ilość próbek przekazanych do badań z poszczególnych oddziałów.

| LP. | Oddział                                          | Ilość próbek [n] | Udział [%] |
|-----|--------------------------------------------------|------------------|------------|
| 10  | Chirurgii Ogólnej i Przewodu Pokarmowego (CH II) | 46               | 40,00%     |
| 9   | Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej (CH I)           | 42               | 36,52%     |
| 8   | Urazowo-Ortopedyczny (ORT)                       | 10               | 8,70%      |
| 7   | Anestezjologii i Intensywnej Terapii (OAIT)      | 6                | 5,22%      |
| 6   | Chorób Wewnętrznych II (W II)                    | 3                | 2,61%      |
| 3   | Położniczo-Ginekologiczny (GIN)                  | 2                | 1,74%      |
| 4   | Nefrologiczny (NEF)                              | 2                | 1,74%      |
| 5   | Neurochirurgiczny (NH)                           | 2                | 1,74%      |
| 1   | Urologiczny (U)                                  | 1                | 0,87%      |
| 2   | Chorób Wewnętrznych I (W I)                      | 1                | 0,87%      |
|     | SUMA                                             | 115              | 100,00%    |

W przeprowadzonej analizie uwzględniono przynależność pałeczek Gram-ujemnych do poszczególnych rodzin w odniesieniu do nowej klasyfikacji. Badane gatunki należały do czterech rodzin. Najliczniej reprezentowaną była rodzina *Enterobacteriaceae* stanowiąca 64% wszystkich wyizolowanych drobnoustrojów. Spośród *Enterobacteriaceae* najczęściej hodowano *Escherichia coli* (w 54 posiewach, co stanowi 36%).

Nieco rzadziej izolowano: *Proteus mirabilis* - 18 oraz *Morganella morganii* - 13.

Druga w kolejności rodzina *Morganellaceae* stanowiła 33% (49 szczepów) wyhodowanych drobnoustrojów. Pozostałe dwie rodziny: *Erwiniaceae* i *Yersiniaceae* to zaledwie 1% wyizolowanych drobnoustrojów (Tabela 2).

Większość drobnoustrojów z rzędu *Enterobacterales* ord. nov. wykazywało dobrą wrażliwość na karbapenemy. 100% szczepów było wrażliwych na meropenem, nieco mniej - 96% na imipenem. Należy pamiętać, że *Morganella* spp., *Proteus* spp., *Providentia* spp. są to gatunki, które wykazują niski poziom oporności na imipenem [CITATION Eur182 \l 1045].

W badanym materiale nie wykryto drobnoustrojów, które wytwarzałyby karbapenemazy typu KPC, MBL, czy OXA-48.

Odnotowano również wysoką wrażliwość wyizolowanych szczepów na:

- aminoglikozydy (amikacyna - 93%, gentamycyna - 86% oraz tobramycyna - 86%)
- piperacylinę z tazobactamem - 90%

Tabela 2. Izolaty pałeczek Gram-ujemnych z uwzględnieniem przynależności do poszczególnych rodzin.

| Rodzina            | Drobnoustrój          | Liczba wystąpień danego drobnoustroju [n] | Udział [%] |
|--------------------|-----------------------|-------------------------------------------|------------|
| ENTEROBACTERIACEAE | CITROBACTER BRAAKII   | 1                                         |            |
| ENTEROBACTERIACEAE | CITROBACTER CLOCAE    | 1                                         |            |
| ENTEROBACTERIACEAE | CITROBACTER FREUNDII  | 11                                        |            |
| ENTEROBACTERIACEAE | CITROBACTER KOSERI    | 2                                         |            |
| ENTEROBACTERIACEAE | ENTEROBACTER CLOACAE  | 10                                        |            |
| ENTEROBACTERIACEAE | ESCHERICHIA COLI      | 54                                        |            |
| ENTEROBACTERIACEAE | ESCHERICHIA VULNERIS  | 1                                         |            |
| ENTEROBACTERIACEAE | KLEBSIELLA OXYTOCA    | 8                                         |            |
| ENTEROBACTERIACEAE | KLEBSIELLA PNEUMONIAE | 8                                         |            |
| ENTEROBACTERIACEAE | SUMA                  | 96                                        | 84%        |
| ERWINIACEAE        | PANTOEIA AGGLOMERANS  | 2                                         |            |
| ERWINIACEAE        | SUMA                  | 2                                         | 1%         |
| MORGANELLACEAE     | MORGANELLA MORGANII   | 13                                        |            |
| MORGANELLACEAE     | PROTEUS HAUSERI       | 3                                         |            |
| MORGANELLACEAE     | PROTEUS MIRABILIS     | 18                                        |            |
| MORGANELLACEAE     | PROTEUS PENNERI       | 1                                         |            |
| MORGANELLACEAE     | PROTEUS VULGARIS      | 2                                         |            |
| MORGANELLACEAE     | PROVIDENTIA RETTGERI  | 9                                         |            |
| MORGANELLACEAE     | PROVIDENTIA STUARTII  | 3                                         |            |
| MORGANELLACEAE     | SUMA                  | 49                                        | 33%        |
| YERSINIACEAE       | SERRATIA FONTICOLA    | 1                                         |            |
| YERSINIACEAE       | SERRATIA MARCESCENS   | 1                                         |            |
| YERSINIACEAE       | SUMA                  | 2                                         | 1%         |
|                    | SUMA całkowita        | 149                                       |            |



- cefalosporyny III generacji (cefotaksym - 86%, ceftazydym - 89%)
- cefalosporyny IV generacji (cefepim - 93%). (Tabela 3).

Tabela 3. Lekowrażliwość wyhodowanych pałeczek Gram-ujemnych (I-średniowrażliwy, R-oporny, S-wrażliwy).

| LP. | Antybiogram                   | Interpretacja [n] |    |     | suma | Interpretacja [%] |        |        |
|-----|-------------------------------|-------------------|----|-----|------|-------------------|--------|--------|
|     |                               | I                 | R  | S   |      | I                 | R      | S      |
| 1   | AMIKACYNA                     | 8                 | 2  | 143 | 153  | 5,23%             | 1,31%  | 93,46% |
| 2   | AMOKSYCYLINA/KWAS KŁAWULANOWY | 0                 | 96 | 57  | 153  | 0,00%             | 62,75% | 37,25% |
| 3   | CEFEPIM                       | 2                 | 8  | 143 | 153  | 1,31%             | 5,23%  | 93,46% |
| 4   | CEFOTAKSYM                    | 1                 | 20 | 132 | 153  | 0,65%             | 13,07% | 86,27% |
| 5   | CEFTAZYDYM                    | 3                 | 14 | 136 | 153  | 1,96%             | 9,15%  | 88,89% |
| 6   | CEFUROKSYM IV.                | 0                 | 16 | 78  | 94   | 0,00%             | 17,02% | 82,98% |
| 7   | CEFUROKSYM PER OS             | 0                 | 49 | 103 | 152  | 0,00%             | 32,24% | 67,76% |
| 8   | CIPROFLOKSACYNA               | 3                 | 51 | 99  | 153  | 1,96%             | 33,33% | 64,71% |
| 9   | COTRIMOKSAZOL                 | 0                 | 39 | 114 | 153  | 0,00%             | 25,49% | 74,51% |
| 10  | GENTAMYCYNA                   | 1                 | 21 | 131 | 153  | 0,65%             | 13,73% | 85,62% |
| 11  | IMPENEM                       | 6                 | 0  | 145 | 151  | 3,97%             | 0,00%  | 96,03% |
| 12  | MEROPENEM                     | 0                 | 0  | 153 | 153  | 0,00%             | 0,00%  | 100%   |
| 13  | PIPERACYLINA/AZOBACTAM        | 1                 | 14 | 136 | 151  | 0,66%             | 9,27%  | 90,07% |
| 14  | TIGECYKLINA                   | 2                 | 43 | 94  | 139  | 1,44%             | 30,94% | 67,63% |
| 15  | TOBRAMYCYNA                   | 1                 | 20 | 132 | 153  | 0,65%             | 13,07% | 86,27% |

