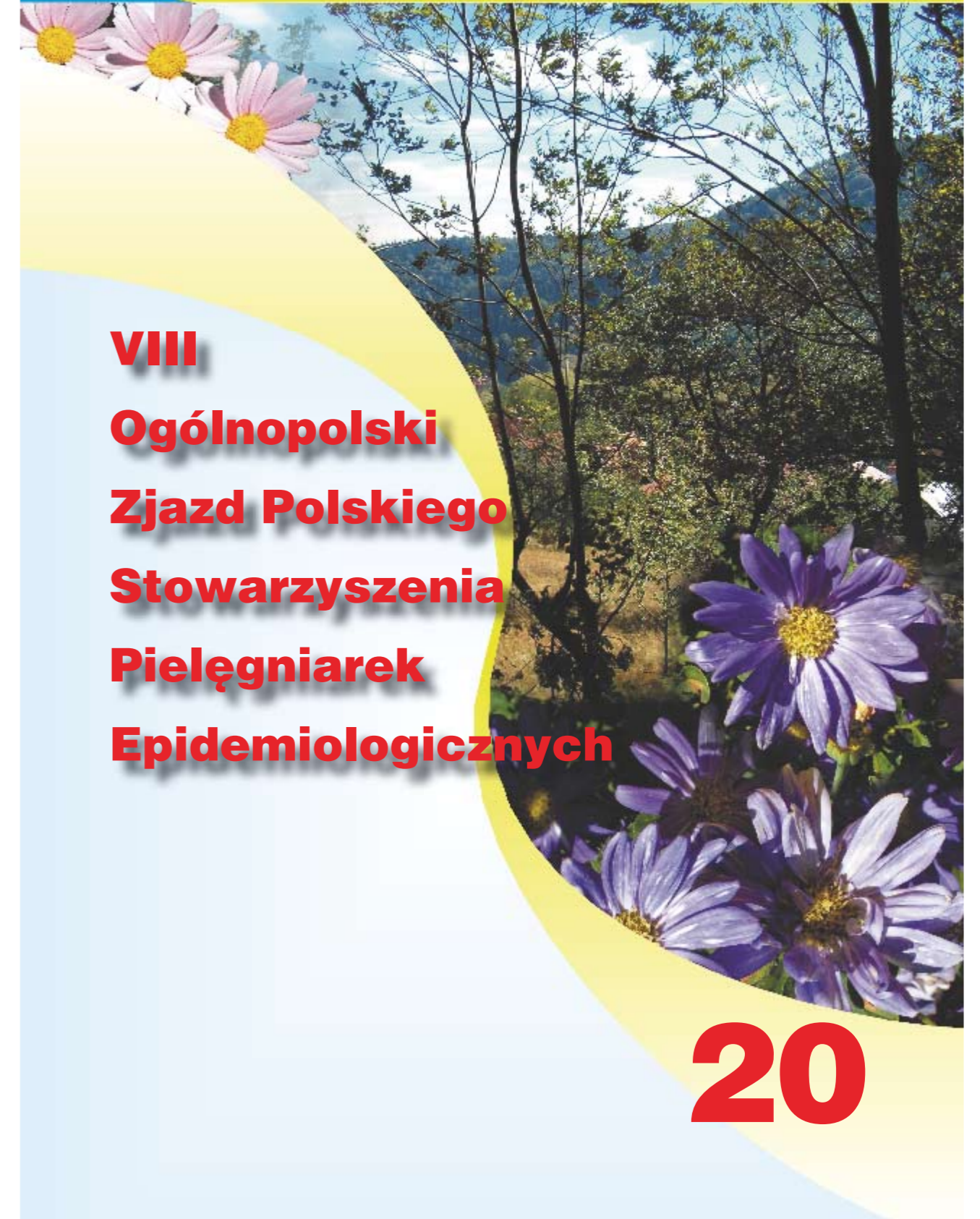


P S P E
EPIDEMIOLOGICZNA
INFORMATOR
Kwartalnik Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Epidemiologicznych



VIII
Ogólnopolski
Zjazd Polskiego
Stowarzyszenia
Pielęgniarek
Epidemiologicznych

20

Forum czystości
Polskie Stowarzyszenie Czystości
ul. Sławańskiego 1, 85-008 Bydgoszcz, tel./fax (52) 322 41 15

- ▶ **USŁUGI**
- ▶ **TECHNOLOGIE**
- ▶ **PRODUKTY**
- ▶ **WIEŚCI Z RYNKU**

Najnowsze technologie utrzymania czystości w obiektach (restauracji, hotelu, kuchni, łazience, ciągu komunikacyjnym itp.)
Zamów prenumeratę: www.czystosc.psc.org.pl

Polskie Stowarzyszenie Czystości
ul. Sławańskiego 1, 85-008 Bydgoszcz, tel./fax (52) 322 41 15

Dwanaście najważniejszych upominków

W przedświątecznym zaganianiu łatwo czasem zapomnieć o tym co najważniejsze. Pamiętaj, że wprawdzie pięknie zapakowany tradycyjny upominek świąteczny jest zawsze mile widziany, ale nie należy zapominać o tym, czym naprawdę powinniśmy obdarowywać innych. Oto lista 12 najważniejszych prezentów:

1. Pierwszy to **upominek czasu**. Po prostu bycie z kimś może być dla tej osoby wspaniałym prezentem.

2. Drugi upominek to **dobry przykład**. Większość ludzi uczy się najszybciej obserwując innych. Spraw, by ci którzy się wzorują na tobie, uczyli się tylko tego co im w życiu najbardziej sprzyja.

3. Trzeci upominek to **akceptacja**. Jeśli kogoś akceptujesz takim jaki jest, sprawiasz tej osobie ogromną radość. I może cię zdziwić jak szybko ten ktoś zacznie się zmieniać na korzyść właśnie pod wpływem akceptacji!



4. Czwarty prezent jest idealny dla tych, którzy są ogromnie zabiegani, zajęci i od których stale ktoś coś wymaga. Daj takiej osobie **poczucie „miejsca”** - więcej czasu dla siebie. Nie pospieszaj, nie wymagaj, nie przypominaj. Bądź dla nich ich oazą spokoju.



5. Piąty upominek to **dopatrywanie się w ludziach tylko ich najlepszych cech**. Jak możesz znaleźć coś najlepszego w kimś bliskim, w którym trudno to „najlepsze” znaleźć? Psychologia nam podpowiada, że widzimy na ogół to, czego się spodziewamy....



6. Szósty prezent to **poczucie wartości**. Oszczędź innym swojego krytycyzmu, który innych obezwładnia, onieśmiela i demotyduje. Ten upominek jest szczególnie mile widziany.

7. Siódmy upominek to **zerwanie ze złym nawykiem**. Na przykład rzuć palenie dla kogoś kogo kochasz. Albo przestań ... no właśnie... co, by tę osobę naprawdę ucieszyło?

8. Ósmy prezent to odsłonięcie się, **pokazanie prawdziwego siebie**. Stała powściągliwość i utrzymywanie „na wierz” swoich uczuć - nadziei, obaw i wątpliwości - pozbawia innych przyjemności poznania Ciebie.



9. Dziewiąty upominek: **pomóż komuś nauczyć się coś nowego**. Szczególnie jeśli to jest coś naprawdę warte nauczenia. Taki upominek to prawdziwa inwestycja w przyszły sukces!



10. Dziesiąty prezent to **prawdziwe słuchanie**. Niewiele osób to potrafi. Dlatego wszyscy są za to wdzięczni. Warto więc się nauczyć aktywnego słuchania.



11. Jedenasty prezent to po prostu **radość**. Jest tak ogromnie ważne, by znajdować przyjemność w zwykłych codziennych wydarzeniach, a jednak większość ludzi tego nie umie. Pomóż więc tym, którzy są Ci bliscy dojrzeć piękno życia.



12. Wreszcie dwunasty upominek. **Pozwól innym by Cię obdarzali**. Kiedy przyjmujemy prezenty z niekłamną wdzięcznością, w taki sposób by obdarowującym sprawić przyjemność z samego dawania, obdarzamy ich sami najważniejszym prezentem!

Wanda Loskot
doradca do spraw rozwoju biznesu.
AkademiaSukcesu.com, SukcesTwojejFirmy

Wybrane definicje

■ **Pandemia** - epidemia występująca na obszarze kilku krajów lub kontynentów w tym samym czasie.

■ **Patogeneza** - mechanizm powstawania i rozwoju określonej choroby.

■ **Patogenność** (chorobotwórczość) - zdolność drobnoustroju do wywołania procesu chorobowego.

■ **Patogeny** - drobnoustroje zdolne do wywołania procesu chorobowego.

■ **Reaktywacja** - wznowienie procesu chorobowego (uaktywnienie istniejących w organizmie patogenów) najczęściej w wyniku działania nieswoistych bodźców.

■ **Rezerwuuar** - miejsce bytowania i namnażania się drobnoustrojów: chory, nosiciel, środowisko nieożywione (woda, pokarm); niekiedy rezerwuuar jest określany jako skupisko źródeł zakażenia wraz z ich biocenozą.

■ **Saprofity** - drobnoustroje nie wywołujące zakażenia

■ **Serologia** - nauka zajmująca się reakcjami zachodzącymi pomiędzy antygenem a przeciwciałami

■ **Serokonwersja** - zmiana poziomu (stężenia) przeciwciał lub pojawienie się po wprowadzeniu antygeny przeciwciał dotąd nie występujących; serokonwersja występuje po zakażeniu lub po szczepieniu.

■ **Skażenie** - zanieczyszczenia drobnoustrojami powierzchni ciała, przedmiotów, wody, żywności i powietrza.

■ **Swoistość** - zdolność przeciwciał lub uczulonych limfocytów do selektywnego (wybiórczego) rozpoznawania antygeny.

■ **Synergizm, synergia** - sytuacja, w której łączny efekt dwóch lub większej liczby czynników jest większy niż suma ich pojedynczych efektów.

■ **Szczepienie** (wakcynacja) - zastosowanie szczepionki w celach zapobiegawczych (szczepienie ochronne) lub leczniczych; w zależności od stopnia uodpornienia osób poddawanych szczepieniom rozróżnia się szczepienia podstawowe i przypominające.

■ **Śmiertelność** - liczba zgonów z powodu danej choroby w stosunku do liczby zachorowań na tę chorobę; przeważnie określona w odsetkach.

■ **Toksyczność** - zdolność drobnoustroju do wytwarzania substancji toksycznych uszkadzających tkanki gospodarza.

■ **Układ immunologiczny** (odpornościowy) - złożony system, w skład którego wchodzi narządy (grasica, szpik, grudki limfatyczne, migdałki, wyrostek robaczkowy, węzły limfatyczne, śledziona), naczynia limfatyczne i limfocyty krążące; system ten umożliwia swoiste rozpoznanie antygeny i jego zniszczenie w wyniku wytworzenia odpowiedzi immunologicznej.

■ **Wektory** (przenosiciele żywi) - przenoszą zarazki ze źródła zakażenia bezpośrednio na osobnika wrażliwego lub pośrednio, skażając np. żywność; rozróżnia się przenosicieli biernych (np. muchy) lub czynnych (np. komary zakażone malarią, pchły - pałeczką dżumy, kleszcze- bakterią Borrelia lub wirusem kleszczowego zapalenia mózgu).

■ **Wirulencja** (zjadliwość) - zdolność drobnoustroju chorobotwórczego do wniknięcia, rozmnażania się, i wywołania ciężkich objawów chorobowych w zakażonym ustroju.

■ **Wrażliwość na zakażenia** - stan organizmu sprzyjający rozwojowi chorobotwórczych drobnoustrojów.

■ **Wrota zakażenia** - miejsce wniknięcia chorobotwórczych drobnoustrojów; wrotami zakażenia są najczęściej błony śluzowe naturalnych jam ciała.

■ **Zakażenie** - wniknięcie i namnożenie się biologicznego czynnika chorobotwórczego w organizmach żywych.

■ **Zanieczyszczenie** - wszelkie substancje obce znajdujące się w środowisku zewnętrznym w ilości zmieniającej naturalne właściwości środowiska lub wywierającej szkodliwy wpływ na ustrój człowieka.

■ **Zapadalność** (zachorowalność) - liczba nowych zachorowań na określoną chorobę w określonym czasie; wartość ta jest często podawana jako zapadalność specyficzna tzn. liczba nowych przypadków na tysiąc lub sto tysięcy ogólnej populacji.

■ **Zarazek** - drobnoustroj chorobotwórczy wywołujący chorobę zakaźną; rozmnaża się w organizmie gospodarza wywołując procesy patologiczne.

■ **Zarażenie** - przeniesienie czynnika chorobotwórczego od osobnika zakażonego na wrażliwego.

■ **Zoonoza** (antropozoonoza) - choroba zakaźna zwierząt, która może przenosić się na ludzi.

■ **Źródło zakażenia** - człowiek, zwierzę, roślina lub materia nieożywiona, z której zarazek lub inny biologiczny czynnik chorobotwórczy drogą bezpośrednią lub pośrednią jest przenoszony na wrażliwe organizmy.

symbolu odradzającego się życia. Choć z jajkiem wiąże się wiele przesądów i zwyczajów, w których nie zawsze pełni ono rolę pozytywną, jajka święcone przynoszą samo dobro, a odkąd znajdują się w domu, sprowadzają pod dach szczęście.

Zaczynano je przyozdabiać w Wielki Czwartek. W zależności od regionu jaja były kraszone, pisane, malowane, klejone lub skrobane. Rozdawano je potem rodzinie i bliskim osobom. Pisanki były ulubionym podarunkiem wielkanocnym, ofiarowywano je w dowód przyjaźni. Podarowanie pięknie ozdobionego jajka było wyrazem dobrych życzeń i serdecznych uczuć, miało umacniać więzi i bronić rodzinę przed złymi wpływami z zewnątrz, zapewniać jej też nowe siły witalne i zdrowie.

Dotykanie zwierząt gospodarskich święconym jajkiem chroniło je przed chorobami i urokami. Moc święconego jajka była tak silna i dobroczynna, że nawet skorupki pełniły ważną rolę w świątecznych rytuałach domowych. Jeżeli kury dostały do zjedzenia skorupki po święconych jajkach, dobrze się nosły i nie gubiły jajek. Zgniecione skorupki rozsypywano wokół domu, by zapewnić mu ochronę, zakopywano w narożnikach pól, żeby zwiększyć urodzaj, a nawet przyczepiano do drzwi wejściowych, aby przyczyniały się do spokoju domowników.

Woda po gotowaniu jaj na pisanki to także substancja o dobroczynnym działaniu - umycie się nią zapewniało urodę dziewczętom, a chorym przywracało zdrowie. Woda z pokruszonymi skorupkami święconego jajka była uważana za lek na ból zębów.

W czasach przedchrześcijańskich, aby zapewnić zdrowie ludziom i zwierzętom, trzymano jaja pod progami domów i obór. Wkładano je również zmarłym do trumny - miały zapewnić im wieczny spokój. Wierzono, że wielkanocna pisanka chroni przed nieszczęściem. Zakopana pod nowo wybudowanym domem miała przynieść pomyślność. Rzucona w płomień - gasiła pożar, umieszczona w oknie - chroniła dom przed uderzeniami pioruna.

Święcone jadalno miało wielką moc, nie wyrzucano nawet kości. Dane psu chroniły go przed wściekłością.

Jajeczne wróżby miłosne

- ❖ Gdy na stole znajdzie się parzysta liczba jajek święconych, pannie wróży to rychle zamążpójście.
- ❖ Obdarowywanie się święconym jajkiem przez zakochanych wróżyło im udany związek, pomyślność, potomstwo.
- ❖ Panna pragnąca zachwycić ukochanego pocierała jajkiem pomalowanym na czerwono części ciała, którymi chciała go oczarować najsilniej. Potem tłukła skorupkę i jajko przelewała przez ułożone na krzyż patyczki, najlepiej brzozone. Skorupkę z pisanki należało teraz utrzeć na proszek, który - dosypany do potrawy - działał cuda i wzbudzał płomienne uczucie chłopaka.
- ❖ Na Wołyniu istniał zwyczaj, wedle którego w wielkanocną niedzielę kawaler mógł ofiarować pannie pisankę, mówiąc:

„Chrystus zmartwychwstał” i trzykrotnie ją pocałować.
Popielec (Wstępna Środa)

- Gdy w Popielec pogoda, wiosna będzie sucha, gdy deszcz, będzie mokra, a jeżeli zimno, będzie zimna.
- Gdy w Popielec pogoda służy, suchą wiosną wróży.
- Jeśli w wstępną środę jest piękna pogoda, to w polu nadzwyczaj jest piękna uroda.
- Jeśli w wstępną środę świecą nocą gwiazdy, kury będą nosły, mówi u nas każdy.
- Gdy w wstępną środę deszcz pada, to rój gąsienic kapustę zjada.

Wielki Post

- Suchy post - dobry rok.
- Komu post miły, niech gryzie śledzia, pan zje niedźwiedzia.
- W post zaloty, a gość we żniwa - zawsze niespore (nie w porę) bywa.

Niedziela Palmowa (Kwietnia Niedziela)

- Jeżeli Kwietnia Niedziela sucha, rok cały mokry, jeżeli mokra, rok suchy.
- Gdy w Palmową Niedzielę słońce świeci, będą pełne stodoły, beczki i sieci.
- Gdy mokro w Kwietnia Niedzielę, rok się sucho ścięło.

Wielka Środa

- We środę po kołaczach, gdy żaba zakuka, już nas zima mrozami pewnie nie oszuka.