Obecność  $\beta$ -laktamaz o rozszerzonym spektrum substratowym (ESBL), a także cefalosporynaz AmpC znacząco wpływa na możliwości terapeutyczne. Enzymy AmpC wykryto w 9 przypadkach, co stanowiło 6% wszystkich izolatów oraz 7% szczepów ESBL(+).

Tabela 4. Drobnoustroje ze stwierdzonym mechanizmem ESBL oraz AmpC.

| Drobnoustrój                           | ESBL(+) [n] | ESBL(+) [%] | AMPC(+) [n] | AMPC(+) [%] |
|----------------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| CITROBACTER FREUNDII                   | 1           | 9%          | 4           | 44%         |
| ESCHERICHIA COLI                       | 7           | 64%         | 1           | 11%         |
| KLEBSIELLA PNEUMONIAE                  | 2           | 18%         | 0           | 0%          |
| MORGANELLA MORGANII                    | 1           | 9%          | 1           | 11%         |
| ENTEROBACTER CLOACAE                   | 0           | 0%          | 3           | 33%         |
| suma                                   | 11          |             | 9           |             |
|                                        | ESBL(+)     |             | AMPC(+)     |             |
|                                        | [%]         |             | [%]         |             |
| Udział w ogólnej liczbie identyfikacji | 7%          |             | 6%          |             |

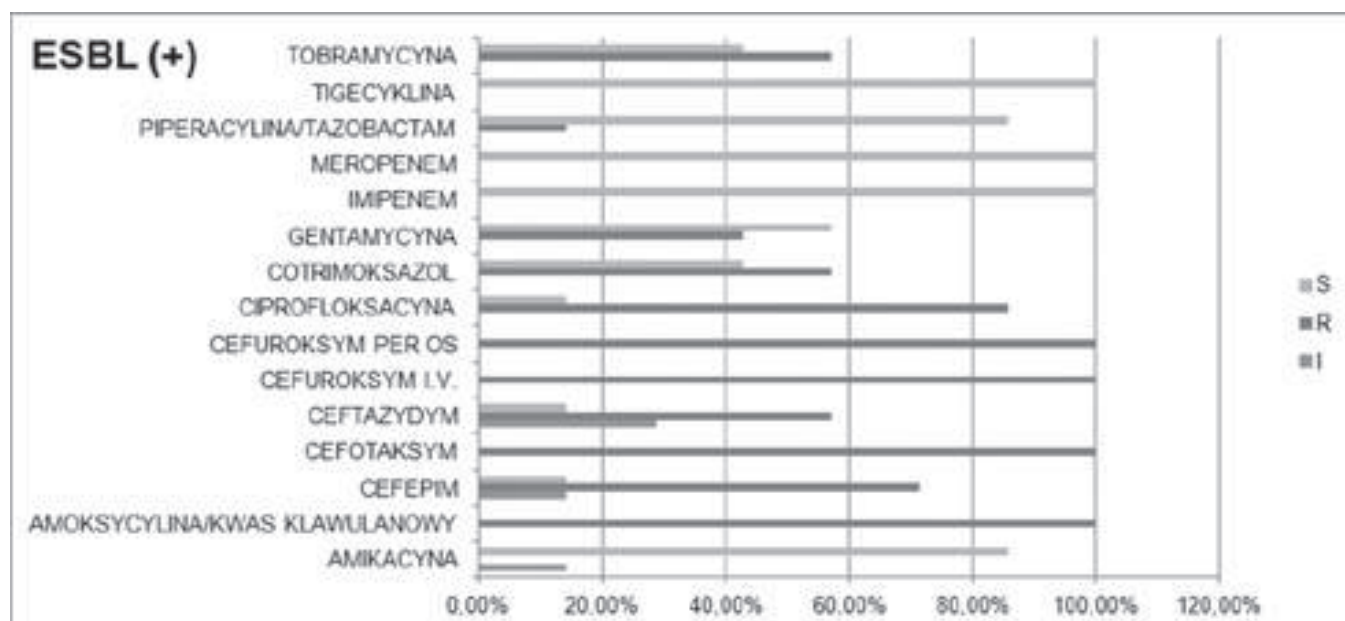
W związku z tym, iż najczęstszym czynnikiem etiologicznym zakażeń ran była *Escherichia coli* oraz stanowiła najwięcej izolatów ESBL(+), porównano profil lekowrażliwości tego drobnoustroju ze stwierdzonym mechanizmem ESBL oraz bez tego mechanizmu oporności.

Tabela 5. Porównanie lekowrażliwości u *Escherichia coli* ESBL(+) oraz ESBL(-) (I-średniowrażliwy, R-oporny, S-wrażliwy).

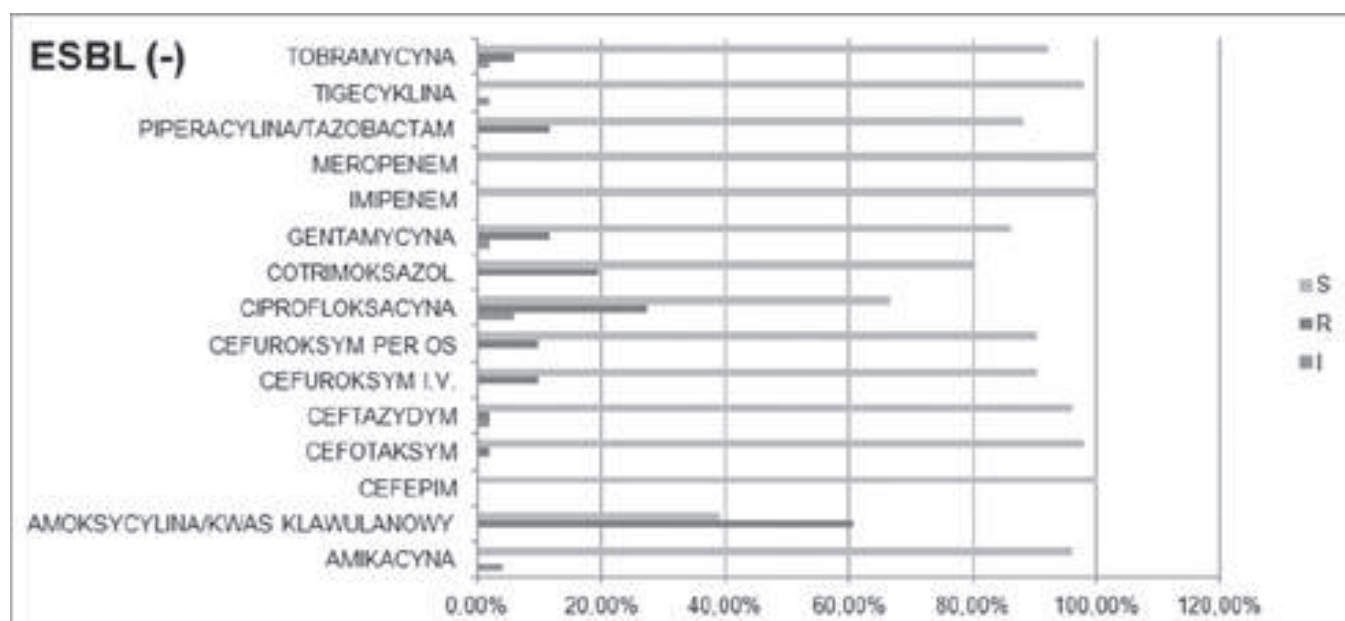
| ESCHERICHIA COLI              |  | ESBL(+) |        |     |         |     |         | ESBL(-) |       |     |        |     |         |
|-------------------------------|--|---------|--------|-----|---------|-----|---------|---------|-------|-----|--------|-----|---------|
| Antybiogram                   |  | I       |        | R   |         | S   |         | I       |       | R   |        | S   |         |
|                               |  | [n]     | [%]    | [n] | [%]     | [n] | [%]     | [n]     | [%]   | [n] | [%]    | [n] | [%]     |
| AMIKACYNA                     |  | 1       | 14,29% | 0   | 0,00%   | 6   | 85,71%  | 2       | 3,92% | 0   | 0,00%  | 49  | 96,08%  |
| AMOKSYCYLINA/KWAS KŁAWULANOWY |  | 0       | 0,00%  | 7   | 100,00% | 0   | 0,00%   | 0       | 0,00% | 31  | 60,78% | 20  | 39,22%  |
| CEFEPIM                       |  | 1       | 14,29% | 5   | 71,43%  | 1   | 14,29%  | 0       | 0,00% | 0   | 0,00%  | 51  | 100,00% |
| CEFOTAKSYM                    |  | 0       | 0,00%  | 7   | 100,00% | 0   | 0,00%   | 0       | 0,00% | 1   | 1,96%  | 50  | 98,04%  |
| CEFTAZYDYM                    |  | 2       | 28,57% | 4   | 57,14%  | 1   | 14,29%  | 1       | 1,96% | 1   | 1,96%  | 49  | 96,08%  |
| CEFUROKSYM IV.                |  | 0       | 0,00%  | 7   | 100,00% | 0   | 0,00%   | 0       | 0,00% | 5   | 9,80%  | 46  | 90,20%  |
| CEFUROKSYM PER OS             |  | 0       | 0,00%  | 7   | 100,00% | 0   | 0,00%   | 0       | 0,00% | 5   | 9,80%  | 46  | 90,20%  |
| CIPROFLOKSACYNA               |  | 0       | 0,00%  | 6   | 85,71%  | 1   | 14,29%  | 3       | 5,88% | 14  | 27,45% | 34  | 66,67%  |
| COTRIMOKSAZOL                 |  | 0       | 0,00%  | 4   | 57,14%  | 3   | 42,86%  | 0       | 0,00% | 10  | 19,61% | 41  | 80,39%  |
| GENTAMYCYNA                   |  | 0       | 0,00%  | 3   | 42,86%  | 4   | 57,14%  | 1       | 1,96% | 6   | 11,76% | 44  | 86,27%  |
| IMPENEM                       |  | 0       | 0,00%  | 0   | 0,00%   | 7   | 100,00% | 0       | 0,00% | 0   | 0,00%  | 51  | 100,00% |
| MEROPENEM                     |  | 0       | 0,00%  | 0   | 0,00%   | 7   | 100,00% | 0       | 0,00% | 0   | 0,00%  | 51  | 100,00% |
| PIPERACYLINA/AZOBACTAM        |  | 0       | 0,00%  | 1   | 14,29%  | 6   | 85,71%  | 0       | 0,00% | 6   | 11,76% | 45  | 88,24%  |
| TIGECYKLINA                   |  | 0       | 0,00%  | 0   | 0,00%   | 7   | 100,00% | 1       | 1,96% | 0   | 0,00%  | 50  | 98,04%  |
| TOBRAMYCYNA                   |  | 0       | 0,00%  | 4   | 57,14%  | 3   | 42,86%  | 1       | 1,96% | 3   | 5,88%  | 47  | 92,16%  |

*Escherichia coli* ESBL(-) była wrażliwa na wszystkie grupy antybiotyków. W przypadku antybiotyków  $\beta$ -laktamowych najmniejszą skuteczność wykazywała amoksycylina z kwasem klawulanowym (39%), a także ciprofloksacyna (67%).

Ryc. 3. Lekowrażliwość u *Escherichia coli* ESBL(+) w ujęciu procentowym (I-średniowrażliwy, R-oporny, S-wrażliwy).



Ryc. 4. Lekowrażliwość u *Escherichia coli* ESBL(-) w ujęciu procentowym (I-średniowrażliwy, R-oporny, S-wrażliwy).



W przypadku szczepów *Escherichia coli* ESBL(+) zauważono różnice w opcjach terapeutycznych dotyczące m.in. antybiotyków  $\beta$ -laktamowych, gdzie większość z nich była oporna w 100%. Wysoką oporność wykazała także ciprofloksacyna (86%), cotrimoksazol podobnie jak tobramycyna (57% szczepów opornych). Wobec tego w niektórych przypadkach opcją terapeutyczną przy obecności enzymów ESBL pozostały karbapenemy, amikacyna oraz tigecyklina.

## DYSKUSJA

Pałeczki z rzędu *Enterobacterales* ord. nov. stanowią ważny czynnik etiologii zakażeń ran, co wynika z ich powszechnego występowania. W przedstawionym opracowaniu pod względem gatunkowym dominującymi okazały się *Escherichia coli*, a także *Proteus mirabilis*. Analizując przegląd literatury, nieco inaczej stwierdzono u Ziółkowskiego i wsp. [CITATION Zió17 \l 1045], gdzie dominującym gatunkiem była *Klebsiella pneumoniae* obok *Escherichia coli*, co mogło być związane z innymi postaciami klinicznymi zakażeń.