Wielki Piątek

- Gdy Wielki Piątek ponury, Wielkanoc będzie bez chmury.
- Jeśli w Wielki Piątek deszcz kropi, radujcie się chłopcy.
- W Wielki Piątek gdy deszcz hojnie doliny zleje, że dużo mleka będzie, są pewne nadzieje.
- Kiedy w Wielki Piątek pada, suche lato deszczyk nam ten przepowiada.
- Kto w Wielki Piątek sieje, ten się w żniwa śmieje.
- W Wielki Piątek dobry zasiewu początek.
- W Wielki Piątek rób początek, a w sobotę kończ robotę.

Wielkanoc

- Zielone Boże Narodzenie, a Wielkanoc biała, w polu uciecha mała.
- Niewinny jak baranek wielkanocny.

Redakcja na podstawie książek
Marii Borejszo- Wielkanoc w polskiej kulturze.
Wyd. W drodze, Poznań 1997r.
Doroty Strukowskiej- Wróżby na trzecie tysiąclecie.
Wyd. ASTRUM. Wrocław 2001r.

Fragment wiersza Wiosna

Biały przebiśnieg zakwitł wśród gąszczy
wokół szaro, gdzieś gdzieś śnieg bieli
lecz w pośród gąszczy,
pierwszy zwiastun wiosenny
biała śnieżyczka rozsyła wesele.

.....
Rozbłyśnie ranek, wiosenny, radosny
nowe nadzieje wkładną się znów w serca
wiosenna pora, darze Nieba Wielki
rozraduj wszystko,
Nadziejo Wszechwielka

Maria Wasylkiewicz

Wrocław, luty 1996 r.

* * *

tak lekko
ubyc z zapachu
z barwy
po prostu
pod głowę ramię
i zasnąć

Halina Poświatowska

Ty przychodzisz jak noc majowa...

Nie obiecuję ci wiele...
Bo tyle co prawie nic...
Najwyżej wiosenną zieleń...
I pogodne dni...
Najwyżej uśmiech na twarzy...
I dłoń w potrzebie...
Nie obiecuję ci wiele...
Bo tylko po prostu siebie...

Bolesław Leśmian

Marzec 2005
Nr 1 (20)



SPIS TREŚCI:

OD REDAKCJI	4
MATERIAŁY KONFERENCYJNE	
Doświadczenia praktyczne z rejestracji „drobnoustrojów alarmowych” w szpitalu rejonowym w Makowie Mazowieckim	5
Ekspozycje zawodowe - zmiany w rekomendacjach	6
Nowe koncepcje preparatów myjąco-dezynfekcyjnych	9
KONTROLA ZAKAŻEŃ SZPITALNYCH	
Prątki gruźlicy jako przyczyna zakażeń zakładowych. Metody zapobiegania	11
KSZTAŁCENIE	
Komunikat Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego w sprawie uruchomienia programu „Studia pomostowe dla pielęgniarek i położnych”	15
Specjalizacja z epidemiologii	16
AKTUALNOŚCI	
Plan pracy Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Epidemiologicznych na 2005r.	17
Z NASZYCH DOŚWIADCZEŃ	
Wdrażanie systemu zarządzania jakością w komórkach epidemiologicznych zakładów opieki zdrowotnej	18
Rola standardów w pracy pielęgniarki epidemiologicznej	22
PRAWO	
Rozporządzenie MZ w sprawie kwalifikacji członków zespołu kontroli zakażeń zakładowych	23
Obwieszczenie MZ w sprawie limitów miejsc szkoleniowych dla pielęgniarek i położnych oraz kwoty dofinansowania jednego miejsca szkoleniowego ze środków publicznych w roku 2005	24
Niektóre skutki prawne wynikające z Rozporządzenia w sprawie zgłaszania incydentów medycznych	24
Rozporządzenie MZ w sprawie zakresu świadczeń opieki zdrowotnej, w tym badań przesiewowych oraz okresów, w których te badania są przeprowadzane	26
WYDAWNICTWA POLECANE	27

Drodzy Czytelnicy!

Kolejny rok przed nami. Czy nowy rok spełni nasze oczekiwania? Jak co roku zakładamy, że tak !! Ten rok będzie niewątpliwie lepszy od poprzedniego.

Zaczyna się budzić wiosna. Słońce pobudza do życia nie tylko rośliny, ale i nas. Potrzebujemy dużo energii, aby móc spełnić założone cele - te związane z życiem osobistym i zawodowym. Tej energii zaczyna nam dostarczać marcowe słońce. Z wiosną rodzi się nadzieja, wiosną czujemy się lepiej, wiosną uwalniają się nasze wewnętrzne siły.

Wielkanocne bazy, pisanki, świąteczne kolorowe stroiki tworzą niecodzienny nastrój odrodzenia ludzkiego. Odrodzenia po zimowym okresie letargu, zastoju i monotonii. Wokół wszystko emanuje radością i trudno jej się nie poddać. Każdy na nowo odkrywa wokół siebie cuda świata. A gdy jesteśmy napełnieni pozytywną, wiosenną energią, nic nie jest straszne.

A wiosna tuż ...!

Niech Wam mili będzie wiosennie, słonecznie, świątecznie!

Niech cieszą Wasze oczy kolorowe pisanki i Wielkanocne baranki.

Niech się w śmigus dyngus woda na Was leje,

a Wielkanocny zajac przyniesie radość i nadzieję.



Życzy Redakcja

ZAPRASZAMY DO WSPÓŁPRACY !

Przyślij do nas swój tekst i podziel się z innymi swoimi doświadczeniami.

Prace w programie WORD można przesłać pocztą elektroniczną na adres: smektala@poczta.onet.pl lub pspe@onet.pl

oraz na dyskietkach 3,5", na adres redakcji:

Redakcja Pielęgniarki Epidemiologicznej

ul. Koszarowa 5

51-149 Wrocław

Objętość tekstu nie powinna przekraczać 10 stron standardowego maszynopisu. Prosimy także o podanie najważniejszych informacji o autorze: miejsce pracy, dokładny adres, numer telefonu i ewentualnie e-mail. Dołączone rysunki i zdjęcia przygotowane w formie elektronicznej, powinny być zapisane w jednym z wymienionych formatów: cdr, tif, jpg, lub eps. Natomiast fotografie przesyłane do nas komputerowo powinny posiadać rozdzielczość 300 dpi oraz rozszerzenia tif lub jpg.

Mile widziane będą fraszki, dowcipy, anegdoty i powiedzonka związane z pracą pielęgniarki epidemiologicznej.

Nie przyjmujemy do publikacji tekstów anonimowych oraz tekstów przekazywanych telefonicznie.

Redakcja nie zwraca materiałów nie zamówionych oraz zastrzega sobie prawo do poprawek stylistyczno-językowych, skrótów oraz zmian tytułów w publikowanych tekstach.

Wydawca:

Polskie Stowarzyszenie Pielęgniarek
Epidemiologicznych,
ul. Grabiszyńska 105,
53-439 Wrocław

Redaguje zespół:

Grażyna Smektala - redaktor naczelny
oraz
Małgorzata Fleischer
Bogumiła Bober-Gheek

Adres redakcji:

ul. Koszarowa 5,
51-149 Wrocław,
tel./fax 071 3250612
E-mail: smektala@poczta.onet.pl

Druk:

PETIT 51-419 Wrocław,
ul. Kuropatwia 5

Nakład:

700 egz.

Dla członków PSPE bezpłatny

Redakcja nie ponosi odpowiedzialności za treść ogłoszeń, reklam i tekstów sponsorowanych. Redakcja nie zwraca materiałów nie zamówionych, a także zastrzega sobie prawo do redagowania i skracania nadesłanych artykułów i listów.

Konto bankowe:

BPKO S.A. I Oddział we Wrocławiu
23124019941111000024977993

Zarząd PSPE:

- Prezes Bogumiła Bober-Gheek

- Z-ca prezesa Jolanta Janik

- Członkowie:

Mirosława Jurkiewicz

Małgorzata Sobania

Bożena Prządka

Adres Zarządu PSPE:

Ul. Grabiszyńska 105

53-439 Wrocław

tel. (071) 334 96 14

fax: (071) 334 94 46

E-mail: pspe@onet.pl

Przysłowia i wróżby wielkanocne



Większość z nas podchodzi dość sceptycznie do przepowiedni i wróżb ludowych. W czasach znacznych osiągnięć technicznych, zwłaszcza w dziedzinie meteorologii i rolnictwa ich użyteczność nie jest już tak duża jak w minionych latach. Przysłowia i wróżby stanowią jednak nadal niezwykle interesujący element tradycji, a oto kilka przykładów.

W Wielki Czwartek, Piątek i Sobotę woda miała moc magiczną. Potwierdzało to święcenie w Wielką Sobotę wody przynieszonej przez wiernych i kropienie nią potem domowników, zwierząt, domu oraz zabudowań gospodarskich. Wierzone, że woda ta przywraca zdrowie chorym i jest konieczna przy błogosławieństwie nowożeńców i noworodków, a nawet do pokropienia zbóż i ziemniaków przed siewem i sadzeniem.

Wierzone do niedawna, że w Wielki Czwartek po zmroku lub w Wielki Piątek o świcie, koniecznie należy wykąpać się w rzece lub w jeziorze, nawet jeśli jest jeszcze bardzo zimno, gdyż taka kąpiel zapewni urodę i gładkość skóry, a także ochronę przed złem.

Obchodzony w dzisiejszych czasach śmigus-dyngus traktuje się łącznie jako przyzwolenie na bezkarnie oblewanie się wodą. W rzeczywistości jest to połączenie dwóch różnych zwyczajów - dyngusa i śmigusa.

Pierwotnie (potwierdzają to dokumenty synodu diecezji poznańskiej z 1420 roku) dyngus i dyngusowanie były wymuszaniem datków, przede wszystkim jajek, pod groźbą przymusowej kąpieli. Grupy mężczyzn, tzw. dyngusiarze, chodziły od chaty do chaty z prośbą o wykup. Śpiewano przy tym różne zabawne piosenki, takie np.:

Gospodarzu z krótką bródką

poczęstuj nas słodką wódką!

Jak nie wódką to arakiem,

gospodarzu, nie bądź takim!

Gospodyni, nie bądź taka,

przynies jajek z pół przetaka!

Z pół przetaka i z pół plaka!

Alleluja! Alleluja!

Karą za skąpstwo było oczywiście przymusowe oblanie wodą, ale także śpiewana reprimenda:

Ta chatupka, ta pod papą,

W niej dziewczyna z dużą jają!

Z wielką jają z wielką szyją,

Wszystkie psiska za nią wyją!

Alleluja! Alleluja!

Śmigus oznaczał uderzenie, smaganie różgą, gałązką albo palmą. Z czasem te dwa odrębne zwyczaje zostały połączone w jeden, śmigus-dyngus. Oblewanie się nawzajem wodą w poniedziałek wielkanocny (nazywany z tej okazji Świętym Lejkim) był doskonałą zabawą dla całej rodziny, a także by płatać figle, w zgodzie z ludową tradycją. Wszyscy oczywiście bawili się przy tym wyśmienicie, oblewając się obficie wodą, której używano bez żadnych ograniczeń, a gdy jej akurat zabrakło, wrzucano po prostu oporne dziewczyny wprost do pobliskiej rzeczki lub stawu.

Chłopcy starali się polać wodą jak najwięcej dziewcząt, by zapewnić sobie pomyślny rok, a ten, który nie zdołał oblać żadnej, był uważany za pechowca. Przez cały rok robota miała mu się nie darzyć, zostawał też złośliwie okrzyknięty „babskim królem”. Wiara w dobroczynną moc polewania wodą była tak silna, że dziewczyny same polewały skrzynie ze swoją ślubną wyprawą, żeby dobytek przybywało.

Ogień był niezbędny nie tylko do ogrzania się i ugotowania jadła, lecz także do oczyszczenia od złych mocy. W Wielką Środę na granicy wsi rozpalano siedem ognisk, by ogień symbolicznie ochronił domostwa od pożaru. Zanim dogasły, zabierano z nich szczapy i przenoszono nimi zarzewie do domów, gdzie rozpalano na nowo wygaszone wcześniej paleniska, odradzając w ten sposób ochronną moc domowego ogniska.

W czasie świąt Wielkanocnych nie mogło oczywiście zabraknąć kolorowych jaj zwanych pisankami lub kraszankami (malowane lub barwione gładko, na jeden kolor). Zdobione świąteczne jajka to tradycja starsza niż chrześcijaństwo. Pojawiały się u Persów, Chińczyków i Fenicjan. Najwcześniejsze znalezione na terenie Polski pochodzą z X wieku, ale prawdopodobnie Słowianie wcześniej znali kult jajka jako

- jak pielęgnować chore dziecko
- jaką dietę stosować w czasie choroby
- jak postępować w okresie rekonwalescencji?



Przewodnik antybiotykoterapii 2005

Danuta Dzierżanowska, Janusz Jeljaszewicz
Alfa Medica Press, Bielsko-Biała 2005, wyd. 8

To już VIII wydanie „Przewodnika antybiotykoterapii”, który zawiera propozycje leczenia zakażeń nabytych poza szpitalem. Podobnie jak poprzednie wydania, „Przewodnik antybiotykoterapii 2005” uwzględnia wyłącznie leki zarejestrowane w Polsce. Przedstawione schematy leczenia poszczególnych jednostek chorobowych mają charakter optymalnych opcji terapeutycznych. Chociaż przy ich tworzeniu wzięto pod uwagę oporność drobnoustrojów obserwowaną w badaniach ogólnopolskich, to - podobnie jak i wszystkie schematy - bywają one zawodne.



Wywieranie wpływu - ćwiczenia

Kim Barnes,
Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Sopot 2005, wyd. 1

Pielęgniarka epidemiologiczna powinna mieć wpływ na wiele różnych spraw. Zależec jej powinno na dobrych relacjach z ludźmi i na osiągnięciu bardzo dobrych wyników w pracy - słowem, na sukcesie w życiu zawodowym i osobistym. Sztuki świadomego wywierania wpływu na ludzi można się nauczyć. Autorka książki proponuje nam proste ćwiczenia, dzięki którym będziemy umieli wprowadzić w życie zasady skutecznego oddziaływania na innych i zrealizować własne potrzeby.



Życie bakterii

Władysław J.H. Kunicki-Goldfinger,
Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2005, wyd. 7

W nowym wydaniu podręcznika wprowadzono niezbędne zmiany, uzupełnienia i skróty. Najwięcej zmian dotyczy rozdziałów omawiających zagadnienia z genetyki, biologii molekularnej i najnowszych osiągnięć inżynierii genetycznej. Zachowany jest układ książki oraz jej styl i zasób podstawowych informacji. Autor opisuje m.in.: jak powstała mikrobiologia; co to są drobnoustroje i jak się je bada; mikrokosmos życia; mikroskopijne „zakłady chemiczne”; fototrofy i chemolitotrofy; bakteriofagi, plazmidy, transpozony; wpływ środowiska na bakterie; bakterie w biosferze; wzajemne oddziaływanie bakterii i innych organizmów; bakterie a ewolucja życia: systematyka bakterii.

Doświadczenia praktyczne

rejestracja „drobnoustrojów alarmowych” w szpitalu rejonowym w Makowie Mazowieckim.

W maju 2004 zostały wydane wytyczne Głównego Inspektora Sanitarnego w sprawie rejestracji i raportowania zakażeń szpitalnych i drobnoustrojów alarmowych w szpitalu. W moim zakładzie po konsultacjach Zespołu ds. Kontroli Zakażeń Szpitalnych z Dyrektorem ukazało się zarządzenie wewnętrzne regulujące sposób rejestracji „drobnoustrojów alarmowych”. Oddziały szpitalne otrzymały wykaz drobnoustrojów objętych systemem rejestracji, a także wzór Indywidualnej Karty rejestracji drobnoustroju alarmowego. Zakres informacji gromadzonych na kartach drobnoustroju alarmowego obejmuje podstawowe dane o pacjencie: imię, nazwisko i wiek pacjenta, oddział na którym przebywa, data przyjęcia do szpitala, rozpoznanie choroby podstawowej, czynniki ryzyka predysponujące do wystąpienia drobnoustroju alarmowego właściwe dla pacjenta i typu oddziału, wyniki badań potwierdzające wystąpienie drobnoustroju alarmowego, źródło pochodzenia drobnoustroju alarmowego, a także takie dane jak opis podjętych czynności leczniczych i prewencyjnych. To właśnie podjęcie czynności prewencyjnych jest głównym zadaniem pielęgniarki epidemiologicznej. Do szczególnie istotnych należą: izolacja pacjenta - czy była i od kiedy, osoby z bezpośredniego otoczenia pacjenta i nr sali na której przebywał, dezynfekcja sali, edukacja pacjenta i rodziny, a także inne informacje, które mogą być ważne w trakcie pobytu pacjenta. Kartę wypełnia lekarz prowadzący z pielęgniarką epidemiologiczną, drobnoustroj potwierdza mikrobiolog, a kartę weryfikuje przewodniczący Zespołu ds. Kontroli Zakażeń Szpitalnych.

Rozpoznanie drobnoustroju alarmowego i wdrożenie postępowania z pacjentem jest wieloetapowe i wyma-

ga zaangażowania zespołu osób: z poziomu oddziału - lekarz prowadzący i pielęgniarka (najlepiej łącznikowa), którzy pobierają od pacjenta materiał do badania; laboratorium mikrobiologiczne - mikrobiolog, który rozpoznaje drobnoustroj alarmowy i powiadamia lekarza prowadzącego i Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych; pielęgniarka epidemiologiczna, która sprawdza podjęte działania prewencyjne lub je wprowadza, a także wspólnie z lekarzem zakładu Indywidualną Kartę rejestracji drobnoustroju alarmowego; Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych - przewodniczący dokonuje weryfikacji rejestracji drobnoustroju alarmowego.