Porównano dane z opracowaniem Paluchowskiej i wsp. [CITATION Pal12 \l 1045] u której zauważono następujące zależności w analizie lekowrażliwości *Escherichia coli* ESBL(+):

- nie wykazano oporności na karbapenemy,



- spośród penicylin z inhibitorami  $\beta$ -laktamaz najwyższą oporność wykazała amoksycylina z kwasem klawulanowym, a najmniejszą piperacylina z tazobaktamem (76% izolatów wrażliwych),
- wrażliwość na amikacynę stanowiła 92%, co nieznacznie różniło niniejsze opracowanie (86%),
- niemal identyczną oporność przedstawiała ciprofloksacyna (84%),
- cotrimoksazol przedstawiał 76% niewrażliwość w odróżnieniu od danych kaliskiego szpitala (57%).

Na ogólny sukces walki z drobnoustrojami w danej placówce medycznej na uwagę zasługuje: właściwa identyfikacja drobnoustroju, określenie jego lekowrażliwości, tak by móc zastosować terapię celowaną.

Narastająca oporność na antybiotyki budzi powszechny niepokój w środowisku medycznym, co wynika z jego dynamicznego charakteru oraz narastającego braku możliwości terapeutycznych.

## PODSUMOWANIE

Obecnie zakażenia szczepami wielolekoopornymi stanowią ogólnoswiatowy problem dotyczący zdrowia publicznego. Dlatego tak ważna jest realizacja podstawowych działań wskazanych przez Narodowy Program Ochrony Antybiotyków.

Pałeczki należące do rzędu *Enterobacterales* ord. nov. podlegają szczególnie niebezpiecznym mechanizmom oporności, które zdecydowanie ograniczają możliwości terapeutyczne lub całkowicie je uniemożliwiają. Taki stan rzeczy wynika z wielu lat zaniedbań, nadmiernego powszechnego wykorzystywania antybiotyków w lecznictwie, przemyśle czy rolnictwie.

W przedstawionym opracowaniu dotyczącym pałeczek Gram-ujemnych nie odnotowano obecności najgroźniejszych obecnie enzymów należących do karbapenemaz. Stwierdzono natomiast obecność szczepów o ograniczonych możliwościach terapeutycznych związanych z obecnością enzymów należących do  $\beta$ -laktamaz, które również budzą niepokój.

Na podstawie uzyskanych danych, można wnioskować, że sytuacja w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Kaliszu pod względem lekowrażliwości pałeczek z rzędu *Enterobacterales* ord. nov. wyhodowanych z ran w badanym okresie była stosunkowo dobra. Jednak by móc wyciągnąć szersze wnioski, konieczna byłaby analiza wszystkich wyhodowanych izolatów pod względem wszystkich patogenów alarmowych pochodzących ze wszystkich materiałów klinicznych.

Należy zachować czujność poprzez zwiększony udział badań mikrobiologicznych, przestrzeganie odpowiednich procedur sanitarno-epidemiologicznych, prowadzenie analiz epidemiologicznych, które dają obraz tendencji jakim podlegają drobnoustroje na danym oddziale, w danym szpitalu, a także dają szansę na szybką reakcję na wypadek pojawienia się patogenu o szczególnym zagrożeniu.

## Bibliografia:

1. Nawrotek P., Grygorcewicz B., Augustyniak A. ZMIANY W TAKSONOMII  $\gamma$ -PROTEOBACTERIA, MODYFIKACJA RZĘDU ENTEROBACTERIALES I NOWE RODZINY W OBRĘBIE ENTEROBACTERIALES ORD.NO. <http://pm.microbiology.pl/web/archiwum/vol5642017465.pdf>. [Online] 2017. [Zacytowano: 06 11 2018.]
2. Murray P.R., Rosenthal K.S., Pfaller M.A. *Mikrobiologia*. Wrocław : Elsevier Urban & Partner, 2011. str. 293.
3. Dzierżanowska, D. *Antybiotykoterapia praktyczna*. V. Bielsko-Biała :  $\alpha$ -medica-press, 2009. strony 316-318.
4. Nikonorow E., Baraniak A., Gniadkowski M. Oporność bakterii z rodziny Enterobacteriaceae na antybiotyki  $\beta$ -laktamowe wynikająca z wytwarzania  $\beta$ -laktamaz. [Online] 2013. [Zacytowano: 09 11 2018.] <http://www.pm.microbiology.pl/web/archiwum/vol5232013261.pdf>.
5. Rożkiewicz, Dorota. Forum Zakażeń. ASPEKTY KLINICZNE ZAKAŻEŃ WYWOŁYWANYCH PRZEZ WIELOOPORNE BAKTERIE GRAM-UJEMNE. [Online] 2017. [Zacytowano: 07 11 2018.] <http://evereth.home.pl/archiwum-pdf/FZ/2017/1/6.pdf>.
6. Gniadkowski M., Żabicka D., Hryniewicz W. Rekomendacje doboru testów do oznaczania wrażliwości na antybiotyki i chemioterapeutyki 2009. *Oznaczanie wrażliwości pałeczek Gram-ujemnych*. [Online] 2009. [Zacytowano: 09 11 2018.] [http://www.korl.edu.pl/pdf/02-Rek2009-Paleczki\\_z\\_rodziny\\_Enterobacteriaceae.pdf](http://www.korl.edu.pl/pdf/02-Rek2009-Paleczki_z_rodziny_Enterobacteriaceae.pdf).
7. Hryniewicz W., Żabicka D. Stanowisko Zespołu Roboczego ds. oznaczania lekowrażliwości zgodnie z zaleceniami EUCAST w sprawie najczęściej zgłaszanych pytań dotyczących stosowania rekomendacji EUCAST wersja 2.0 1 stycznia 2018. [Online] [Zacytowano: 12 11 2018.] [http://www.korl.edu.pl/pdf/Stnowiska\\_Zespołu\\_Roboczego\\_2018\\_strona.pdf](http://www.korl.edu.pl/pdf/Stnowiska_Zespołu_Roboczego_2018_strona.pdf).
8. Hryniewicz, Waleria (red.). Ekspertskie zasady interpretacji wyników oznaczania lekowrażliwości drobnoustrojów-zalecenia EUCAST. [Online] [Zacytowano: 13 11 2018.] [http://www.korl.edu.pl/pdf/eucast/Expert\\_rules\\_v.2.0\\_2013.pdf](http://www.korl.edu.pl/pdf/eucast/Expert_rules_v.2.0_2013.pdf).
9. EUCAST. Breakpoint tables for interpretation of MICs and zone diameters. [Online] 15 05 2018. [Zacytowano: 12 11 2018.] [http://www.eucast.org/fileadmin/src/media/PDFs/EUCAST\\_files/Breakpoint\\_tables/v\\_8.1\\_Breakpoint\\_Tables.pdf](http://www.eucast.org/fileadmin/src/media/PDFs/EUCAST_files/Breakpoint_tables/v_8.1_Breakpoint_Tables.pdf).
10. Ziolkowski G., Maliszewska A., Pawłowska I. Występowanie pałeczek jelitowych z rodziny Enterobacteriaceae wytwarzających B-laktamazy o rozszerzonym spektrum substratowym, izolowanych od pacjentów Szpitala Specjalistycznego w latach 2014-2016. *Zakażenia*. 2017, Tom 17, 4.
11. Paluchowska P., Skalkowska M., Spelak A., Buda A. Występowanie patogenów alarmowych w środowisku szpitalnym. Część I. Pałeczki z rodziny Enterobacteriaceae wytwarzające  $\beta$ -laktamazy ESBL. *MED.DOŚW.MIKROBIOL.* 2012, 64, strony 35-43.