Raporty z prowadzonego monitorowania obejmują: raport półroczny, wewnętrzny przekazywany kierownikowi szpitala, Komitetowi Kontroli Zakażeń Szpitalnych, oraz kierownikom poszczególnych jednostek organizacyjnych zakładu; raport roczny, przekazywany państwowemu powiatowemu inspektorowi sanitarnemu. W moim zakładzie powstał raport zgodny z wzorem raportu rocznego, ale obejmujący pół roku monitorowania drobnoustrojów alarmowych od 01.07.2004 do 31.12.2004.

W raporcie ważne są również takie informacje jak: liczba badań mikrobiologicznych wykonanych u pacjentów hospitalizowanych w oddziale, liczba osobodni, liczba hospitalizacji, liczba łóżek w oddziale.

WOIT poszczególne drobnoustroje alarmowe w stosunku do liczby badań mikrobiologicznych wykonywanych u pacjentów hospitalizowanych w oddziale w tym samym czasie stanowiły: Acinetobacter spp. - 2,5%, Pseudomonas spp. - 1,1%, Gram-ujemne pałeczki wytwarzające beta-laktamazy typu ESBL (+) - 3,7%, Gram-ujemne pałeczki wytwarzające beta-laktamazy typu MBL - 1,7%.

W oddziale ortopedycznym poszczególne drobnoustroje alarmowe w stosunku do liczby badań mikrobiologicznych wykonywanych u pacjentów hospitalizowanych w oddziale w tym samym czasie stanowiły: Acinetobacter spp. - 2,4%, Pseudomonas spp. - 7,2%, pałeczki ESBL (+) - 4,8%.

W oddziale nefrologicznym poszczególne drobnoustroje alarmowe w stosunku do liczby badań mikrobiologicznych wykonywanych u pacjentów hospitalizowanych w oddziale w tym samym czasie stanowiły: Acinetobacter spp. - 0,4%, Pseudomonas spp. - 1,2%, Pałeczki ESBL (+) - 1,0%.

Dokonując weryfikacji danych na Indywidualnych kartach rejestracji drobnoustroju alarmowego należy zwrócić uwagę na takie dane jak źródło pochodzenia drobnoustroju alarmowego: szpitalny, poza szpitalny, inny szpital, inne. W przypadku szpitalnego pocho-

Drobnoustroje zarejestrowane w zakładzie z listy drobnoustrojów alarmowych w okresie od 01.07.2004 do 31.12.2004:

<input type="checkbox"/> VRSA, VRE	nie występowały w szpitalu.
<input type="checkbox"/> MRSA	oddział nefrologii ze stacją dializ.
<input type="checkbox"/> Acinetobacter spp.	OIT, oddziały: chirurgii, ortopedii, nefrologii ze stacją dializ, wewnętrzny
<input type="checkbox"/> Pseudomonas spp.	OIT, oddziały: chirurgii, ortopedii, nefrologii ze stacją dializ, wewnętrzny, dziecięcy
<input type="checkbox"/> Pałeczki ESBL (+)	OIT, oddziały: chirurgii, ortopedii, nefrologii ze stacją dializ, wewnętrzny, dziecięcy
<input type="checkbox"/> Pałeczki MBL (+)	OIT
<input type="checkbox"/> Rotawirus	oddział dziecięcy, wewnętrzny.

dzenia drobnoustroju powinna być założona pacjentowi Karta rejestracji zakażenia szpitalnego. W styczniu i lutym 2005 roku zakażenia szpitalne z powodu drobnoustrojów alarmowych stanowiły 11%, podobnie w 13% źró-

dłem pochodzenia był inny szpital, pozostałe 76% drobnoustrojów alarmowych było pochodzenia pozaszpitalnego.

Rejestr drobnoustrojów alarmowych ukazuje obraz epidemiologiczny szpitala, który ma wpływ na ryzyko

powstawania zakażeń szpitalnych, ale jednocześnie wykazuje skuteczność przestrzegania zasad aseptyki i antyseptyki przy wykonywaniu procedur inwazyjnych u pacjenta, a także procedur higienicznych i dezynfekcyjnych.

mgr Elżbieta Czapska
Pielęgniarka epidemiologiczna
SP ZOZ Maków Mazowiecki

„Dobry los nie jest sprzymierzeńcem beczynnych.....”

Sofokles

Ekspozycje zawodowe

Zmiany w rekomendacjach postępowania po ekspozycjach drogą naruszenia ciągłości tkanek na wirusy HBV, HCV, HIV.

Streszczenie

Ekspozycja zawodowa to m.in. narażenie pracownika służby zdrowia na czynniki wywołujące zakażenia związane z wykonywaniem zawodu, to zdarzenia mające miejsce w trakcie wykonywania czynności służbowych.

Każda ekspozycja zawodowa może być groźna i bardzo niebezpieczna w skutkach. Rozpoznanie choroby zawodowej jako konsekwencji narażenia w trakcie pracy wymaga u pracownika oceny stanu zdrowia przed podjęciem pracy i określenia prawdopodobieństwa związku nabytej choroby z wykonywaną pracą.

Ocena ta opiera się na stałym wykonywaniu przez pracownika określonych badań przed podjęciem pracy jak i w jej trakcie. Dostęp do badań dla pracowników, szczególnie oferowane pakiety badań wirusologicznych są bardzo ubogie i nie adekwatne do zapotrzebowania. Odnoszę często wrażenie, że pracodawca z przyzwyczajenia i „cichej zgody” osób za to odpowiedzialnych oszczędza na zdrowiu i bezpieczeństwie swojego personelu łamiąc prawo. (nie istnieje prawny obowiązek wykonywania badań serologicznych. Zakres badań obowiązkowych określają odrębne przepisy).

Badania wymagają zawsze zgody pracownika, a koszty badań ponosi pracodawca.

Interes wykonania badań profilak-

tycznych leży po obu stronach. Z epidemiologicznego punktu widzenia wykonanie badań po ekspozycyjnych jest szczególnie ważne w aspekcie zapobiegania zakażeniom w myśl Ustawy „O zapobieganiu chorobom zakaźnym i zakażeniom” z 6.09. 2001r.

Wyniki badań, obok warunków środowiska pracy są jednym z podstawowych elementów rozpatrywania roszczeń personelu zatrudnionego w placówkach medycznych i pacjentów w nich leczonych.

Ryzyko zawodowe zakażenia HIV, HCV, HBV zawsze wymaga rzetelnej oceny!

Wysokie ryzyko dotyczy pracowników medycznych i pozamedycznych narażonych w sposób szczególny. Wymienić należy takie grupy pracowników i działy zatrudnienia:

- pracownicy laboratoriów medycznych w tym wirusologicznych i bakteriologicznych
- personel stacji dializ
- personel OIOM, pracowni endoskopowych
- personel zakładów radiologii inwazyjnej, pracowni hemodynamicznych
- personel laboratoriów diagnostyki hematologicznej i izotopowej
- pracownicy medycy specjalności zabiegowych w dużym kontakcie z krwią i innym materiałem biolo-

gicznym

- personel sektorów pomocniczych np. transportujących odpady, personel sprząający
- personel centralnych i podręcznych sterylizatorniach
- pracownicy pralni bielizny szpitalnej
- inni, o podobnym ryzyku i narażeniu

Często zdarza się, że ekspozycja z pozoru jest nie groźna bo dotyczy pracownika zatrudnionego na stanowisku o niskim ryzyku nabycia zakażenia, a po opracowaniu okoliczności zdarzenia okazuje się, że sytuacja jest bardzo groźna dla jego zdrowia.

Do zakażenia wirusami HBV, HCV, HIV może dojść w wyniku:

- Naruszenia Ciągłości Skóry, zakłucie, zadrapanie, skaleczenie, otarcie i inne
 - Zachłapanie błon śluzowych; jama ustna, spojówki oczu
 - Długotrwały kontakt skóry z dużą objętością materiału zakaźnego
- Materiał zakaźny to krew oraz IPIM (Inny Potencjalnie Zakaźny Materiał) taki jak płyn mózgowo-rdzeniowy, opłucnowy, owodniowy, maziowy, wydzielina z pochwy, nasienie i inny materiał biologiczny człowieka oraz oddzielona tkanka człowieka żywego lub martwego, hodowle z HIV, etc.

Stopień ryzyka i szacowanie ryzyka po ekspozycji

Nigdy nie można przewidzieć pewnych skutków ekspozycji u pracownika na HIV, HCV i HBV.

Pracownik po ekspozycji musi być pewny, że jest pod fachową opieką osoby/osób kompetentnych. Źródła literaturowe podają, że prawdopodobieństwo zakażenia po ekspozycji z uszkodzeniem skóry wynosi przy zagrożeniu HIV 0,3%, HCV 5-15% a



Grypa i jej profilaktyka

Lidia Bernadeta Brydak
Termedia, Poznań 2004, wyd. 1

„...Biorąc pod uwagę fakt, że problem zachorowania na grypę może dotknąć każdego z nas, chciałam w tej książce, w przystępny sposób, przekazać czytelnikowi podstawowe informacje o tej chorobie, o zagrożeniach przez nią powodowanych, profilaktyce oraz badaniach prowadzonych również w polskich ośrodkach, które zostały uznane przez międzynarodowe autorytety medyczne. Sądzę, że niniejsza monografia zainteresuje lekarzy wszystkich specjalności, a w szczególności lekarzy rodzinnych, którzy biorą na siebie ciężar walki z epidemią od momentu jej wybuchu. Z myślą o nich tę książkę pisałam.”

Prof. dr hab. Lidia Bernadeta Brydak - wybitny znawca problematyki z zakresu wirusa grypy, żarliwy propagator profilaktyki przeciw grypowej, współzałożyciel Polskiego Towarzystwa Wakcynologii, kieruje pracami Krajowego Ośrodka ds. Grypy, ściśle współpracującego ze Światową Organizacją Zdrowia. Pierwsza w Polsce zapoczątkowała badania przy współpracy z klinicystami nad celowością szczepień przeciw grypie.



Leki współczesnej terapii - wydanie encyklopedyczne

Jan Podlewski, Alicja Chwalibogowska-Podlewska
Split Trading, Warszawa 2005, wyd. 17

Leki Współczesnej Terapii J. K. i A. Podlewskich ukażą się już od ponad 40 lat. Obecne wydanie jest siedemnastym z kolei. Leki współczesnej terapii to publikacja o charakterze encyklopedycznym, zawierająca szczegółowe opisy około 2.100 substancji leczniczych oraz informacje o blisko 12.000 preparatów. Książkę ta adresowana jest przede wszystkim do profesjonalistów: lekarzy, farmaceutów, pielęgniarek, medycznego środowiska akademickiego. Pozycja ta może być jednak również przydatna dla pacjentów, którzy chcą uzyskać informacje dotyczące zaordynowanych im leków. Obecne wydanie, podobnie jak poprzednie, zostało przygotowane na podstawie aktualnych źródeł - polskich i międzynarodowych.



Jak pielęgnować dziecko z chorobą zakaźną

Małgorzata Szczepańska-Putcz,
Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2005, wyd. 1

Poradnik został opracowany przez specjalistów z Kliniki Chorób Zakaźnych Wieku Dziecięcego Akademii Medycznej w Warszawie. Omówiono w nim najczęściej występujące u dzieci choroby bakteryjne, wirusowe i pasożytnicze. Z tej książki dowiemy się:

- jak chronić dziecko przed chorobami zakaźnymi

<p>Potwierdzenie dla wpłacającego</p> <p>Zł gr.</p> <p>słownie złotych/groszy</p> <p>wplacający</p> <p>Dokładny adres</p> <p>Polskie Stowarzyszenie Pielęgniarek Epidemiologicznych 53-439 Wrocław, Ul. Grabiszyńska 105 BPKO S.A. Oddział we Wrocławiu, ul. Olawska 2 2312401994111000024977993</p> <p>Oplata zł gr.</p> <p>Data:</p> <p>Podpis:</p>	<p>Odcinek dla posiadacza rachunku</p> <p>Zł gr.</p> <p>słownie złotych/groszy</p> <p>wplacający</p> <p>Dokładny adres</p> <p>Polskie Stowarzyszenie Pielęgniarek Epidemiologicznych 53-439 Wrocław, Ul. Grabiszyńska 105 BPKO S.A. Oddział we Wrocławiu, ul. Olawska 2 2312401994111000024977993</p> <p>Oplata zł gr.</p> <p>Data:</p> <p>Podpis:</p>	<p>Potwierdzenie dla banku</p> <p>Zł gr.</p> <p>słownie złotych/groszy</p> <p>wplacający</p> <p>Dokładny adres</p> <p>Polskie Stowarzyszenie Pielęgniarek Epidemiologicznych 53-439 Wrocław, Ul. Grabiszyńska 105 BPKO S.A. Oddział we Wrocławiu, ul. Olawska 2 2312401994111000024977993</p> <p>Oplata zł gr.</p> <p>Data:</p> <p>Podpis:</p>	<p>Odcinek dla poczty</p> <p>Zł gr.</p> <p>słownie złotych/groszy</p> <p>wplacający</p> <p>Dokładny adres</p> <p>Polskie Stowarzyszenie Pielęgniarek Epidemiologicznych 53-439 Wrocław, Ul. Grabiszyńska 105 BPKO S.A. Oddział we Wrocławiu, ul. Olawska 2 2312401994111000024977993</p> <p>Oplata zł gr.</p> <p>Data:</p> <p>Podpis:</p>
--	---	---	--

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA¹⁾

z dnia 21 grudnia 2004 r.

w sprawie zakresu świadczeń opieki zdrowotnej, w tym badań przesiewowych, oraz okresów, w których te badania są przeprowadzane (Dz.U.04.276.2740)

Na podstawie art. 27 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. Nr 210, poz. 2135) zarządza się, co następuje:

§ 1.

Rozporządzenie określa:

- zakres świadczeń opieki zdrowotnej polegających na:
- okresy, w których badania wymienione w pkt 1, są przeprowadzane.

§ 2.

Zakres profilaktycznych świadczeń opieki zdrowotnej u kobiet w okresie ciąży wraz z okresami ich przeprowadzania jest określony w załączniku nr 1 do rozporządzenia.

§ 3.

Zakres profilaktycznych świadczeń opieki zdrowotnej u dzieci do ukończenia 6. roku życia wraz z okresami ich przeprowadzania jest określony w załączniku nr 2 do rozporządzenia.

§ 4.

Zakres badań lekarskich prenatalnych (przedurodzeniowych) u kobiet o podwyższonym, w stosunku do populacyjnego, ryzyku wystąpienia choroby lub wady, w tym genetycznej, jest określony w załączniku nr 3 do rozporządzenia.

§ 5.

- W celu profilaktyki chorób nowotworowych narządu rodnego lekarz ginekolog przeprowadza badanie ginekologiczne (we wzniemiakach i badanie zestawione oraz badanie palpacyjne piersi) u kobiet w wieku powyżej 35 lat w odstępach jednorocznych.
- W celu profilaktyki raka szyjki macicy, u kobiet od 30 do 59 roku życia, wykonuje się badanie cytologiczne szyjki macicy poprzez pobranie materiału z tarczy części pochwowej i kanału szyjki macicy z oceną według systemu Bethesda.
- W przypadku prawidłowego wyniku badania, o którym mowa w ust. 2, badanie powtarza się po upływie trzech lat.

§ 6.

- W celu profilaktyki nowotworów złośliwych lekarz podstawowej opieki zdrowotnej wykonuje w szczególności:
 - wywiad w kierunku obciążenia rodzinnym występowaniem nowotworów - podczas pierwszej wizyty pacjenta;
 - u kobiet w wieku powyżej 18 lat - instruktaż samobadania piersi przez kobietę;
 - u kobiet w wieku powyżej 35 lat - fizykalne badanie piersi w odstępach jednorocznych;
 - badanie skóry, warg, jamy ustnej i gardła - co roku;

- badanie per rectum kobiet i mężczyzn powyżej 45 roku życia - co roku.
- Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej informuje pacjentów o zakresie i częstotliwości badań profilaktycznych, o których mowa w ust. 1 oraz w § 5. ust.1 i ust.2.

§ 7.

- W celu przeciwdziałania chorobom odtyniowym lekarz winien przekazywać informacje dotyczące szkodliwości palenia tytoniu.
- Lekarz, o którym mowa w ust. 1, określa z osobami uzależnionymi od tytoniu optymalny sposób zwalczania nałogu oraz w trakcie każdej wizyty pacjenta uzależnionego od tytoniu dokonuje oceny postępu walki z nałogiem.

§ 8.

W celu przeciwdziałania gruźlicy lekarz podstawowej opieki zdrowotnej przeprowadza wywiad w kierunku gruźlicy i podejmuje odpowiednie działania profilaktyczne.

§ 9.

- W celu profilaktyki chorób układu krążenia lekarz podstawowej opieki zdrowotnej wykonuje:
 - wywiad w kierunku obciążenia rodzinnym występowaniem chorób układu krążenia;
 - pomiar ciśnienia tętniczego krwi u osób zgłaszających się z powodu innych dolegliwości niż zaburzenia układu krążenia - przy każdej wizycie;
 - pomiar masy ciała i wzrostu dla wyliczenia wskaźnika masy ciała - co trzy lata u osób z nadwagą lub w wieku powyżej 40 lat.
- W przypadku gdy wskaźnik masy ciała wynosi ponad 30, lekarz, o którym mowa w ust. 1, dokonuje oceny diety pacjenta i ustala wskazówki dla normalizacji masy ciała.

§ 10.

W celu przeciwdziałania chorobom jamy ustnej i zębów lekarz dentysta wykonuje:

- wywiad stomatologiczny;
- badanie jamy ustnej i zębów;
- przekazuje pacjentowi ocenę stanu zdrowia jamy ustnej i zębów, wraz z zaleceniami dotyczącymi dalszego postępowania, w tym instruktaż higieny jamy ustnej.

§ 11.

Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2005 r.²⁾

MINISTER ZDROWIA

1) Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej - zdrowie, na podstawie §1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 11 czerwca 2004 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz.U. Nr 134, poz. 1439).

2) Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 10 lipca 2003 r. w sprawie zakresu świadczeń zdrowotnych, w szczególności badań przesiewowych, oraz okresów, w których te badania są przeprowadzane (Dz. U. Nr 139, poz. 1337), które utraciło moc z dniem 31 grudnia 2004 r., na podstawie art. 247 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

HBV aż 30%.

Na poziom szacowanego ryzyka mają wpływ następujące czynniki:

- status serologiczny źródła narażenia, w tym istniejące stadium zakażenia (poziom wirerii - koncentracja wirusa w mililitrze krwi) i informacja o leczeniu np. w zakażeniu HIV najbardziej zakaźny jest okres ostrej choroby retrowirusowej oraz stadium pełnoobjawowego AIDS
- liczba oraz rodzaj ekspozycji - ekspozycja przezskórna, na błony śluzowe lub inna
- rodzaj materiału biologicznego (stężona hodowla, krew, płyny ustrojowe, etc)
- dawka/objętość/ materiału potencjalnie zakaźnego lub zakażonego
- głębokość zakłucia, średnica igły, rodzaj narzędzia, ochrona rąk
- inne istotne informacje (np. wskaźnik zakażeń w populacji dla poszczególnych wirusów).

Bezpośrednio po ekspozycji zawodowej pracownik musi sam wykonać podstawowe czynności, które są dla niego tzw. „złotymi minutami”. Bez tego działania, nawet najlepsza pomoc udzielona przez innych pracowników do tego wyznaczonych i przeszklonych może być niewystarczająca. Ze względu na rodzaj ekspozycji na podanie pewnych leków jest już za późno.

Postępowanie pracownika po ekspozycji - ZAAKCENTUJMY ZMIANY!

- umycie skóry ekspozowanej części ciała wodą z mydłem-było i jest zalecane
- temperatura wody- zmiana! Nie wolno używać wody zimnej lub bardzo zimnej! Następuje obkurczenie naczyń krwionośnych...
- Błony śluzowe oczu - zmiana! Przepłukać dokładnie zwykłą wodą, wodą do iniekcji, obecnie nie zaleca się płukania oczu 0,9% NaCl! „ze względu na drażniące działanie na spojówkę i rozszerzenie naczyń krwionośnych
- Dezynfekcja skóry-zmiana! nie wolno używać środków o działaniu koagulującym, ściągającym i drażniącym ranę
- Dezynfekcja błon śluzowych jamy ustnej- zmianę, po ekspozycji i oczyszczeniu należy przepłukać roztworem 0,9 % NaCl

- Tamowanie krwawienia - bez zmian bezwzględnie nie należy tamować krwawienia
- Uciskanie brzegów rany celem lepszego wypływu krwi-zmiana , nie należy , ucisk rany ułatwia aspirację materiału do rany
- Zabezpieczenie rany opatrunkiem-opatrunek przede wszystkim wodoodporny
- Praca po ekspozycji -jeśli tak, to w dodatkowych parach rękawiczek.

HIV-Schemat profilaktyki poekspozycyjnej**I SCHEMAT PODSTAWOWY -dwa inhibitory odwrotnej transkryptazy NRTI**

- Zydowudyna/Retrovir, AZT, ZDV/ oraz Lamiwudyna /3 TC/
- Combivir-preparat złożony zydowudyna+lamiwudyna, co 12 h 1 tabletka przez 28 dni

II SCHEMAT ROZSZERZONY -poszerzony zestaw leków o inhibitor proteazy IP

- Indinawir/ Crixivan/ Skuteczność profilaktyki poekspozycyjnej AZT- 80%/- DANE LITERATUROWE BME. Postępowanie należy rozpocząć w ciągu 1-2 h, nie później niż 24-36 h. Przeważa opinia o górnej granicy nie > 8 h. Jeżeli po rozpoczęciu profilaktyki okaże się, że osoba będąca potencjalnym źródłem jest niezakażona HIV profilaktykę należy przerwać.

- Badania p/ciał anty HIV prowadzimy w odstępach 6 tyg. 3 m-ce , 6 m-cy. Zdarza się dłuższy okres obserwacji, nawet do roku.
- Zastosowanie leczenia profilaktycznego NIE JEST PORADĄ!
- W Polsce nie ma danych o zakażonych HIV pracownikach medycznych po ekspozycjach zawodowych
- Jedynie ośrodki zajmujące się leczeniem zakażonych HIV prowadzą dokumentację dotyczącą takich ekspozycji.

Uwaga !

Zestaw antyretrowirusowy powinien być dostępny w placówkach medycznych. W każdym przypadku o podaniu leków decyduje lekarz chorób zakaźnych. Profilaktyka poekspozycyjna obejmuje poradnictwo i postępowanie w zakresie ryzyka zakażenia wirusami hepatotropowymi (HBV, HCV) oraz HIV. Algorytmy postępowania są dobrze

opracowane w nowszych wydawnictwach KC AIDS.

- Stopień ryzyka zależy od rodzaju ekspozycji R1 R2
 - Stopień zakaźności zależy od statusu serologicznego osoby będącej źródłem zakażenia oraz danych klinicznych i laboratoryjnych Z1, Z2, Zn
- Wszystkie opisane przypadki zawodowego zakażenia HIV były wynikiem kontaktu ze świeżą krwią lub IPIM, a więc inne okoliczności można uznać za mniej istotne, brak jest takich doniesień o wirusach HBV i HCV.

HBV - Profilaktyka poekspozycyjna

- U osób nieszczepionych i szczepionych nieskutecznie przeciw wzv B należy podać szczepionkę i immunoglobulinę anty HBs tzw. bierna i czynna profilaktyka wzv.
- U osób szczepionych, które odpowiedziały na szczepienie oznacza się miano p/ciał ochronnych anty-HBs. Interpretacja wyników:
 - <10 brak odporności
 - >10 - poziom p/ciał ochronny
- Różne miary oznaczeń miana p/ciał po szczepieniu -wymagają uważnej interpretacji wyników.
- Osobom szczepionym, u których doszło do wytworzenia p/ciał, przy mianie p/ciał > 10 IU/l obecnie nie podajemy dawek przypominających (zakłada się, że rolę tę przejmuje antygen wirusa w przypadku ekspozycji).
- Brak p/ciał- zawsze podajemy 3 dawki szczepionki, osoby non-respondens.
- U osób niechronionych poprzez szczepienie, zabezpieczenie przed zakażeniem wirusem HBV można zapewnić stosując prawidłowo co do czasu jak i dawki, immunoglobulinę anty -HBS.
- Rośnie w Polsce liczba następstw późnych zakażeń HBV.

HCV - profilaktyka poekspozycyjna

Swoista profilaktyka poekspozycyjna nadal nie istnieje, wykonujemy wobec powyższego postępowanie poekspozycyjne obejmuje:

- Badanie „pracownika na obecność p/ciał anty -HCVw dniu ekspozycji
- Monitoring zdrowia pod kątem wzv C (pracownik wymaga skierowania do poradni hepatologicznej

- ❖ Badania krwi po 3 i 6 miesiącach od ekspozycji
- ❖ Sytuacja zakażeń HCV jest obecnie dramatyczna
- ❖ Obecnie w postępowaniu rutynowym monitoruje się aktywność aminotransferaz jako wykładnika procesu zapalnego w wątrobie. Badania molekularne nadal nie weszły ze względu na dostępność i bardzo wysoki koszt do standardu monitorowania ewentualnych skutków ekspozycji (Nie znane mi są rekomendacje dotyczące monitorowania po ekspozycji HBV i HCV poszukiwania obecności wirusów badaniami molekularnymi, tak jak w p. HIV !!!)
- ❖ szczepienia p/w wzw B u pracowników medycznych są istotne dla dobrze pojmowanego interesu pracodawcy w zakresie bezpieczeństwa personelu, ale nie tylko
- ❖ odszkodowania dla pracownika z tytułu choroby zawodowej nie jest możliwe dla pracownika, który powinien być szczepiony a nie dopełnił obowiązku/z wyjątkami/
- ❖ profilaktyką poekspozycyjną dla HBV i HCV jest profilaktyka przedekspozycyjna w części dotyczącej zasad bezpiecznej pracy. Ważne miejsce mają tu:
 - częste i staranne mycie rąk
 - używanie odzieży ochronnej i rękawiczek
 - natychmiastowe usuwanie plam
 - umieszczaniemateriałubiologicznego w zamkniętych pojemnikach
 - składowanie zużytych igieł i innych ostrych narzędzi w plastikowych, twardych pojemnikach uniemożliwiających skałeczenie
 - ścisłe przestrzeganie procedur sterylizacji i dezynfekcji

Osoby ekspozowane do czasu uzyskania potwierdzenia statusu osoby niezakażonej (wyniki ujemne) powinny unikać zachowań ryzykownych np.: oddawania krwi, karmienia piersią, współżycia seksualnego.

Z ostatnich informacji IMP - "Choroby Zawodowe W Polsce Raport 2004" „2003 rok -500 przypadków ch. z. mniej niż w 2002 roku!” „...przy ogólnym spadku zachorowań na wzv wzrasta liczba przypadków zakażenia typem C wirusa, dotyczy to głównie personelu medycznego i jest spowodowane wypadkami przy pracy.”

- Uwagi, obserwacje własne- krytyczne
- ▣ brak rzetelnej wiedzy na temat zagrożeń wirusowych w miejscu pracy (obecnie coraz częściej pracodawcy opracowują procedury postępowania od momentu ekspozycji do momentu kontaktu ze specjalistą chorób zakaźnych)
 - ▣ brak należytym pracownikom troski ze strony osób odpowiedzialnych (najlepiej opracowane procedury nie będą skuteczne jeśli pracownik ignoruje zasady bhp, w mojej praktyce zawodowej najczęściej ekspozycja ma miejsce w wyniku braku koncentracji pracownika a nie braku opieki pracodawcy .Odrębnym problemem jest ekspozycja w wyniku przestępstwa - zakłucie, ugryzienie, gwałt)
 - ▣nieumiejętność udzielania pracownikowi odpowiedzi na pytania po ekspozycji (precyzyjnych informacji niestety może udzielić specjalista chorób zakaźnych i to w wybranych ośrodkach specjalistycznych)
 - ▣ brak procedur, a jeśli są - udostępniane nie wszystkim
 - ▣ brak przeglądu i zmian procedur postępowania po ekspozycji
 - ▣ brak przeglądu rejestru ekspozycji i nie podjęcie działań korygujących oraz zapobiegawczych
 - ▣ brak wypracowanego systemu zgłaszania zdarzeń niepożądanych
 - ▣ wieloletnia, uparta niewiedza własna pracowników do konieczności i obowiązku wykonania badań
 - ▣ milczące telefony w nocy, niedziele, święta
 - ▣ różne schematy pakietu badań u ekspozowanych pracowników-finance?
 - ▣ słaby nadzór ze strony Służby Medycyny Pracy, niejednolite przepisy ,ich brak, brak presji na zarządzających-odwaga?
 - ▣ nie podawanie immunoglobulin ochronnych ANTY HBS
 - ▣ pracownik płaci za leki za które powinien płacić pracodawca
 - ▣ (obecny stan prawny niejednoznacznie określa obowiązki pracodawcy. Obecnie pracodawca nie ma obowiązku finansowania leków podawanych w celach zapobiegania chorobom zawodowej - zapewnia jedynie środki ochrony na stanowisku pracy. Pracodawca poniesie koszty ewentualnego

odszkodowania w wyniku zakażenia i powstania choroby zawodowej).

Obowiązek współuczestniczenia w kosztach profilaktyki lub też przejęcie tych kosztów w obecnym stanie prawnym wynika bardziej z aspektu moralnego niż faktycznie prawnego).

- ▣ aleki antyretrowirusowe, o wiele bezpieczniejsze, ale nieobecne w „apteczkach pierwszej pomocy” pracodawców!!!

(leki obecnie stosowane są nadal zaliczane do grupy leków toksycznych, stąd ustalenie wskazań do ich zastosowania jest bardzo ważne, wymagana jest zgodna pacjenta na ich stosowanie po uprzednim dokładnym poinformowaniu pacjenta o ryzyku powikłań. Koszt leków jest bardzo wysoki i istnieje ryzyko, zwłaszcza w mniejszych placówkach ich niewykorzystania. Sporadycznie także, jeśli osoba będąca źródłem ekspozycji jest leczona lekami antyretrowirusowymi stosuje się nieco inne kombinacje leków. W tym aspekcie proponował lekami AVR może być dyskusyjna. Proponuję aby jednoznacznie nie określać rozwiązań, w których to ośrodki specjalistyczne dysponują lekami, jako rozwiązania zle).

- ▣ za często jest już za późno.... (sytuacja nie jest tak dramatyczna. Przynajmniej w województwie dolnośląskim poza stanami kłesk żywiołowych pracownik służby zdrowia lub inna osoba narażona na zakażenie, jest w stanie dojechać z najdalszych zakątków województwa w czasie 12-24 godz. do jednostki specjalistycznej jaką jest WSS im. Gromkowskiego we Wrocławiu).

Z doświadczeń zawodowych wynika, że najlepszy kontakt i łatwość dostępu do specjalistycznej porady mają policjanci, których pracodawcy - komendy, niezwykle szybko zapewniają kontakt z lekarzem specjalistą.

Kursywą oznaczono komentarze specjalisty chorób zakaźnych Danuty Jędrzak -Kulagi z Wojewódzkiego Specjalistycznego Szpitala we Wrocławiu.

Beata Ochocka

zowanemu przedstawicielowi, organowi kompetentnemu państwa, w którym ma siedzibę jednostka notyfikowana, współodpowiedzialna za oznaczenie wyrobu znakiem CE (w przypadku wycofania wyrobu z obrotu i używania). Po wypłynięciu raportu wstępnego Prezes Urzędu Rejestracji zawiadamia o tym zgłaszającego, weryfikuje raport wstępny i o weryfikacji zawiadamia wytwórcę. Prezes Urzędu Rejestracji ma prawo udzielić wytwórcy wytycznych, zażądać wykonania wybranych badań i analiz oraz ich weryfikacji przez niezależne jednostki badawcze. Ma też prawo wystąpić o opinię do komisji do spraw wyrobów medycznych i nawiązać kontakt z jednostkami notyfikowanymi w krajach członkowskich UE.

Kolejnym etapem postępowania jest sporządzenie raportu ostatecznego. Raport ostateczny sporządza wytwórca lub Prezes Urzędu Rejestracji. Jeżeli raport sporządzony przez wytwórcę nie zawiera właściwych danych, wówczas Prezes Urzędu Rejestracji wzywa wytwórcę do jego poprawienia. Przyjęcie raportu ostatecznego zawsze zostaje potwierdzone wpisem do Rejestru Incydentów Medycznych. Na wniosek wytwórcy lub na wniosek Prezesa Urzędu Rejestracji może nastąpić wykreślenie z rejestru Wyrobów Medycznych lub wycofanie z obrotu i używania danego wyrobu medycznego. Rejestr incydentów medycznych jest prowadzony przez Urząd w taki sam sposób jak Rejestr wytwórców i wyrobów medycznych, ale nie jest publikowany. Dane objęte wpisem do rejestru są udostępnione tym, którzy wykażą swój interes prawny.

Istnieje obowiązek powiadomienia krajów UE o incydencie medycznym. W tym celu Prezes Urzędu Rejestracji sporządza raport organu kompetentnego a odpowiedni wpis do Rejestru Incydentów Medycznych potwierdza jego sporządzenie. Sporządzony w języku angielskim raport organu kompetentnego zostaje wysłany do wszystkich innych organów kompetentnych krajów UE. Można zatem powiedzieć, że ustawa o wyrobach medycznych wyposaża użytkowników w bardzo istotne „narzędzie”, pozwalające wyeliminować z rynku nieuczciwych i nierzetelnych wytwórców, a przez to czuć nad

jakością wprowadzanych do obrotu wyrobów medycznych.

Powstaje w związku z tym pytanie - jakie znaczenie praktyczne, poza możliwością kontroli i nadzoru, związanych z obrotem wyrobami medycznymi, może mieć to rozporządzenie dla użytkownika? Aby na nie odpowiedzieć, należy jeszcze raz sięgnąć do ustawy o wyrobach medycznych i przypomnieć kilka informacji związanych z wprowadzaniem wyrobów medycznych do obrotu. Do obrotu i używania mogą być wprowadzone tylko wyroby medyczne oznakowane znakiem CE. Znak CE powinien być umieszczony na opakowaniu handlowym, w instrukcji użycia, a jeżeli jest to możliwe, również na wyrobie medycznym. Znak CE powinien być czytelny i nieusuwalny. Jeżeli ocena zgodności odbyła się pod nadzorem jednostki notyfikowanej w obszarze wyrobów medycznych, obok znaku CE zostaje umieszczony numer identyfikacyjny właściwej jednostki (zwykle czterocyfrowy). Wymóg poddania wyrobu medycznego ocenie jednostki notyfikowanej dotyczy wyrobów medycznych klasy IIa, klasy IIb oraz klasy III.

Z praktycznego dla użytkownika punktu widzenia, warto też przypomnieć równoważność odpowiedzialności producenta, importera, dystrybutora. Oznacza to, że użytkownik ma łatwy dostęp do podmiotu odpowiedzialnego za jakość wyrobu medycznego. Jak więc widać, w przypadku zaniżenia jakości, przekroczenia norm, czy jakiegokolwiek innego nadużycia zaufania, producent ponosi surowe konsekwencje. Należy jednak pamiętać, że producent nie może ponosić odpowiedzialności za stosowanie produktu niezgodnie z jego przeznaczeniem. W związku z powyższym, w odniesieniu do ustawy o wyrobach medycznych i rozporządzenia o incydencie medycznym, wyrób medyczny np. preparat dezynfekujący, posiadający oznakowanie CE, niezależnie od tego czy był przed wstąpieniem Polski do Unii Europejskiej opiniowany przez jakąkolwiek jednostkę krajową czy nie, aktualnie musi być stosowany wyłącznie zgodnie z instrukcją producenta. Tylko wtedy producent ponosi pełną odpowiedzialność w przypadku wystąpienia skutków niepożądanych lub

ubocznych - incydentu medycznego.