**STANOWISKO**

Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Kaliszu  
z dnia 13 lutego 2019 r.

Skierowane do:

1. Ministra Zdrowia;
2. Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia;
3. Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych;
4. Wielkopolskiej Izby Lekarskiej w Poznaniu;
5. Porozumienie Zielonogórskie Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia.

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Kaliszu, działając na podstawie art. 4 ust. 1 pkt 1 i 7 Ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych zwraca się z wnioskiem o bezzwłoczne podjęcie działań zmierzających do realizacji Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2018 r. w sprawie zmiany rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie wzrostu wynagrodzeń dla pielęgniarek i położnych praktyki.

**UZASADNIENIE**

Zgodnie z treścią § 4a rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2018 r. w sprawie zmiany rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, który stanowi, że pielęgniarkom i położnym, wykonującym zawód w ramach jednej z form, o których mowa w art. 19 ust. 1 pkt 1 i 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, i realizującym świadczenia opieki zdrowotnej, zapewnia się wzrost wynagrodzenia zasadniczego od dnia 1 lipca 2019 r. o kwotę w wysokości nie niższej niż 1200 zł miesięcznie, przy czym od dnia 1 września 2018 r. o kwotę w wysokości nie niższej niż 1100 zł miesięcznie, w przeliczeniu na pełen etat pielęgniarki albo położnej, uwzględniając kwoty, o których mowa w § 4 tego rozporządzenia. Należy także podkreślić, że Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia wydał zarządzenia (numer 100/2018/DSOZ z dnia 26 września 2018 r. oraz numer 101/2018/DSOZ z dnia 28 września 2018 r.), na mocy których Dyrektorzy Oddziałów Wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia zostali zobowiązani do wprowadzenia niezbędnych zmian w umowach zawartych ze świadczeniodawcami w zakresie zapewnienia odpowiedniego finansowania wzrostu wynagrodzeń dla pielęgniarek i położnych.

Z informacji docierających do Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Kaliszu wynika, że wiele podmiotów medycznych funkcjonujących na obszarze właściwości Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych nie wywiązuje się z przypisanych im obowiązków i nie przekazuje środków finansowych otrzymywanych z Narodowego Funduszu Zdrowia w celu pokrycia wzrostu wynagrodzeń dla pielęgniarek. Biorąc pod uwagę, że samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych sprawuje pieczę nad należytym wykonywaniem zawodów pielęgniarki i położnej oraz reprezentuje i chroni te zawody, wnosimy o podjęcie działań, w ramach swoich kompetencji, mających na celu wykonanie przez świadczeniodawców zatrudniających pielęgniarki postanowień zawartych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2018 r.

Sekretarz

Przewodniczący

SEKRETARZ  
Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych  
w Kaliszu  
mgr Małgorzata...

PRZEWODNICZĄCY  
Okręgowej Rady Pielęgniarek  
i Położnych w Kaliszu  
mgr Marek Przybył



**KONDOLENCJE**

Wyrazy żalu i współczucia naszemu Koledze

**DARIUSZOWI KOWALSKIEMU**  
z powodu śmierci

**Mamy**

składa personel  
Oddziału Psychiatrycznego w Kaliszu.

Wyrazy współczucia naszej Koleżance

**Lidii Mitmańskiej**

z powodu śmierci

**Ojca**

składają Pielęgniarki i Położne  
Ostrzeszowskiego Centrum Zdrowia Sp. z o.o.

Wyrazy współczucia dla Koleżanki

**Agnieszki Bednarskiej**

z powodu śmierci

**Ojca**

składa zespół pracowników Oddziału  
Urazowo-ortopedycznego Wojewódzkiego  
Szpitala Zespołowego w Kaliszu

Odeszła od Nas Pielęgniarka

**Mariola Zuchowska - Kaszuba**  
z domu Łokietek

z głębokim żalem żegnamy Cię

Koleżanki i Koledzy Szpitala Powiatowego w  
Jarocinie

Jak trudno żegnać kogoś, kto jeszcze mógł  
z nami być....

Dnia 1 lutego 2019 r. z ogromnym żalem  
przyjeliśmy wiadomość o śmierci naszej  
Koleżanki

**Ewy Ostrowskiej**

wieloletniej i cenionej Pielęgniarki Oddziału  
Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu  
ZZOZ w Ostrowie Wlkp.  
Dziękujemy, że byłaś....

**Ewa, będzie nam Cię brakowało,  
pozostaniesz w naszej pamięci!**

Rodzinie i Bliskim wyrazy głębokiego  
współczucia składa

Zespół Oddziału Ortopedii i Traumatologii  
Narządu Ruchu ZZOZ Ostrów Wlkp.

Wyrazy żalu i szczerego współczucia naszej  
Koleżance, pielęgniarce

**Bożenie Włodarczyk**  
z powodu śmierci

**Męża**

składają pielęgniarki ze szpitala w Wolicy

Wyrazy głębokiego współczucia

**Elżbiecie Małgowskiej**

z powodu śmierci

**Męża**

składają: Kierownik ds. pielęgniarek  
Wanda Olesińska oraz  
koleżanki z Oddziału Wewnętrzznego  
Szpitala Powiatowego w Jarocinie

Koleżance

**Monice Bąkowskiej**

wyrazy szczerego współczucia  
z powodu śmierci

**Mamy**

składają  
Pielęgniarki i Pielęgniarze  
Wojewódzkiego Zakładu Opieki  
Psychiatrycznej w Sokółwce

Wyrazy współczucia naszej Koleżance

**Lidii Mitmańskiej**  
z powodu śmierci

**Ojca**

składają Pielęgniarki Oddziału Wewnętrznego  
OCZ Sp. z o.o. w Ostrzeszowie

## SPRAWOZDANIE

## SPRAWOZDANIE Z DZIAŁALNOŚCI OKRĘGOWEJ RADY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W KALISZU za rok 2018

Szanowne Koleżanki i Koledzy,

Minął trzeci rok pracy w VII kadencji samorządu pielęgniarek i położnych.

Rok 2018, burzliwy poprzez dyskusje nad projektami oraz wprowadzeniem w życie kilku Zarządzeń Prezesa NFZ oraz aktów prawnych które w dużym stopniu wpłynęły na życie zawodowe pielęgniarek i położnych. I tak:

- Zarządzenie nr 99/2018/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 26 września 2018r zmieniające zarządzenie w sprawie szczegółowych warunków wypłaty należności i rozliczanie kwoty zobowiązań wynikających z realizacji postanowień rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów;
- Zarządzenie Nr 100/2018/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 26 września 2018r. zmieniające zarządzenie w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej;
- Zarządzenie nr 101/2018/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 28 września 2018 zmieniające zarządzenie w sprawie warunków i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej.