Jeżeli wyrób medyczny będzie stosowany według zaleceń innych niż wynikające z deklaracji zgodności, odpowiedzialność za skutki uboczne i niepożądane wynikające ze stosowania wyrobu medycznego ponosi użytkownik, bądź osoba decyzyjna w placówce służby zdrowia, która zaleca stosowanie wyrobu w sposób inny niż wynika to z dokumentów na podstawie których dokonano wpisu do rejestru. Dodatkowo, biorąc pod uwagę interes prawny jednostki opieki zdrowotnej, eliminuje to jej drogę postępowania odwoławczego, wynikającą z rozporządzenia o incydencie medycznym, oraz może wykluczyć odpowiedzialność prawną producenta.

Ten dość skomplikowany stan prawny nie ułatwia pracy osobom odpowiedzialnym za wprowadzanie do stosowania wyrobów medycznych w zakładach opieki zdrowotnej. Należy mieć nadzieję, że po zakończeniu okresu przejściowego - po 1 stycznia 2006 r., kiedy ostatecznie przestaną obowiązywać wcześniej wydane dokumenty, przejściowo dopuszczające, wyłącznie do obrotu krajowego, niektóre wyroby medyczne, sytuacja ulegnie poprawie. Najpewniejsze jest zatem stosowanie wyrobów medycznych, zgodnie z instrukcją użycia dostarczoną przez producenta lub dystrybutora, oznakowanych znakiem CE, a wyrobów medycznych klasy II a (np. środki dezynfekujące), klasy II b oraz klasy III, obok znaku CE opatrzonych numerem jednostki notyfikującej.

Lucyna Krzysztyniak
Zakład Pielęgniarstwa
PWSZ w Krośnie

Materiały:
Ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 r. o wyrobach medycznych.
Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 listopada 2002 r. W sprawie szczegółowych wymagań dotyczących zgłaszania incydentów medycznych oraz dalszego postępowania po ich zgłoszeniu.
Materiały szkoleniowe: PHARE TWINNING PROJECT PL01/IB/EC-06B MARCET SURVEILLANCE MEDICAL DEVICES i URL.

OBWIESZCZENIE MINISTRA ZDROWIA¹⁾

z dnia 14 grudnia 2004 r.
w sprawie limitów miejsc szkole-
niowych dla pielęgniarzek
i położnych oraz kwoty dofinanso-
wania jednego miejsca szkolenio-
wego ze środków publicznych w
roku 2005 (Dz.Urz.MZ.04.18.142)

Na podstawie art. 10w ust. 2 ustawy z
dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pie-
lęgniarki i położnej (Dz. U. z 2001 r. Nr
57, poz. 602, z późn. zm.²⁾) ogłasza się,
co następuje:

§ 1.

Limit miejsc szkoleniowych dofinanso-
wanych ze środków publicznych dla pie-
lęgniarek i położnych rozpoczynających
specjalizację w 2005 r. wynosi 1800.

§ 2.

Kwota dofinansowania jednego miejsca
szkoleniowego dla specjalizacji rozpo-
czynających się w 2005 r. wynosi nie
więcej niż 4 120 zł.

§ 3.

Obwieszczenie wchodzi w życie
z dniem ogłoszenia z mocą od dnia
podpisania.

MINISTER ZDROWIA

1) Minister Zdrowia kieruje działem administracji
rządowej - zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2
rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia
11 czerwca 2004 r. w sprawie szczegółowego
zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr
134, poz. 1439).

2) Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy
zostały ogłoszone w Dz. U z 2001 r. Nr 89, poz.
969, z 2003 r. Nr 109, poz. 1029 oraz z 2004
r. Nr 19, poz. 177, Nr 92, poz. 885 i Nr 173,
poz. 1808.

Niektóre skutki prawne wynikające z Rozporządzenia w sprawie zgłaszania incydentów medycznych.

Z faktem wejścia Polski do UE wią-
że się wiele nowych uregulowań
prawnych, wynikających z konieczno-
ści dostosowania prawa w Polsce do
prawa obowiązującego w UE. Funk-
cjonujące w UE prawo m.in. nakłada
obowiązek nadzoru nad wytwarzaniem
i wprowadzaniem do obrotu i używania
wyrobów medycznych (Dyrektywy: 93/
42EEC, 93/94/EEC, 98/79EC). Celem
tego nadzoru jest zapewnienie odpo-
wiedniej jakości, a przede wszystkim
bezpieczeństwa stosowania wyrobów
medycznych. W Polsce obowiązek
nadzoru nad wytwarzaniem, wpro-
wadzaniem do obrotu i używania wy-
robów medycznych reguluje Ustawa
o wyrobach medycznych z dnia 20
kwietnia 2004 r. Jednym z bardzo
istotnych elementów takiego nadzoru
jest Rejestr Incydentów Medycznych.
Należy pamiętać, że pojęcie incyden-
tu medycznego odnosi się tylko i wy-
łącznie do produktów zarejestrowanych
jako wyroby medyczne.

Art. 3 Ustawy dokładnie definiuje co
należy rozumieć przez incydent me-
dyczny:

„...a) każde wadliwe działanie, pog-
orszenie cech lub działania wyrobu
medycznego, jak również każdą nie-
prawidłowość w oznakowaniach lub
instrukcjach używania, które mogą lub
mogły bezpośrednio lub pośrednio do-
prowadzić do śmierci lub poważnego
pogorszenia stanu zdrowia pacjenta,
użytkownika lub osoby trzeciej,
b) techniczną lub medyczną nieprawi-
dłowość związaną z właściwościami
lub działaniem wyrobu medycznego
prowadzącą z przyczyn określonych w
literaturze do systematycznego wyco-
fania wyrobów tego samego typu przez
wytwórcę.”

Ustawa o wyrobach medycznych
nakłada, na podmioty udzielające
świadczeń medycznych, obowiązek
niezwłocznego zgłaszania incydentów
medycznych do Rejestru Incydentów
Medycznych. Obowiązek ten dotyczy
również wytwórców, autoryzowanych
przedstawicieli, dystrybutorów, impor-
terów, podmiotów odpowiedzialnych

za wprowadzenie do obrotu wyrobu
medycznego, organów inspekcji oraz
ośrodków prowadzących systemy ze-
wnętrznej kontroli jakości laboratoriów
zewnętrznych. Praktycznie, incydent
medyczny może więc być zgłoszony
przez każdego, kto podczas wykony-
wania swojej działalności stwierdził
jego zaistnienie, jak również przez
każdego kto powziął informację o jego
zaistnieniu.

Zgłoszenia incyden-
tu medycznego dokonuje się na odpowiednim for-
mularzu, stanowiącym załącznik do
Rozporządzenia Ministra Zdrowia z
15.11.2002 roku w sprawie wymagań
zgłaszania incydentów medycznych
oraz dalszego postępowania po ich
zgłoszeniu. Odpowiednio wypełniony
formularz przesyła się jednocześnie
do Prezesa Urzędu Rejestracji oraz do
wytwórcy wyrobu medycznego lub jego
autoryzowanego przedstawiciela.

Po otrzymaniu informacji o incyden-
cie wytwórca lub jego przedstawiciel
musi niezwłocznie podjąć postępowanie
wyjaśniające przyczynę zaistnienia
incyden-
tu. W tym celu przeprowadza oględziny i niezbędne badania doty-
czące incyden-
tu. Natomiast podmiot,
u którego wystąpił incydent, udziela
niezbędnej pomocy w celu ustalenia
związku przyczynowo - skutkowego
między wyrobem medycznym a incy-
dentem medycznym, oraz dokonania
oceny wyrobu medycznego. Po prze-
prowadzeniu postępowania wyjaśnia-
jącego wytwórca sporządza raport
wstępny. Czas na sporządzenie raportu
wstępnego zależy od skutków incyden-
tu medycznego i wynosi: 10 dni, licząc od
daty wystąpienia incyden-
tu, w przypad-
ku śmierci lub znacznego pogorszenia
stanu zdrowia, lub 30 dni, gdy mogło
dojść do śmierci lub znacznego pogor-
szenia stanu zdrowia.

Po stwierdzeniu przyczyny incy-
dentu wytwórca podejmuje odpo-
wiednie działania korygujące lub
zapobiegawcze, a następnie sporządza
raport wstępny, wraz z odpowiednimi
dokumentami dotyczącymi podjętych
działań. Raport ten przesyłany jest:
Prezesowi Urzędu Rejestracji, autory-

Nowe koncepcje preparatów myjąco-dezynfekcyjnych

Po wejściu Polski do Unii Europej-
skiej nastąpiły zmiany legislacyjne.
Zmieniły się również przepisy, dotyczą-
ce wprowadzania do obrotu preparatów
dezynfekcyjnych. Dzięki temu na rynku
polskim pojawiły się preparaty dezynfek-
cyjne, które stosowane z powodzeniem
w Europie i na świecie, nie były dopusz-
czone do obrotu na naszym rynku. Dzię-
ki nowej sytuacji, polski użytkownik ma
do wyboru szeroką gamę preparatów i
nieograniczone możliwości ich doboru
w zależności od przeznaczenia.

Polska jest teraz częścią ogromne-
go rynku europejskiego. Oznacza to,
że każdy preparat dezynfekcyjny wpro-
wadzany do obrotu, w którymkolwiek
z zrzeszonych krajów, jako wyrób me-
dyczny (wyposażenie wyrobu medycz-
nego), może być stosowany w Polsce
bez żadnego zezwolenia. Te same zasa-
dy dotyczą produktów polskich, które
wprowadzone do obrotu w Polsce, mogą
być sprzedawane i stosowane w całej
zrzeszonej Europie.

Ileokroć wymieniane są cechy ideal-
nego środka do dezynfekcji, tyle razy
dochodzimy do wniosku, że nie ma
takiego preparatu, który spełniałby
wszystkie oczekiwania. Jest jednak
wysoce prawdopodobne, że mając tak
duży wybór znajdziemy produkt, który
będzie bliski ideału lub najlepiej spełni
nasze oczekiwania w konkretnym zasto-
sowaniu. Duży problem ciągle stanowi
dezynfekcja narzędzi, skontaminowa-
nych substancją organiczną. Obecność
tych zanieczyszczeń znacznie osłabia
skuteczność dezynfekcji i ujemnie
wpływa na efekt sterylizacji.

Dobierając preparat dezynfekcyjny,
musimy mieć na uwadze nie tylko jego
skuteczność bójącą oraz szkodliwość
dla ludzi (prawidłowe przygotowywa-
nie i stosowanie znacznie eliminuje
zagrożenie), ale także jego wpływ na de-
zynfekowane narzędzia i przedmioty.

Niektóre substancje czynne mogą
mieć niekorzystny wpływ na dezynfe-
kowane narzędzia. Istnieje kilka grup
preparatów dezynfekcyjnych, których
nie wolno używać na niektórych po-
wierzchniach, np.: alkoholi na plexi,
chlorowych na powierzchni żelazne,
z tlenem aktywnym na aluminium i

powierzchnie niklowane, chromowa-
ne, itd.

Roztwory robocze wielu preparatów
(np. chlorowe, tlenowe) są bardzo nie-
trwale oraz charakteryzują się wysoką
wrażliwością na zanieczyszczające biał-
ka. O ile stosowane będą wielokrotnie,
staną się powodem ogromnego naraże-
nia personelu na zakażenie podczas przy-
gotowywania narzędzi do sterylizacji.

Równie groźna jest koagulacja biał-
ka na powierzchni narzędzi. Pod ściętą
powierzchnią skrzepu, w nienaruszonej
warstwie białka mogą jeszcze znajdo-
wać się żywe drobnoustroje.

*Mamy już do dyspozycji preparaty,
które skutecznie eliminują zanieczyszcze-
nia, jednocześnie nie powodują szkody na
zdrowiu pacjenta i personelu, nie niszczą
sprzętu i dezynfekowanych powierzchni.
Są skuteczne bójęco w niskim stężeniu
i krótkim czasie, co daje efekt korzystny
ekonomicznie. Są to preparaty myjąco - de-
zynfekujące zawierające w swoim składzie
oprócz substancji biobójczych, detergenty
oraz enzymy hydrolizujące składniki sub-
stancji organicznej.*

Detergenty

Detergenty to środki powierzchni-
owo czynne, czyli związki chemiczne,
których cząsteczki są zbudowane
z dwóch elementów o przeciwnym
powinowactwie do wody - z części hy-
drofobowej (o małym powinowactwie
do wody) oraz części hydrofilowej (o du-
żym powinowactwie do wody). Część
hydrofobową stanowi najczęściej alifa-
tyczna lub alkiloaromatyczna grupa wę-
głowodorowa zawierająca od dziesięciu
do dwudziestu dwóch atomów węgla,
natomiast część hydrofilową stanowi
ugrupowanie o charakterze soli (np.
-COONa, -SO₃Na, -N(CH₃)₃Cl) lub
większa liczba spolaryzowanych grup
organicznych (np. -OH, -CH₂-O-).

Działanie detergentów polega na
adsorbowaniu się na granicy faz, czyli
gromadzeniu się w wodzie cząsteczek
tych substancji na powierzchni zetknię-
cia roztworu z fazą gazową (powietrze),
ciekłą (np. olej) lub stałą (powierzchnia
naczynia, tkaniny itp.). Obniża to na-

pięcie powierzchniowe na granicy faz
lub zmienia ładunek powierzchniowy
i dzięki temu substancja powierzch-
niowo czynna wykazuje właściwości
emulgujące i myjące. Podwyższona
zwilżalność ułatwia oczyszczanie po-
wierzchni.

Detergent, obniżając napięcie po-
wierzchniowe ułatwia dostęp enzymom
i substancjom bójęczym do szczelin,
zawiasów, zagłębień, niewidocznych
gołym okiem rys dezynfekowanych nar-
zędzi. Nie eliminuje jednak z roztworu
zanieczyszczeń organicznych. Cząstki
brudu są odrywane z powierzchni i prze-
chodzą do roztworu.

Dopiero odpowiednia kompozycja
enzymów, pozwala pozabawić roztwór
zawiesiny i osadów, które obniżają
skuteczność dezynfekcji. Umożliwia
skuteczną penetrację środka dezyn-
fekcyjnego i dotarcie do wszystkich
drobnoustrojów, które „uwolnione” z
substancji organicznej znajdują się w
roztworze preparatu.

Rola enzymów w procesie mycia i dezynfekcji.

Dotychczas nie potwierdzono, by
enzymy miały działanie bójęcze wzglę-
dem bakterii, grzybów czy wirusów.
Jednak ich dodanie do roztworów
preparatów myjąco-dezynfekcyjnych
spowodowało przełom w dezynfekcji
narzędzi i sprzętu medycznego.

W składzie zanieczyszczeń organicz-
nych występuje nie tylko białko, ale
także cukry i lipidy oraz różne ich po-
łączenia. Stanowią one trudno rozpusz-
czalne związki wielkocząsteczkowe jak:
lipopolisacharydy, glikoproteiny, lipo-
proteiny, polisacharydy itd. Białko czę-
sto maskowane otoczką lipidową, jest
nie dostępne dla proteazy. Nie wystarczy
zatem jeden enzym. Aby skutecznie eli-
minować zanieczyszczenia organiczne
potrzebne są trzy enzymy: jedne roz-
kładają białka, drugie - cukry i trzecie
- lipidy. Zabrudzenia składają się z róż-
nych związków i struktur organicznych.
Najczęściej są to nierozpuszczalne, lub
słabo rozpuszczalne w wodzie substan-
cje, które trzeba rozłożyć do substancji
prostych łatwo rozpuszczalnych w wo-
dzie.

Enzymy należące do grupy hydrolaz
katalizują reakcje hydrolizy wielkoczą-
steczkowych związków. Produktami
tych reakcji są substancje proste, łatwo-
rozpuszczalne w wodzie. W prepara-

tach trójenzymatycznych zastosowano lipazę, która hydrolizuje trójglicerydy do glikolu, amylazę rozkładającą polisacharydy do bisacharydów, a następnie do glukozy oraz peptydazy, które hydrolizują białka wielkocząsteczkowe do aminokwasów.

Enzymy nie zużywają się podczas reakcji i są aktywne tak długo, jak długo dostępny jest substrat. Tylko znaczne zmiany pH roztworu lub podwyższenie temperatury może przerwać reakcję.

Wszystkie enzymy zbudowane są z białek. Zatem protezy w roztworach z innymi enzymami mogą łatwo rozkładać białka pozostałych dwóch enzymów. Udało się jednak stworzyć takie preparaty, w których wyeliminowano efekt „kanibalizmu” enzymów.

Stworzenie skutecznej mieszaniny enzymów, które wzajemnie się nie niszczą nie jest łatwe. Prawdopodobnie dlatego na rynku spotykamy głównie stare preparaty z jednym tylko enzymem.

Nowe substancje aktywne preparatów dezynfekcyjnych

W składzie preparatów dezynfekcyjnych pojawiły się dwie nowe substancje biobójcze: propionian didecyloдимetyloamoniowy oraz poliheksamid.

Dotychczas stosowane w preparatach dezynfekcyjnych sole czwartorzędowych związków amonowych są najczęściej chlorkami. Chlorki uznane zostały za najbardziej niebezpieczny rodzaj soli. Korozja wżerowa indukowana działaniem chlorków prowadzi do zmian korozyjnych w pojedynczych miejscach a kolejno do całkowitego pokrycia powierzchni instrumentu dużymi i głębokimi wżerami. Zastosowanie propionianu pozwoliło wyeliminować chlorki.

Drużga substancja czynna to poliheksamid. Jest łagodny dla narzędzi, bardzo słabo toksyczny dla użytkownika, wspomaga działanie propionianu didecyloдимetyloamoniowego. Ten skuteczny biobójczy składnik stosowany jest np. w dezynfekcji soczewek kontaktowych.

Tam, gdzie istnieje potrzeba bardzo dokładnego mycia z dezynfekcją, warto wykorzystać fakt, że poliheksamid jest kompatybilny z aldehydem glutarowym. Po wstępnej dezynfekcji i myciu termolabilnych wyrobów medycznych w roztworach z poliheksamidem, można przeprowadzić dezynfekcję właściwą, tzn. dezynfekcję wysokiego stopnia z użyciem preparatu z aldehydem glutarowym (np. endoskopy giętkie) bez obaw o reakcję chemiczną tych dwóch substancji.

Przykłady nowych preparatów dezynfekcyjnych

Dezynfekcyjne preparaty trójenzymatyczne w piance, stosowane są w celu zapobiegania zasychnięciu krwi na narzędziach transportowanych „na sucho” do centralnej sterylizacji. Zapobiegają też namnażaniu drobnoustrojów i przenoszeniu ich na inne narzędzia znajdujące się w jednym kontenerze. Inne preparaty - w płynie lub proszku, po odpowiednim przygotowaniu służą do dezynfekcji manualnej lub maszynowej.

Wszystkie preparaty z trzema enzymami skutecznie usuwają zanieczyszczenia organiczne z dezynfekowanych narzędzi. Walory tych preparatów podnosi fakt, iż są jednocześnie preparatami dezynfekującymi. Takie rozwiązanie jest bezpieczniejsze dla personelu, zajmującego się opracowywaniem narzędzi i sprzętu. Stosowanie prepara-

tów myjąco - dezynfekujących skraca proces przygotowywania narzędzi do sterylizacji.

-Aniosyme First - Preparat trój-enzymatyczny w pianie, przeznaczony do nawilżania i wstępnej dezynfekcji zanieczyszczonych narzędzi chirurgicznych i innych wyrobów medycznych.

-Aniosyme DD1- Płynny, trój-enzymatyczny preparat do manualnego mycia i dezynfekcji zanieczyszczonych narzędzi chirurgicznych, endoskopów i innych wyrobów medycznych.

-Aniosyme PLA II -Trój-enzymatyczny preparat w postaci proszku do manualnego i maszynowego mycia i dezynfekcji zanieczyszczonych narzędzi chirurgicznych, endoskopów i innych wyrobów medycznych.

-Aniosyme DLT- Płynny, trój-enzymatyczny preparat do manualnego mycia zanieczyszczonych narzędzi chirurgicznych, endoskopów i innych wyrobów medycznych

„Słuszną i oczekiwaną jest dezynfekcja w swym działaniu "najmniejsza" a już skuteczna”
(dr Barbara Waszak)

Preparaty, o których mowa, stosowane w niskich stężeniach, posiadają pełne spektrum biobójcze, osiągane w bardzo krótkim czasie. Są przyjazne dla ludzi, środowiska, nie uszkadzają narzędzi, pomagają eliminować uciążliwości związane z dekontaminacją narzędzi i wyrobów mocno obciążonych substancją organiczną.

Barbara Podsadna
Michał Zabłocki
MEDILAB Sp.z o.o.
15-117 Białystok
ul. Wasilkowska 51

ne i wdrożone standardy mają funkcję prawną, informacyjną, preparacyjną oraz aktywizującą. Funkcja prawna pełni rolę ochronną dla pracowników, w przypadku pojawienia się oskarżenia przez pacjenta. Funkcja informacyjna dostarcza pracownikom wiarygodnych danych o procedurach wykonywania określonych czynności. Ważną rolę,

odgrywa funkcja preparacyjna, która (należy tu podkreślić) łączy wiarygodność danych z rzeczywistością szpitalną. Właściwe, realne przygotowanie sztanu umożliwia pracownikom aktywizację, która wymusza na realizatorach standardu ciągłą poprawę procedur i poszukiwanie nowych lepszych rozwiązań.

Zdaje sobie sprawę, że nie zostały tu poruszone wszystkie kwestie, ale mam nadzieję, że choć trochę udało mi się przybliżyć rolę i procedury wdrażania standardów szpitalnych.

W załączniku przedstawiam przykład standardu.

mgr Hanna Wojciechowska
Pielęgniarka Epidemiologiczna
Szpital Wolski Warszawa

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA

z dnia 21 grudnia 2004 r.

w sprawie kwalifikacji członków zespołu kontroli zakażeń zakładowych (Dz.U.04.285.2869)

Na podstawie art. 12 ust. 6 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o chorobach zakaźnych i zakażeniach (Dz. U. Nr 126, poz. 1384 z późn. zm.¹⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1.

Rozporządzenie określa kwalifikacje wymagane od członków zespołu kontroli zakażeń zakładowych, zwanego dalej „zespołem”, działającego w zakładzie opieki zdrowotnej udzielającym całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych, zwanym dalej „zakładem”.

§ 2.

- Lekarz, pełniący funkcję przewodniczącego zespołu:
 - posiada co najmniej 3-letnie doświadczenie w wykonywaniu zawodu;
 - posiada tytuł specjalisty lub specjalizację IIo w jednej z następujących dziedzin medycyny:
 - epidemiologia lub higiena i epidemiologia,
 - mikrobiologia lub mikrobiologia lekarska,
 - choroby zakaźne,
 - zdrowie publiczne;
 - jest zatrudniony w zakładzie.
- Lekarz przed objęciem funkcji przewodniczącego zespołu lub w ciągu 12 miesięcy od jej objęcia, jest obowiązany odbyć kurs specjalistyczny prowadzony przez jednostki organizacyjne lub przedsiębiorców, o których mowa w art.19 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2002 r. Nr 21, poz. 204 z późn. zm.²⁾).

§ 3.

- Pielęgniarka wchodząca w skład zespołu:
- posiada średnie medyczne lub wyższe wykształcenie w dziedzinie pielęgniarstwa;
 - posiada co najmniej 3-letnie doświadczenie w zawodzie pielęgniarki lub położnej;
 - posiada specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego lub higieny i epidemiologii;
 - jest zatrudniona w zakładzie.

§ 4.

Lekarze i pielęgniarki wchodzący w skład zespołu są obowiązani do regularnego podnoszenia swoich kwalifikacji w ramach specjalistycznych kursów i szkoleń organizowanych przez uprawnione jednostki.

§ 5.

- W okresie 6 lat od dnia wejścia w życie rozporządzenia, kierownik zakładu, w przypadku braku możliwości powołania do zespołu osób spełniających kryteria, o których mowa w § 2 i 3, może powołać do zespołu, nie dłużej niż na okres 6 lat, osoby spełniające kryteria, określone w ust. 2 i 3.
- W przypadku, o którym mowa w ust. 1:
 - funkcję przewodniczącego zespołu może sprawować lekarz, który:
 - posiada tytuł specjalisty lub specjalizację IIo w dziedzinie innej niż wymienione w § 2 ust. 1 pkt 2,
 - ukończył, przed objęciem tej funkcji lub ukończy w terminie 12 miesięcy od jej objęcia, kurs specjalistyczny, o którym mowa w § 2 ust. 2.
 - pielęgniarka wchodząca w skład zespołu:
 - posiada specjalizację w dziedzinie innej niż wymieniona w § 3,
 - posiada co najmniej roczny staż pracy na stanowisku pielęgniarki epidemiologicznej,
 - ukończyła kurs kwalifikacyjny z zakresu pielęgniarstwa epidemiologicznego prowadzony przez jednostki organizacyjne lub przedsiębiorców, o których mowa w art. 10d ustawy z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2001 r. Nr 57, poz. 602³⁾).

§ 6.

Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

MINISTER ZDROWIA

1) Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2003 r. Nr 45, poz. 391, Nr 199, poz. 1938 oraz z 2004 r. Nr 96, poz. 959, Nr 173, poz. 1808 i Nr 210, poz. 2135.

2) Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2002 r. Nr 76, poz. 691, Nr 152, poz. 1266 i Nr 153, poz. 1271, z 2003 r. Nr 90, poz. 845 oraz z 2004 r. Nr 92, poz. 882, Nr 92, poz. 885, Nr 173, poz. 1808 i Nr 210, poz. 2135.

3) Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2001 r. Nr 89, poz. 969, z 2003 r. Nr 109, poz. 1029 oraz z 2004 r. Nr 19, poz. 177, Nr 92, poz. 885 i Nr 173, poz. 1808.

Rola standardów w pracy pielęgniarki epidemiologicznej

Pacjenci w poszukiwaniu nowych, lepszych usług medycznych stawiają szpitalom coraz wyższe wymagania, istotne staje się posiadanie certyfikatu, tak na rynkach lokalnych jak i międzynarodowych. Według ekspertów, w krótkiej perspektywie czasu, zgodnie z wymogami Unii Europejskiej, bez certyfikatu ISO nie będzie możliwa działalność szpitala, kliniki czy przychodni, co w kontekście nasilającego się zjawiska globalizacji rynku powinno brzmieć dla każdego zakładu opieki zdrowotnej jak przestroga.

Systemy jakości określone w normach ISO 9001:2000, stanowią jeden z aspektów nowoczesnego zarządzania przedsiębiorstwem, nie są systemami „superkontroli” czy dodatkową kontrolą. Stanowią one zestaw działań kadry kierowniczej i personelu ukierunkowanych na spełnienie wymagań odbiorców i ujętych w postaci udokumentowanych procedur, instrukcji oraz księgi jakości integrującej w zwartej formie całokształt tych działań. Większość polskich zakładów opieki zdrowotnej rozpoczyna procesy przygotowania do samodzielnego opracowywania i wdrożenia takiego systemu.

Standaryzacja (normalizacja) zgodnie z definicją przyjętą przez Międzynarodową Organizację Normalizacyjną i zawartą w Polskiej Normie PN-EN 45020 „jest to działalność mająca na celu uzyskanie optymalnego w danych okolicznościach stopnia uporządkowania w określonym zakresie, poprzez ustalanie postanowień przeznaczonych do powszechnego i wielokrotnego stosowania, dotyczących problemów istniejących lub możliwych do wystąpienia¹⁾”.

Standaryzacja jakości obejmuje normy związane z jakością wyrobów i usług. Dotyczy ustalania wymaganych cech produktów i usług w oparciu o kryteria ekonomiczne i techniczne. Obejmuje również aspekty terminologiczne, metody badań jakości wyrobów i świadczonych usług. Standaryzacja jakości obejmuje także normy

dotyczące systemów zarządzania i zapewniania jakości oraz związane z tym problemy audytu i certyfikacji (akredytacji). Normalizacja, w tym również normalizacja jakości, ma istotne znaczenie w obrocie krajowym jak i międzynarodowym, ułatwia koordynację prac badawczych, ujednoczenie metod badań, ustalanie wzorców i pojęć.

Normy jakościowe stanowią wzorce określające wymagania, którym powinien odpowiadać produkt bądź usługa, ustalają zasady kontroli jakości, chronią zdrowie i zapewniają bezpieczeństwo konsumentom, a w przypadku usług medycznych pacjentom, którzy z nich korzystają.

Standardy dotyczące zarządzania jakością i systemy zapewnienia jakości stanowią wytyczne dla ich praktycznej realizacji i wdrażania w przedsiębiorstwach i szpitalach. Standardy te mają charakter dynamiczny, podlegają okresowej modyfikacji, zależnie od szybkości wywoływania pożądanych efektów. Każdorazowo wymogi standardów muszą być na poziomie możliwie wysokim, a przy tym jednak realnie osiągalnym. Dzięki temu spełnione jest założenie polegające na stałym stymulowaniu do osiągania poziomu optimum, jaki wyznaczają przyjęte kryteria, dzięki którym można dokonać oceny jakości świadczonych usług przez szpital.

W działalności szpitala standardy należy podzielić na ogólnoszpitalne i oddziałowe. Za opracowanie standardów dotyczących procedur zarządzania jakością odpowiada pełnomocnik lub zespół ds. jakości (jeśli taki jest powołany).

Przygotowaniem standardów ogólnoszpitalnych zajmują się komórki organizacyjne, które prowadzą nadzór nad działalnością wszystkich oddziałów.

Standardy oddziałowe opracowane są przez poszczególne oddziały. Jednak celem ujednoczenia procedur zagadnieniem tym winien zajmować się zespół ds. jakości. Przygotowane wersje robocze standardów powinny być rozesłane na poszczególne oddziały, tam zweryfikowane i ujednoczone dla

wszystkich komórek organizacyjnych. Standardy epidemiologiczne należą do standardów wdrażanych w całej komórce organizacyjnej szpitala. Ich przygotowaniem zajmuje się pielęgniarka epidemiologiczna w uzgodnieniu z przełożoną pielęgniarką. Po wstępnym określeniu struktury standardu i czasie jego wprowadzenia zapoznaje z projektem podległe komórki organizacyjne. Wspólna weryfikacja standardu - na etapie jego budowy - jest bardzo ważna, ponieważ wszystkie procedury są uogólnione i odpowiadają faktycznym zdarzeniom jakie mają miejsce w szpitalu. Bardzo często na tym etapie popełniany jest podstawowy błąd polegający na pisaniu standardu podręcznikowego. Nie jest to dobre, ponieważ nie wszystkie procedury są zachowane w bieżącej działalności. Standardy podręcznikowe nie są wzorem, który można przepisać. Należy z nich korzystać ale tak, aby opracowane standardy odzwierciedlały rzeczywiste możliwości szpitala. Specyfika działalności często wymusza wprowadzenie zmian, które są potrzebne. Po weryfikacji należy opracować ostateczną wersję standardu, w której opisywane procedury są zgodne z faktycznymi możliwościami szpitala.

Po opracowaniu standard jest akceptowany przez właściwego dyrektora.

W przypadku standardów epidemiologicznych jest to najczęściej dyrektor do spraw leczenia lub przełożona pielęgniarka. Wcześniej standard jest uzgadniany z pełnomocnikiem ds. jakości oraz przełożoną pielęgniarką. Uzgodnienia polegają tylko i wyłącznie na sprawdzeniu, czy jest on zgodny z wzorem przyjętym przez szpital. Pełnomocnik ds. jakości nie powinien poprawiać treści merytorycznej standardu, za którą odpowiedzialna jest pielęgniarka epidemiologiczna. Podobne uzgodnienie prowadzone jest z pielęgniarką przełożoną, która ewidencjonuje wdrożony standard oraz nadaje mu kod i nazwę np. EPID 1/2005, a w przypadkach, gdy jest to konieczne, dokładniejsze wytłumaczenie czego dotyczy. Jeśli standard jest związany z pracą pielęgniarek - wdraża standard i przeprowadza stosowne szkolenie, które jest odnotowane w księdze jakości.

Opracowany i wdrożony standard jest dokumentem „żywym” i powinien podlegać aktualizacji, której głównym celem jest poprawa jakości. Opracowa-

Prątki gruźlicy jako przyczyna zakażeń zakładowych. Metody zapobiegania

„Oddech chorego na suchoty może niszczyć płuca drugiego człowieka”

Beniamin Marten

Słowa kluczowe: gruźlica, zakażenia zakładowe, transmisja powietrzna, zapobiega-

Wśród licznych zagrożeń na jakie narażeni są zatrudnieni w szpitalach ludzie, choroby infekcyjne stanowią powszechnie spotykany i poważny problem. Osoby będące w kontakcie z chorymi i ich wydzielinami są w sposób ciągły ekspozowane na różne czynniki infekcyjne. Wśród wielu specjalistycznych szpitali, na szczególne niebezpieczeństwo narażeni są ludzie zatrudnieni w placówkach diagnozujących i leczących chorych na gruźlicę. Wynika to przede wszystkim ze specyfiki przenoszenia infekcji drogą powietrzną oraz z fizjologicznych właściwości czynnika sprawczego gruźlicy - *Mycobacterium tuberculosis*.

NIKTÓRE DANE EPIDEMIOLOGICZNE O GRUŹLICY

W wielu artykułach medycznych oraz codziennej prasie światowej często powtarza się hasło: gruźlica jest chorobą społeczną, o której nie wolno zapominać. To ostrzeżenie ma swoje uzasadnienie w zagrożeniu świata o charakterze pandemicznym. Zapadalność na gruźlicę na świecie stale wzrasta. Choć wprowadzenie leków przeciwprątkowych w latach 50-tych ubiegłego wieku stało się punktem zwrotnym w przebiegu gruźlicy, nowe zachorowania do 2000 r. osiągnęły wartość 10 mln, a do 2005 r. szacuje się je na 12 mln rocznie. Każdego roku z powodu tej, w pełni wyleczalnej choroby umiera około 2,5 - 3 mln ludzi. Gruźlica jest najczęstszą, pojedynczą przyczyną zgonów wśród chorób zakaźnych. Obecnie wiadomo, że główną przyczyną niepowodzeń w walce z gruźlicą stało się zlekceważenie problemu oraz zła realizacja znanych i sprawdzonych metod zwalczania choroby. Zaniedbania w tej dziedzinie doprowadziły do pojawienia

się gruźlicy lekoopornej, którą systematycznie zaczęto badać dopiero w latach 90-tych. Badania przeprowadzone pod nadzorem WHO wskazują, że w krajach rozwijających się liczba ludzi z gruźlicą lekooporną wynosi co najmniej 50 mln. i stale wzrasta. Również wzrasta liczba przypadków gruźlicy typu MDR (wielekoopornej), na wyleczenie której potrzeba miliardy dolarów.