Po trwających pół roku negocjacjach w dniu 9 lipca 2018 r. zostało zawarte porozumienie pomiędzy

Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Pielęgniarek i Położnych, Naczelną Izbą Pielęgniarek i Położnych, Ministrem Zdrowia oraz Narodowym Funduszem Zdrowia, w zakresie:

- Włączenia dotychczasowych dodatków do wynagrodzenia zasadniczego;
- Wprowadzenia rozporządzenia dotyczącego norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych od 1 stycznia 2019 roku;
- Wprowadzenia porady pielęgniarskiej jako świadczenia gwarantowanego, finansowanego przez Narodowy Fundusz Zdrowia;
- Zagwarantowania 6-dniowego, płatnego, urlopu szkoleniowego od stycznia 2019 roku;
- Nowelizacji rozporządzenia w sprawie sposobu przeprowadzania konkursów na stanowiska kierownicze w podmiotach leczniczych oraz innych działań mających na celu poprawę warunków pracy pielęgniarek i położnych w Polsce.

Strony zobowiązały się do wspólnej pracy nad dokumentem „Strategia na rzecz rozwoju pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce” w celu jego dostosowania do bieżących potrzeb środowiska oraz wypracowania jego finalnej wersji, celem przedłożenia Radzie Ministrów.

Kończący się rok, to szereg bezzasadnych podważań przez różne środowiska ustalonych i przyjętych do realizacji przez Ministra Zdrowia, norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w oddziałach szpitalnych, gwarantujących optymalizację oraz podniesienie jakości i efektywności świadczeń.

Dla samorządu i współpracującego z nami OZ-ZPiP dobro pacjenta było zawsze priorytetem,

a wdrożenie norm było priorytetem od wielu lat. Pracodawcy muszą zrozumieć, że niewystarczająca liczba pielęgniarek i położnych zwiększa ryzyko związane z wydłużeniem hospitalizacji, większej liczby zakażeń, błędów medycznych. Rozmowy nad wprowadzeniem norm toczyły się latami i dopiero ten rok przyniósł przełom. Wierzmy że decydemtom nie zabraknie do końca konsekwencji w działaniu nad wdrożeniem wypracowanej strategii.

Jak w powyższej rzeczywistości znalazła się Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych z siedzibą w Kaliszu?

**Poniżej przedstawiamy Państwu pracę, jaką wykonaliśmy w 2018 roku na rzecz samorządu i naszego środowiska zawodowego.**

W okresie minionego, 2018 roku, Okręgowa Rada **odbyła 6 posiedzeń** (14 lutego, 25 kwietnia, 6 czerwca, 5 września, 7 listopada, 12 grudnia) podejmując w sumie 113 uchwał.

Prezydium Okręgowej Rady **obradowało 7 razy** 17 stycznia, 28 lutego, 28 marca, 18 kwietnia, 25 lipca, 29 sierpnia, 27 września, 21 listopada) podejmując 100 uchwał.

Wszystkie uchwały podjęte zostały prawomocnie, przy wymaganej ilości członków.

Załączniki 1 i 2 obrazują frekwencje na obradach.

**Najważniejszymi uchwałami podjętymi w 2018r. były:**

- Stwierdzenie prawa wykonywania zawodu oraz wpisanie do rejestru;
- Wydanie duplikatu prawa wykonywania zawodu;
- Wpisanie do rejestru osób z innej oipip;
- Skreślenie z rejestru oipip;
- Delegowanie w skład komisji egzaminacyjnej;
- Skierowanie na przeszkolenie po przerwie w wykonywaniu zawodu;
- Wydanie zaświadczenia po przeszkoleniu;
- Udzielenie pomocy finansowej naszym członkom;
- Udzielenie pomocy finansowej członkom innej oipip;
- Wykreślenie z rejestru indywidualnych praktyk;
- Wpis do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe;
- Wpis zmiany do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe;
- Przedłużenie polisy ubezpieczeniowej dla uczestników szkoleń;
- Delegowanie na szkolenia;
- Wskazanie osób do komisji konkursowej na pielęgniarskie stanowiska kierownicze;
- Zmiany w zakresie obsługi prawnej OIPiP w Kaliszu;
- W sprawie wydania opinii dotyczącej minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych;
- Zatwierdzenia i wypłaty dofinansowań do kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego;