Pod względem zapadalności na gruźlicę w Europie wyróżnia się 3 grupy państw:

- kraje z niską zapadalnością tj < 20 zachorowań /100.000 mieszkańców
- kraje ze średnią zapadalnością 20-50 zachorowań / 100.000
- kraje z wysoką zapadalnością > 50 zachorowań / 100.000

Większość krajów Europy centralnej i wschodniej należy do kategorii b i c. W związku z przystąpieniem nowych krajów do Unii Europejskiej specjalna uwaga będzie zwrócona na skuteczność walki z gruźlicą u nowych członków EU tj. Czechy, Słowację, Węgry, Słowenię i Polskę. Wśród wymienionych w Polsce obserwuje się najwyższą zapadalność. I choć od kilku lat obserwuje się niewielki spadek zarejestrowanych zachorowań na gruźlicę, sytuacja w Polsce należy do poważnych tym bardziej, że w najbliższym naszym sąsiedztwie znajdują się kraje o dramatycznie wysokich wskaźnikach zapadalności.

W Polsce, każdego roku rejestruje się około 10.000 chorych na gruźlicę. Wśród nich prawie 90 % stanowią nowe zachorowania. Z powodu gruźlicy umiera około 1.000 osób rocznie. Zapadalność na wszystkie postacie gruźlicy wynosi obecnie 27,4/100.000. Dominującą postacią gruźlicy w Polsce, podobnie jak w innych krajach jest gruź-

lica płuc tj. > 90 % wszystkich zachorowań, najczęstszą postacią gruźlicy poza płucnej jest gruźlicze zapalenie opłucnej (477 zachorowań) i kolejno gruźlica układu moczowo-płciowego (139), węzłów chłonnych (134), kości i stawów (91), opon mózgowo-rdzeniowych i mózgu (13). Tak jak w latach poprzednich mężczyźni chorowali ponad 2-krotnie częściej niż kobiety; zapadalność wśród mieszkańców wsi była wyższa niż wśród mieszkańców miast. Odsetek dzieci chorych na gruźlicę wyraża się ułamkiem procenta.

TRANSMISJA PRĄTKÓW GRUŹLICY I ZDOLNOŚĆ DO WYWOŁANIA INFЕКCJI.

Prawie wszystkie przypadki zachorowań są wynikiem powietrznej transmisji prątków gruźlicy, które z łatwością przenoszą się z człowieka chorego na innych podatnych na zachorowanie. Człowiek chory na gruźlicę połączoną z wydalaniem prątków, w czasie kaszlu, kichania, śmiechu a nawet mówienia rozpyła w swoim otoczeniu kropelki śluzu zawierające prątki. Układają się one w postaci „stożka kaszlowego”, którego wierzchołek znajduje się koło ust chorego, a podstawa w odległości około 1-2 m. Kropelki wydobywające się z dróg oddechowych ulegają natychmiastowemu wyparowaniu. Drobne ich resztki po utracie wody stanowią „jądra kropelkowe”, które nie osiadają, ale utrzymują się w powietrzu w postaci aerozolu. Podatność na zakażenie ludzi zależy od wielu różnych czynników, wśród których do bardzo ważnych należy liczba prątków znajdujących się w otoczeniu. W czasie jednego napadu kaszlu wyzwala się nawet do 3500 kropelek, w czasie kichnięcia około 1 mln. Źródłem infekcji może być nawet pojedyncza kropelka.

Z wielu obserwacji wynika, że najbardziej niebezpiecznym źródłem zakażenia są chorzy prątkujący z licznymi napadami kaszlu. Im częściej kaszluje jest większa, tym więcej cząstek infekcyjnych wydobywa się z dróg oddechowych chorego, tworzy się więcej jąder kropelkowych i możliwość zakażenia zdrowych ludzi staje się większa. Po włączeniu leczenia przeciwprątkowego częstość kaszlu spada, ryzyko infekcji dla ludzi z otoczenia zmniejsza się.

Najbardziej niebezpieczne dla personelu są bardzo drobne aerozole

1) PN-EN 45020: Normalizacja i dziedziny związane. Terminologia ogólna. Wyd. Alfa - Wero, październik 2000 r.

(1-5 μ), które są łatwo aspirowane przez człowieka i mogą transmitować pojedyncze cząsteczki infekcyjne (1-3 komórek prątków). Nie są one zatrzymywane przez standardowe maseczki chirurgiczne. Drobne cząstki docierają do pęcherzyków płucnych, gdzie znajdują się makrofagi pęcherzykowe i następnie mogą się rozprzestrzeniać w narządach. Duże cząstki aerozoli (>5 μ) nie są inhalowane przez człowieka. Jeżeli jednak zostały zainhalowane, zostają zatrzymane w śluzie górnych dróg oddechowych. Gdy znajdują się w powietrzu, szybko opadają osiadając na skórze, odzieży, meblach, podłodze i innych powierzchniach.

Zwykle w przebiegu zakażenia wyróżnia się 3 fazy: ekspozycję, utajone zakażenie oraz aktywną gruźlicę. Ludzie zakażeni otrzymują na ogół profilaktyczną monoterapię, ludzie chorzy są poddawani terapii wielolekowej. Ryzyko infekcji wzrasta u osób z immunosupresją polekową lub zakażonych HIV. Należy pamiętać, że szczepienie BCG nie zmniejsza ryzyka infekcji, ani ryzyka rozwoju aktywnej postaci gruźlicy z formy latentnej.

Jak powszechnie wiadomo, naturalnymi wrotami zakażenia dla prątków gruźlicy u ludzi są drogi oddechowe. Znane są również inne drogi zakażenia - droga pokarmowa lub kontaktowa. Zakażenie może następować poprzez skórę w wyniku zakłucia igłą lub przez skaleczenia zakażonymi narzędziami. Materiałem zakaźnym jest najczęściej płwocina wykrztuszana przez chorego, poza tym zakaźne mogą być wydzieliny ran i przetoki powstające niekiedy w przebiegu gruźlicy kostno-stawowej, zmiany w przebiegu gruźlicy skóry, mocz chorych na gruźlicę układu moczopłciowego itp. Z przeglądu literatury wynika, że do zakażeń dochodziło również w kontakcie z zakażonym materiałem autopsyjnym, piciem zainfekowanego mleka oraz poprzez kontakty seksualne z chorym, a nawet w czasie sztucznego oddychania. Żywe prątki znaleziono na maskach anestetycznych używanych do operacji chorych prątkujących. Znane są przypadki zakażenia chorych przebywających w szpitalu przez chorego personel medyczny. Dotyczy to głównie dzieci oraz chorych z immunosupresją polekową lub zakażonych wirusem HIV. Opisano przypadki gruźlicy jako kontakt zawodowy

u pracowników transportowych autobusów osobowych, pielęgniarów domowych, na statkach, w szkolnych autobusach, w samolotach. Szczególna łatwość transmisji następuje w małych pomieszczeniach, w których znajduje się dużo ludzi. Takie warunki bywają w więzieniach, w aresztach śledczych, w domach opieki społecznej, kościołach, szkołach i w wielu placówkach służby zdrowia.

NIKTÓRE DANE DOTYCZĄCE RYZYKA NABYWANIA GRUŹLICY U PRACOWNIKÓW MEDYCZNYCH ZWIĄZANE Z PRACĄ.

Możliwość transmisji prątków gruźlicy w placówkach medycznych stwierdzono kilkadziesiąt lat temu. Pierwsze europejskie badania pochodzą z Oslo z lat 20-tych XX wieku, w których badano odczyny tuberkulinowe (OT) u uczniów szkół pielęgniarstwa przed rozpoczęciem nauki i 2 lata później. Po 2 latach nauki (z pośród 337 osób) konwersję OT stwierdzono u 95 % uczniów, u 20 % stwierdzono gruźlicę.

Badania prowadzone w latach 50-tych w USA i Wielkiej Brytanii, w których porównywano OT u studentów medycyny i w populacji ogólnej wykazały znacznie większe odsetki dodatnich OT u studentów ze statystyczną znamienością różnic w obu grupach. Badania prowadzone w latach 60-tych wykazały, że ryzyko narażenia na gruźlicę wśród pracowników pracujących z chorymi na gruźlicę było 4-6 razy wyższe niż w innych grupach pracowników a w badaniach z XXI oszacowano to ryzyko w Estonii na 30-90 razy wyższe (występujące głównie u lekarzy) niż w populacji ogólnej. W jednym ze szpitali, w którym pracowało 155 pracowników i przyjmowano 12 chorych z gruźlicą na rok ryzyko infekcji wynosiło 1,4 % W innych opracowaniach pochodzących ze szpitali, gdzie roczna proporcja liczby pracowników do chorych na gruźlicę wynosiła 18-92, roczne ryzyko infekcji było dużo wyższe i wynosiło 1,7-3,9 % W szpitalach, do których przyjmowano rocznie więcej niż 200 chorych z gruźlicą lub, gdy proporcja pracowników do rocznych przyjęć była mniejsza niż 10, zakażenia występowały z częstością 1-10 % pracowników każdego roku. W jednym badaniu częstość infekcji była wprost proporcjonalna do czasu zatrudnienia w szpitalu. Badania przeprowadzone

w 1992 r przez SHEA-CDC (Amerykańskie Towarzystwo Chorób Zawodowych i Centrum Kontroli i Zapobiegania Chorobom Zakaźnym) wykazały, że roczne ryzyko konwersji OT było znamienne statystycznie wyższe u personelu medycznego w szpitalach, do których przyjmowano 6 lub więcej chorych na gruźlicę (1,2 % versus 0,6 %) . Obecnie, literatura dotycząca możliwości transmisji gruźlicy jako zakażenia zakładowego (szpitalnego) jest dzisiaj obszerna i pochodzi głównie z badań amerykańskich i kanadyjskich. W ostatnim 15-leciu, w związku z narastającym zagrożeniem świata gruźlicą, ryzyko narażenia na gruźlicę personelu szpitalnego stało się również przedmiotem badań w krajach Europy. Światowa Organizacja Zdrowia w wielu publikacjach podkreśla zagrożenie na jakie narażeni są pracownicy medyczni. Również polskie publikacje od kilku lat omawiają ten problem.

W ostatnich latach zaobserwowano u pracowników medycznych zakażenia spowodowane szczepami *Mycobacterium tuberculosis* wielolekoopornymi (MDR-TB). Obecnie w raportach z różnych krajów można poznać okoliczności związane z zakażeniami szczepami lekoopornymi pracowników medycznych zajmujących różne stanowiska (Estonia, Rosja, Tajlandia, również Polska). Należy pamiętać, że ryzyko narażenia wiąże się z sytuacją epidemiologiczną w gruźlicy typową dla populacji ogólnej. Im wyższe wskaźniki zapadalności w danym kraju, tym większe ryzyko narażenia na gruźlicę u personelu medycznego.

Innym bardzo niebezpiecznym ogniwem w transmisji zakażenia może być niezidentyfikowane źródło zakażenia - inny pacjent prątkujący. Ponieważ wiele form gruźlicy, szczególnie w początkowym stadium ma lekki przebieg, w szpitalach, na różnych oddziałach mogą przebywać chorzy, którzy są jeszcze nie zdiagnozowani, lub u których nawet nie podejrzewa się gruźlicę. Personel nie stosuje więc izolacji chorego ani metod ochrony osobistej. Źródła światowe podają, że częstość występowania gruźlicy nie zidentyfikowanej (z różnych przyczyn) wśród pacjentów szpitalnych waha się od 0,03-0,3 % liczby przyjętych chorych. W Polsce nie można ocenić skali zjawiska, ponieważ takich badań nie prowadzono, ale ze względu na istniejącą sytuację

wione w procedurach są realizowane przez komórki funkcyjne zakładu.

Koniecznym uzupełnieniem powyższej dokumentacji są tzw. plany jakości, oraz inne dokumenty stanowiące często załączniki do procedur i instrukcji systemowych, np. wzory raportów, formularzy kontroli, itd. systemu jakości, który będzie pokrywał się z wymogami certyfikatu.

Ostatnią czwartą fazą jest przygotowanie szpitala do oceny dokonywanej przez podmiot udzielający certyfikatu i wskazanie zakresu wymogów niezbędnych dla uzyskania pozytywnej oceny. Polega to na przygotowaniu wszystkich dokumentów niezbędnych do ubiegania się o Certyfikat ISO 9001:2000.

Wdrożenie norm przez zakład opieki zdrowotnej spowodowało konieczność stworzenia wspólnej płaszczyzny odniesienia, pozwalającej na dokonywanie ocen szpitali, klinik i przychodni niezależnie od obszaru ich działania. W ten sposób pacjenci nie tylko w kraju, ale i również na całym świecie dostali do ręki doskonałe narzędzie służące do ochrony ich interesów. Korzyści jakie osiąga szpital, w tym również komórka epidemiologiczna, która wdroży system zarządzania jakością są wielorakie i należą do nich między innymi:

- poprawa nadzoru nad dokumentacją oraz lepsza organizacja działalności;
- zwiększenie świadomości projektowej załogi;
- poprawa pozycji rynkowej, jako firmy stosującej nowoczesne metody zarządzania;
- podniesienie prestiżu firmy, mogącej wylegitymować się certyfikatem systemu zapewnienia jakości.

Wymaga to jednak odpowiednio przygotowanego personelu, przeprowadzenia szkoleń, a także właściwie przygotowanego projektu wdrażania norm ISO w szpitalu. Wdrażanie systemu jakości łączy się ściśle ze standaryzacją całokształtu działalności szpitala

we wszystkich sferach. Dotyczy to zarówno działalności medycznej, administracyjnej, technicznej, eksploatacyjnej i logistycznej, w tym również gospodarki odpadami. Powinno ono określić: strukturę organizacyjną szpitala, ogólną i szczegółową odpowiedzialność za jakość działalności, uprawnienia do wykonywania i realizacji usług medycznych, sposób przepływu poleceń, informacji, obieg dokumentów itp. Działania takie powinny być tak realizowane, aby umożliwiły stałą i odpowiednią kontrolę nad całą działalnością w zakresie zapobiegania i kontroli zakażeń w szpitalu.

Wprowadzenie norm ISO spowodowało systematyczne zaangażowanie kierownictwa w problem jakości, a także zwiększyło rolę i znaczenie systemu zarządzania jakością w szpitalu. Zwiększyła się tym samym wiedza o wymaganiach i oczekiwaniach klienta-pacjenta, dzięki czemu nastąpiła poprawa jakości świadczeń medycznych i działalności administracyjnej szpitala. Dzięki wdrażaniu norm ISO możliwe stało się zidentyfikowanie przez system zarządzania jakością procesów realizowanych przez szpital i określenia powiązań między nimi. Pozwoliło określić i zapewnić niezbędne środki i informacje do sterowania nimi. Wymusiło wprowadzenie kontroli, który z kolei zapewnił nadzór nad wszystkimi procesami realizowanymi przez szpital.

Właściwie funkcjonujący system jakości w szpitalu powinien umożliwić sprawne wdrażanie procesów doskonalenia jakości usług, monitorować i określać cechy usług, które mają wpływ na zadowolenie klienta. Działalność powinna być realizowana poprzez prowadzenie auditów wewnętrznych, których celem jest monitorowanie i pomiar jakości realizowanych procesów i usług medycznych.

Wprowadzenie w szpitalu systemu jakości zgodnego z wymaganiami norm serii ISO 9001:2000 wiąże się ze zmianą

filozofii zarządzania przedsiębiorstwem polegającą na podporządkowaniu wszystkich działań zaspokojeniu wymagań klienta i ochronie naturalnego środowiska. Z wdrożenia systemu zarządzania jakością serii ISO wynika wiele korzyści, wśród nich należy wymienić:

- działanie zgodne ze standardami ISO i certyfikowane przez niezależną instytucję auditującą jest ważnym elementem strategii marketingowej firmy;
- przystąpienie do procesu certyfikacyjnego w firmie powoduje wzrost wewnętrznej motywacji pracowników oraz uporządkowanie struktury organizacyjnej w firmie;
- posiadanie certyfikatu serii ISO wpływa korzystnie na zwiększenie szans przy zawieraniu kontraktów z Kasami Chorych;
- posiadanie certyfikatu ISO stanowi coraz bardziej liczące się kryterium wyboru i oceny rynkowej ze strony klientów;
- zgodność z zleceniami norm ISO coraz częściej jest wymagana przez krajowe i międzynarodowe władze, instytucje ubezpieczeniowe i finansowe oraz przez organizacje konsumenckie;
- certyfikat jest szansą na pozyskanie nowych instytucji zajmujących się finansowaniem usług medycznych.

Przygotowanie projektu systemu zarządzania jakością i wdrażanie wg norm ISO staje się w działalności nowoczesnych szpitali kluczowym zagadnieniem. Choć procedura wdrażania systemu jakości w komórkach epidemiologicznych wydaje się skomplikowana, tak naprawdę właśnie w naszych komórkach wdrażanie systemu jest najłatwiejsze. Wynika to z faktu, że jakość dla pielęgniarów epidemiologicznych nie jest niczym obcym. Towarzyszyła, jest obecna i kreuje naszą działalność w życiu codziennym szpitala.