- Kontynuowanie zakupu dostępu do platformy bazy IBUK Libra;
- Przyjęcie procedury postępowania i udostępniania dokumentacji medycznej pozostałej w praktyce zawodowej po śmierci pielęgniarki, pielęgniarza, położnej, położnego;
- W sprawie zmian w regulaminie dofinansowania do kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego członków OIPiP w Kaliszu;
- W sprawie przystąpienia OIPiP w Kaliszu do przetargu nieograniczonego na wybór organizatora kształcenia, prowadzących szkolenia specjalizacyjne dla pielęgniarek i położnych, które rozpoczną się w 2018 roku w województwie wielkopolskim;
- W sprawie zaciągania zobowiązań w imieniu OIPiP w Kaliszu w ramach przetargu nieograniczonego na wybór organizatorów kształcenia prowadzących szkolenia specjalizacyjne;
- W sprawie zasad i trybu kompensaty wynagrodzenia przez organy samorządu pielęgniarek i położnych na czas zwolnień od pracy pracownika będącego członkiem organu izby, trybu zwrotu kosztów podróży i innych uzasadnionych wydatków poniesionych przez członków samorządu w związku z wykonywaniem czynności na rzecz izby lub jej organów;
- W sprawie wyznaczenia Inspektora Ochrony Danych Osobowych w OIPiP w Kaliszu;
- Zakupu pozycji książkowych do biblioteczki OIPiP w Kaliszu;
- W sprawie zakupu strojów galowych dla pocztu sztandarowego;
- Zwołania XXXIV Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Kaliszu;
- Kontynuacji prenumeraty czasopism;
- Zatwierdzenie rocznego sprawozdania finansowego za rok obrotowy 2017;
- Zatwierdzenie rocznego planu kontroli podmiotów kształcących;
- Ujednolicenie wniosku do opiniowania przez Okręgową Radę w Kaliszu podwyżek dla pielęgniarek i położnych na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2015r.;
- Zakupów wyposażenia niezbędnego do funkcjonowania biura OIPiP w Kaliszu.
- 28 razy uczestniczyliśmy w postępowaniu egzaminacyjnym w różnych formach kształcenia;
- Wskazała 8 razy osoby do składu Komisji konkursowej na stanowisko kierowniczej w ochronie zdrowia;
- Przyznała pomoc finansową 16 członkom naszej oipip na kwotę 20.600,00 zł oraz 6 osobom innych oipip na kwotę 2.100,00 zł.;
- Zorganizowała spotkanie dla 91 osób, które w roku 2017 odešły na emeryturę oraz wypłacono im gratyfikacje finansowe na kwotę 18.200.00 zł.;
- Jak co roku kontynuowano dofinansowanie do kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego pielęgniarek i położnych które są członkami naszej izby. W minionym roku złożono 214 wniosków na różne formy kształcenia. Na dofinansowanie przeznaczono kwotę 110.000,00 zł.;
- Wydała blisko 374 opinii w sprawie podziału środków na wynagrodzenia pielęgniarek i położnych;
- Utrzymała wydawanie w formie kwartalnika Biuletynu OIPiP w Kaliszu oraz udostępniono korzystanie z Biuletynu w wersji elektronicznej;
- W ramach nadzoru nad podmiotami prowadzącymi kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych, przeprowadzono 3 kontrole organizatorów Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych („Techmed” w Opolu, „Idea Szkolenia” w Świdnicy oraz Zakład Doskonalenia Zawodowego w Kaliszu);
- Stwierdzono i wydano 5 osobom, odpowiednie zaświadczenia poświadczające kwalifikacje oraz przebieg pracy zawodowej, osobom wyjeżdżającym za granicę;
- Prowadzono na bieżąco wymianę informacji wewnętrznej i zewnętrznej w systemie IMI;
- Organizowano spotkania z kierowniczą kadrą pielęgniarską, w trakcie których omawiano istotne sprawy związane z pracą i warunkami płacowymi;
- W ramach sprawowania pieczy nad należytych wykonywaniem zawodu pielęgniarki i położnej wykonano 6 kontroli praktyk indywidualnych;
- Zorganizowano spotkanie z Pełnomocnymi Przedstawicielami Okręgowej Rady;
- Zaopiniowano 13 projektów aktów prawnych;
- Członkowie rady wraz z pocztym sztandarowym uczestniczyli w uroczystościach państwowych oraz kościelnych;
- Braliśmy udział w uroczystościach beatyfikacyjnych błogosławionej Hanny Chrzanowskiej w Krakowie oraz w uroczystości wprowadzenia relikwii do Kaplicy Szpitalnej Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Kaliszu i Kościoła NMP w Ostrowie Wielkopolskim;
- Ramach integracji środowiska pielęgniarek i położnych zorganizowano dwie edycje wycieczki do Wiednia;
- Umożliwiono członkom OIPiP z siedzibą w Kaliszu skorzystanie z odpłatnych karnetów sportowo-rekreacyjnych w ramach których można korzystać z wielu dyscyplin takich jak: fitness, basen, siłownia, aqua aerobik, sauna, taniec, pilates, sztuki walki.

W 2018 roku działania Okręgowej Rady wspierali swoją pracą Pełnomocni Przedstawiciele Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w swoich rejonach.

Wzorem lat ubiegłych w minionym roku pracowały Komisje i Zespoły

#### **Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Kaliszu realizując zadania ustawowe w roku 2018:**

- Stwierdziła i wydała prawa wykonywania zawodu 53 pielęgniarkom oraz 1 położnej;
- Wydała 5 duplikatów prawa wykonywania zawodu z powodu zaginięcia;
- Skreśliła z rejestru pielęgniarek i położnych 15 pielęgniarek;
- Wpisała do rejestru pielęgniarek i położnych 16 pielęgniarek i położnych;
- Wykreśliła z rejestru praktyk zawodowych 1 praktykę pielęgniarską;
- Monitorowała przebieg kształcenia podyplomowego dokonując 5 wpisów organizatorów kształcenia oraz dokonując 1 wpis zmiany;
- Skierowała 11 osób na przeszkolenie po przerwie w wykonywaniu zawodu;
- Powołała 6 komisji egzaminacyjnych po przeszkoleniu i wydano 6 zaświadczeń po przeszkoleniu;
- Wskazała 6 osób w skład komisji kwalifikujących osoby na różne formy kształcenia;

1. Komisja ds. pielęgniarek i położnych poz – komisja spotkała się dwa razy. W trakcie spotkań omówiono:
  - kwestie odpowiedzialności zawodowej wynikająca z obowiązujących aktów prawnych,
  - poruszone tematy archiwizacji dokumentów medycznych,
  - wejście w życie przepisów RODO,
  - podawanie leków zgodnie z charakterystyką produktu leczniczego

Na zaproszenie Komisji udział w posiedzeniu wzięła Pani Alicja Stanikowska Konsultant Wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego.

1. Komisja ds. socjalnych – gromadząc i opiniując wnioski o pomoc finansową.
2. Komisja ds. kształcenia przed i podyplomowego – rozpatrując i zatwierdzając wnioski o dofinansowanie do kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego.
3. Komisja ds. przekształceń systemowych – udostępniając projekty aktów prawnych, Zarządzeń Prezesa NFZ na stronie internetowej OIPiP oraz opiniując wyżej wymienione.
4. Komisja ds. opieki długoterminowej pracowała w systemie korespondencyjnym, przygotowując:
  - stanowisko w sprawie finansowania świadczeń w pielęgniarstwie opiece długoterminowej i opiece paliatywno-hospicyjnej,
  - przysyłając ankiety do placówek DPS w sprawie wynagradzania zatrudnionych w nich pielęgniarek,
  - przesłanie do placówek DPS projektu „nowego produktu dla mieszkańców domów pomocy społecznej finansowanego przez NFZ” z prośbą o zaopiniowanie opracowanego materiału.

### **W 2018 roku kontynuował działalność Ośrodek Kształcenia przy OIPiP w Kaliszu organizując:**

Szkolenia specjalizacyjne:

1. Pielęgniarstwo anestezjologiczne i intensywnej opieki – uczestniczyły 26 osoby.
  2. Pielęgniarstwo geriatryczne – uczestniczyło 10 osób.
  3. Pielęgniarstwo psychiatryczne – uczestniczyło 39 osób.
  4. Pielęgniarstwo chirurgiczne - uczestniczyło 48 osób.
- Kursy specjalistyczne:
1. Leczenie ran dla pielęgniarek i położnych – dla 11 osób.
  2. Resuscytacja krążeniowo-oddechowa – dla 9 osób.
  3. Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego u dorosłych – dla 34 osób.
  4. Wywiad i badanie fizykalne – dla 9 osób.
  5. Resuscytacja krążeniowo-oddechowa – dla 25 osób.

Kursy dokształcające:

1. Obsługa portu donaczyniowego – dla 16 osób.
  2. Uzależnienia i zachowania agresywne w praktyce pielęgniarstwa i położnej – dla 40 osób.
- 27.01.2018 r. konferencja nt. „Leczenie odleżyn w świetle wytycznych PTLR” – brały udział 78 osób
- 11.05.2018r. konferencja naukowo-szkoleniowa nt. „Opieka nad matką i dzieckiem w trakcie porodu – aspekty prawne i psychiatryczne” – brały udział 52 osoby
- 17.05.2018r. konferencja naukowo-szkoleniowa, nt. „Wieloaspektowość pielęgniarstwa onkologicznego” – brało udział 31 osób

29.05.2018r. spotkanie edukacyjne, nt. „Neurorozwojowe standardy postępowania z noworodkiem i niemowłkiem w zakresie pielęgnacji. Rozszerzenie diety zdrowego niemowlęcia a możliwość wystąpienia niepożądanych objawów ze strony układu pokarmowego, odpornościowego oraz skóry” – brało udział 28 osób

12.06.2018r. „RODO” – dla 151 osób

26.06.2018r. „RODO” – dla 67 osób

06.12.2018r. spotkanie edukacyjne nt. „Wielochorobowość – specyfika opieki nad pacjentem geriatrycznym” – uczestniczyły 33 osoby

13.12.2018r. konferencja naukowo-szkoleniowa, nt. „Etyka i odpowiedzialność w pracy zawodowej pielęgniarki i położnej” – uczestniczyło 38 osób

W minionym roku współpracowaliśmy z Fundacją Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Kaliszu, która zrealizowała zadanie publiczne pod nazwą „Zachowania agresywne” – zapobieganie agresji i postępowanie z pacjentem uzależnionym od środków psychoaktywnych. Obejmowało szkolenie teoretyczne i praktyczne z zakresu uzależnień i radzenia sobie z agresją oraz obejmowało bezpłatne porady prawnicze, pomoc psychologiczną oraz terapeutę uzależnień. Zadanie było współfinansowane przez Urząd Miasta Kalisza – wartość projektu wyniosła 11.100,01 zł.

Pomimo problemów z pozyskaniem kadry do pracy w Agencji Pielęgniarskiej kontynuowano działalność, polegającą na świadczeniu usług opiekuńczych, pacjentom psychicznie chorym w ich środowisku domowym na terenie miasta Kalisza i Ostrowa Wielkopolskiego.

### **W omawianym okresie sprawozdawczym:**

Przewodniczący Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych, Pan Marek Przybył uczestniczył w posiedzeniach NRPiP oraz posiedzeniach Konwentu Przewodniczących OR.

Wiceprzewodnicząca, Pani Jolanta Nowak kontynuowała pracę w Zespole ds. Podstawowej Opieki Zdrowotnej działającym przy NRPiP w Warszawie oraz brała udział w pracach Sejmowego Zespołu ds. pielęgniarek, położnych i innych pracowników medycznych.

Sekretarz Okręgowej Rady, Pani Małgorzata Kowańska brała czynny udział w posiedzeniach Zespołu ds. opieki długoterminowej, działającym przy NRPiP oraz posiedzeniach Rady Akredytacyjnej Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia.

Członkowie Okręgowej Rady kontynuowali pracę w Radach Społecznych podmiotów leczniczych.

W celu zapewnienia pielęgniarkom i położnym właściwego miejsca w systemie świadczeń opieki zdrowotnej, kontynuowano współpracę z Państwową Wyższą Szkołą Zawodową im. Prezydenta Stanisława Wojciechowskiego w Kaliszu, Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Pielęgniarek i Położnych, Polskim Towarzystwem Pielęgniarskim, Kolegium Pielęgniarek i Położnych Rodzinnych, Polskim Stowarzyszeniem Pielęgniarek Onkologicznych, Departamentem Pielęgniarek i Położnych Ministerstwa Zdrowia, Wielkopolskim Oddziałem Wojewódzkim NFZ w Poznaniu oraz przedstawicielami władz administracji rządowej i samorządowej.

Sekretarz OR  
mgr Małgorzata Kowańska

Przewodniczący OR  
mgr Marek Przybył



# SZKOLENIA

## Postępowanie z raną przewlekłą

10 lutego 2019 roku w PWSZ w Kaliszu odbyła się konferencja naukowo-szkoleniowa. Tematem konferencji było „Postępowanie z raną przewlekłą”. Opiekunem naukowym konferencji był dr hab. n. med. Marek Kucharzewski Wiceprezes Polskiego Towarzystwa Leczenia Ran. W Konferencji uczestniczyło 131 osób. Uczestnicy wysłuchali wykładów dotyczących m. in.

- pojęcia i klasyfikacji rany przewlekłej,
- postępowania leczniczego w oparciu o obowiązujące wytyczne,
- systemu TIME i wilgotnej terapii leczenia ran,
- profilaktyki i postępowania z zespołem stopy cukrzycowej,
- patofizjologii i postępowania leczniczego w owrzodzeniach goleni,
- leczenia odleżyn w warunkach ambulatoryjnych,
- leczeniu miejscowym ran – opatrunki, antyseptyka, lawaseptyka,
- kompresjoterapii jako ważnego elementu leczenia owrzodzeń goleni,
- wskazań do stosowania terapii podciśnieniowej w leczeniu ran.

Każdy uczestnik otrzymał certyfikat potwierdzający uczestnictwo w konferencji.

## Standardy Opieki Okołoporodowej

Dnia 7 marca 2019r. w restauracji "Bursztyn" w Kaliszu odbyło się spotkanie naukowo-szkoleniowe przeznaczone dla położnych oraz pielęgniarek neonatologicznych. W szkoleniu uczestniczyło 48 osób. Temat szkolenia: "Standardy Opieki Okołoporodowej - aspekty prawne".

Na spotkaniu wykładowcy przedstawili zagadnienia:

1. HMO – przełom w zrozumieniu działania mleka kobiecego,
2. Standardy opieki okołoporodowej – aspekty prawne.

Prezentowały się również firmy:

1. Firma Pharmabest – przedstawiła swoje specjalistyczne produkty,
2. Firma NUK przedstawiła prezentację.

## Żywnienie dla Przyszłości

W dniach 22-23.03.2019 w Opalenicy k/Poznania odbyła III Wielkopolska Konferencja Naukowa „Żywnienie dla Przyszłości”, organizowana przez firmę Nestle. Poza tematem wiodącym konferencji poruszane były również aspekty prawne zmian w standardzie opieki okołoporodowej, które prezentował mec.



Wojciech Wojtal. Aspekty psychiatryczne w nowym standardzie oraz problematykę profilaktyki zdrowia psychicznego przedstawiła dr n. med. Anna Mosiołek – specjalista psychiatra. W czasie konferencji był również czas na dyskusję nad wieloma problemami związanymi z obowiązującym standardem opieki okołoporodowej, jednak nie wszystkie wątpliwości udało się rozwiązać, co wskazuje na potrzebę kolejnego szkolenia w szerszym gronie. Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych reprezentowali silny skład położnych poz (rodzinnych) oraz Przewodniczący Okręgowej Rady.



## Specjalizacja w dziedzinie Pielęgniarstwa psychiatrycznego

W Centrum Psychiatrycznym w Warcie kończy się specjalizacja w dziedzinie Pielęgniarstwa psychiatrycznego. Odbyły się zajęcia teoretyczne. Uczestnicy szkolenia kończą staże i przygotowują się do egzaminu.





# 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<br>Świadczenie 150 zł dziennie / Bez weryfikacji przychodów | Wariant B<br>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