Mgr Hanna Wojciechowska
Pielęgniarka epidemiologiczna
Szpitala Wolskiego w Warszawie

Tabela 2. Harmonogram wdrażania zintegrowanego systemu jakości

Harmonogram czynności	MIESIĄCE											
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
I	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Wdrażanie systemu zarządzania jakością												
Ocena istniejącego systemu												
Opracowanie koncepcji systemu zarządzania jakością w szpitalu												
Modelowanie procesów systemowych zachodzących w szpitalu (sekcji epidemiologii)												
Opracowanie misji i polityki jakości szpitala (określenie kierunków działalności sekcji)												
Opracowanie standardów												
Przeprowadzenie szkoleń												
Audit wewnętrzny												
Weryfikacja niedociągnięć												
Audit certyfikujący												

Źródło: Opracowanie własne

- PN ISO 9001 do jego działań;
- określenie w jakim stopniu działalność sekcji pokrywa się z normami (wymogami) standaryzacyjnymi;
 - dokonanie całościowego przeglądu działalności szpitala w celu uzyskania oceny istniejących procedur (dokumentacji) opracowanych samodzielnie;
 - stworzenie analizy braków ze szczególnym uwzględnieniem tych obszarów działalności sekcji które zostały ocenione jako nie odpowiadające normom (wymogom).
 - stworzenie wspólnie z odpowiednimi pracownikami szpitala (Pełnomocnik Zarządu ds. Jakości) strategii szpitala, w tym również zbieżnej strategii komórki epidemiologicznej dotyczącej tych zadań (działalności), które muszą odpowiadać normom, wraz z określeniem czasu wykonania tych zadań.

Celem niniejszej fazy jest zidentyfikowanie, a następnie ustanowienie, udokumentowanie i przestrzeganie określonej w szpitalu procedury systemu zarządzania jakością zgodnego z normą ISO serii 9001:2000. Łączy się ściśle z kryterium osiągnięcia celu - związanego z szeregiem przedsięwzięć - przygotowujących szpital, w tym ko-

mórkę epidemiologiczną do uzyskania certyfikatu jakości, który wydaje odpowiednia jednostka certyfikująca.

Faza druga polega na szkoleniach, które prowadzone są w kilku etapach:

- szkolenie ogólne, które prowadzone jest dla Zarządu (dyrekcji szpitala) oraz całego personelu medycznego i administracyjnego szpitala, obejmuje ono przekazanie niezbędnych informacji z zakresu norm ISO 9001:2000 w odniesieniu do rodzaju prowadzonej działalności;
- szkolenie cykliczne, prowadzone przez pełnomocnika ds. jakości. Szkolenia obejmują cały personel odpowiadający za jakość, który zaangażowany jest w proces tworzenia systemu jakości (szkolenia przez cały czas tworzenia Systemu Zapewnienia Jakości w zależności od etapu realizacji projektu). Szkolenie na tym etapie dotyczy:

- sporządzenia księgi jakości w odniesieniu do szpitala (w przypadku wdrażania ISO w sekcji dotyczy sekcji);
- tworzenia standardów, w tym standardów epidemiologicznych;
- sporządzania instrukcji pracy;
- określenia sposobu przechowywa-

nia dokumentacji;

- auditów wewnętrznych;
- działań korygujących i zapobiegawczych;
- raportowania;
- przygotowania do oceny;
- przygotowania auditorów wewnętrznych polegające na :
 - omówieniu szczegółowych wymogów certyfikatu ISO 9001:2000;
 - omówieniu szczegółowych wymogów certyfikatu ISO 10011 (Wytyczne do auditowania systemów jakości);
 - omówieniu zasad i metod przeprowadzania auditów wewnętrznych w szpitalu, sekcji oraz auditów zewnętrznych prowadzonych przez organ nadający certyfikat;
 - omówieniu rodzajów auditów;
 - omówieniu zasad pracy i tworzeniu dokumentacji w zespole auditorów.

- ostatnim etapem szkolenia jest pomoc merytoryczna w opracowaniu dokumentacji kadry kierowniczej oraz całego personelu odpowiadającego za funkcjonowanie systemu jakości, szkolenia z zakresu kosztów jakości:

- podział kosztów jakości w normach ISO 9001 : 2000;
- optymalizacja jakości przez użytkowników;

Faza trzecia polega na wdrażaniu i opracowywaniu dokumentacji systemu jakości, która zwykle dzieli się na trzy poziomy, różniące się przeznaczeniem, zakresem

i szczegółowością:

- księga jakości - jest to dokument ustalający politykę jakości i opisujący system jakości w szpitalu (dokument opracowywany jest w sekcji, w przypadku kiedy ISO wdrażane jest tylko w komórce epidemiologicznej);
- procedury zapewnienia jakości - są to dokumenty opisujące cele, odpowiedzialności i przebieg realizacji odpowiednich elementów systemu jakości;
- instrukcje zapewnienia jakości - są to dokumenty, opisujące szczegółowo jak elementy systemu jakości ustano-

epidemiologiczną i standardy diagnostyczne należy uznać, że odsetek ten jest znacznie wyższy.

Nie rozpoznani chorzy prątkujący stanowią zagrożenie zarówno dla innych pacjentów, szczególnie z immunosupresją jak również dla personelu medycznego. Trzeba podkreślić, że personel medyczny zatrudniony w gabinetach dentystycznych jest również grupą zawodową o szczególnym ryzyku narażenia na zachorowanie zawodowe. Stopień ryzyka oraz ochrona stomatologów przed zakażeniem gruźlicą zostały szczegółowo opisane w Raporcie CDC w 1994 r.

Do obszarów najwyższego zagrożenia wewnątrzszpitalnej transmisji prątków gruźlicy należą: 1. sale z chorymi prątkującymi, 2. boksy lub pokoje do pobierania wykrztuszonej lub indukowanej płwociny, 3. sale bronchoskopowe, chirurgiczne, intensywnej terapii, 4. sale autopsji, 5. laboratoria mikrobiologiczne.

NIEKTÓRE DANE O GRUŹLICY JAKO CHOROBY ZAWODOWEJ W POLSCE.

Monitorowanie częstości występowania chorób zawodowych pozwala na ocenę sytuacji epidemiologicznej wśród pracowników zatrudnionych w sektorach gospodarki narodowej, w tym także w ochronie zdrowia.

Pierwszym i jednym z najważniej-

szych etapów działań profilaktycznych jest oszacowanie ryzyka zawodowego występującego na stanowisku pracy. Ryzyko to określane jest jako możliwość wystąpienia niepożądanych zdarzeń mających skutki zdrowotne i związane jest z wykonywaniem pracy.

W wykazie chorób zawodowych zawartym w ustawie z 2002 (Dz. U. z 2002 r. nr 132, poz.1115) choroby pracowników ochrony zdrowia występują w 12 spośród 20 kategorii chorób. Najliczniejszą grupę stanowią choroby zakaźne i inwazyjne. W tej grupie chorób najczęściej zachorowań dotyczy WZW i gruźlica.

Pomimo stałego spadku wskaźników zapadalności na gruźlicę w populacji ogólnej, dopiero od 1998 roku obserwuje się spadek zachorowań w sektorze ochrony zdrowia. Proces ten charakteryzuje jednak zmienna dynamika.

Choroba może być uznana za chorobę zawodową jeśli spełnia następujące warunki:

- Znajduje się w wykazie chorób zawodowych
- Jest rozpoznana przez upoważnioną jednostkę
- Kliniczne objawy choroby odpowiadają biologicznemu skutkom działania czynnika szkodliwego, znajdującego się w środowisku pracy
- W przypadku czynników biologicz-

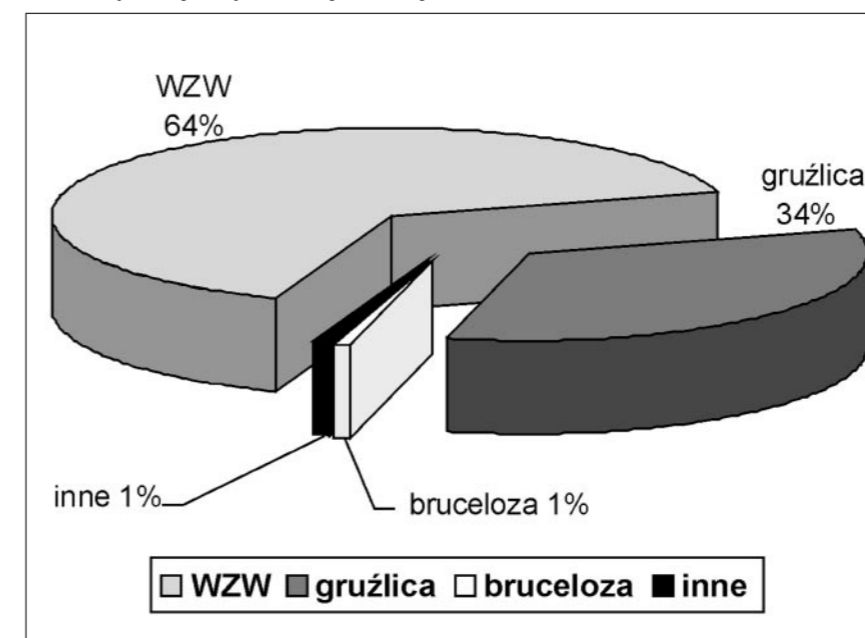
nych, do oceny skutków ich działania na organizm niezbędne jest określenie rodzaju czynnika, ustalenie czasu ekspozycji na ten czynnik oraz zdefiniowanie mechanizmu działania lub drogi szerzenia się czynnika ale bez określenia jego natężenia.

W przypadku zachorowania na gruźlicę nie jest określony czas zgłoszenia faktu zaistnienia choroby zawodowej. Pozwala to każdemu pracownikowi (aktualnemu i byłemu) ubiegać się o jej uznanie. Stwierdzenie choroby zawodowej jest decyzją administracyjną, która umożliwia pracownikowi korzystanie ze świadczeń zdrowotnych.

W Unii Europejskiej bezpieczeństwo i ochrona zdrowia pracowników oraz tworzenie odpowiednich przepisów prawnych jest zadaniem priorytetowym. Niestety w Polsce metody ochrony pracowników przed zakażeniami zawodowymi są niewystarczające. Z badań własnych wynika, iż w wielu szpitalach leczących chorych na gruźlicę pacjenci nie podlegają izolacji. Brak jest jednolitych procedur postępowania z chorym prątkującym zaś personel nie zawsze ma dostęp do środków ochrony osobistej takich jak rękawice ochronne czy maski z filtrem. Za stan bezpieczeństwa i higieny pracy odpowiedzialność zawsze ponosi pracodawca. Obowiązany jest on chronić zdrowie i życie pracowników poprzez zapewnienie bezpiecznych i higienicznych warunków pracy przy odpowiednim wykorzystaniu osiągnięć nauki i techniki. Głównym aktem prawnym w Polsce regulującym te kwestie jest Kodeks Pracy.

OPORNOŚĆ PRĄTKÓW GRUŹLICY NA CZYNNIKI FIZYCZNE I CHEMICZNE.

Mykobakterie w porównaniu z innymi gatunkami odznaczają się szczególną opornością na wiele czynników destrukcyjnie wpływających na każdą komórkę bakteryjną. Prątki dobrze przeżywają stan głębokiego zamrożenia, bardzo dobrze stan wysuszenia. Wysuszone prątki mogą przeżywać w oświetlonych pomieszczeniach przez wiele dni, a w ciemności przez wiele miesięcy. Przeżywają wiele miesięcy zdeponowane na kartkach książek i tygodników, na pościeli i odzieży zanieczyszczonej płwociną chorego. Czas przeżycia może być nawet dużo dłuższy, ale nie jest on do-



Rycina 1. Choroby zawodowe wśród pracowników służby zdrowia w 2003 roku w Polsce.

kładnie znany, ponieważ już obecnie nie prowadzi się tego typu badań. Z badań przeprowadzonych dawniej wiadomo, że prątki mogą przeżywać latami np. na pożywkach bakteriologicznych i czas prawie nieograniczony w temp - 75°C lub w formie zliofilizowanej.

Środowiskiem zapewniającym doskonałą żywotność prątków jest materiał biologiczny, a w szczególności śluz. Dlatego należy edukować chorych w kwestii zachowań w trakcie choroby wobec swoich najbliższych i zadbać o to, aby chorzy zarówno w domu jak i w szpitalu mieli dostarczane specjalne pojemniki do odkrztuszania płwociny. Prątki tracą żywotność pod wpływem temperatury - częściowo pod działaniem temp. 60°C przez 20 min i całkowicie po 2 min w temp. 100°C. Zawsze jednak biologiczny materiał zakaźny powinien być zabijany w autoklawach. Prątki nie posiadają form przetrwalnikowych, ale w stanie wysuszenia, bez aktywnego metabolizmu mogą przeżywać bardzo długo.

Mykobakterie są z reguły bardziej odporne na chemiczną dezynfekcję niż wegetatywne formy bakterii. Używane w szpitalach i przychodniach przeciwgruźliczych preparaty dezynfekcyjne muszą w swoim spectrum działania uwzględniać działanie przecioprątkowe. Szereg związków chemicznych charakteryzuje się działaniem przecioprątkowym. Obecnie, najbardziej popularnym składnikiem środków dezynfekcyjnych jest aldehyd glutarowy sam lub z dodatkami związków wspomagających jego działanie. Zarówno czas działania, jak i stężenie preparatu powinno być rygorystycznie przestrzegane, a stężenie związków o przedłużonym działaniu systematycznie kontrolowane za pomocą odpowiednich wskaźników. Wiele preparatów dezynfekcyjnych nowej generacji zawiera mieszaninę czynnych związków chemicznych jak również substancji powierzchniowo czynnych przez co zwiększony zostaje ich potencjał bakteriobójczy. Niektóre związki chemiczne to: Alkohole: np. 70 % roztwór C₂H₅OH może być używany do szybkiej dezynfekcji czystych powierzchni i rąk. Związki fenolowe są bardzo aktywne w stosunku do M.tuber-

culosis i przydatne do dezynfekcji szkła, metalowych instrumentów, urządzeń sanitarnych itp. Są stabilne i nie są inaktywowane przez mydła i związki organiczne, charakteryzują się nieprzyjemnym zapachem. Związki chlorowe, w których czynnym składnikiem jest wolny chlor są bardzo mało aktywne wobec prątków. Związki jodu uznawane są za substancje skutecznie zabijające prątki gruźlicy. Są stosunkowo nietoksyczne i mogą być używane do dezynfekcji instrumentów metalowych i szklanych, również do dezynfekcji skóry.

METODY ZAPOBIEGANIA TRANSMISJI PRĄTKÓW GRUŹLICY W PLACÓWKACH MEDYCZNYCH

Metody zapobiegania transmisji prątków gruźlicy jako chorobie zawodowej u pracowników medycznych oraz zapobiegania rozprzestrzenianiu się prątków gruźlicy drogą powietrzną zostały zawarte w wytycznych wydanym przez CDC 1990 r. i uaktualnione w 1994 r. w obszernym, 132 stronicowym dokumencie. Zasady opisano również po polsku przez Z. Zwolska i wsp. w artykułach i wytycznych publikowanych np. w Nowa Medycyna 1997 Zakażeniach 2001, Biuletynie Stowarzyszenia Higieny Lecznictwa 2001, Magazynie medycznym 2002, w Higienie Szpitalnej 2003, 2004 i innych oraz wygłoszono na ten temat szereg referatów i wykładów.

Zasady te opierają się na połączeniu wielu elementów wśród których najważniejsze to:

- odpowiednie wyposażenie techniczne konieczne do zredukowania ryzyka zachorowania wśród ludzi pracujących
- stosowanie się do bezpiecznych procedur w pracy.

Nadzór administracyjny Najważniejsze obowiązki należą do administracji placówki, która ustala zasady postępowania, opisuje procedury i egzekwuje ich przestrzeganie.

Do obowiązków administracji należy:

1. wyznaczenie stref najwyższego zagrożenia wewnątrzszpitalnej transmisji prątków gruźlicy
2. zagwarantowanie dostępu do szybkich metod diagnozowania gruźlicy

3. zapewnienie chorym prątkującym izolatem z odpowiednią wymianą powietrza
4. monitorowanie liczby przyjmowanych chorych z gruźlicą z oddzielną ewidencją chorych z gruźlicą lekooporną
5. prowadzenie badań profilaktycznych u pracowników
6. edukacja pracowników o transmisji gruźlicy i dostępnych na terenie jednostki medycznej metodach zabezpieczenia przed chorobą zawodową

Zaleca się natychmiastowe izolowanie chorych u których stwierdzono lub podejrzewa się gruźlicę płuc lub krtani. Izolacja może być zakończona tylko w przypadku skutecznej chemioterapii potwierdzonej 3 ujemnymi rozmazami mikroskopowymi płwocin pobranych w różnych dniach. U chorych wydających prątki odporne na leki skuteczność leczenia powinna być dłużej monitorowana, a izolacja przedłużona aż do całkowitego odprątkowania. Nadzór techniczny Kolejnym etapem jest nadzór techniczny nad kontrolą urządzeń zapobiegających wewnątrzszpitalnemu rozprzestrzenianiu się prątków gruźlicy. Warunki takie można osiągnąć poprzez: 1. odpowiednią wentylację i dezynfekcję zakażonego powietrza, monitorowanie wymian powietrza w salach chorych 2. sprawną pracę komór laminarnych, sprzętu diagnostycznego medycznego i laboratoryjnego 3. stosowanie lamp UV 4. poprawną utylizację odpadów medycznych.

Osobista ochrona personelu Stosowanie osobistych środków ochrony stanowi kolejny etap działań przed zakażeniem szpitalnym pracowników. Jest ono ściśle powiązane z dwoma poprzednimi poziomami. Do podstawowego, osobistego wyposażenia należą: fartuchy ochronne płócienne i plastikowe, rękawiczki gumowe lub/i lateksowe, odpowiednie mydła bakteriobójcze, czepki na włosy i maseczki na usta i nos.

W ochronie osobistej pracowników najważniejszym działaniem jest zabezpieczenie się przed wdychaniem powietrza zakażonego prątkami. Maseczki chirurgiczne papierowe lub bawełniane (stosowane bardzo popularnie w Polsce)

dziedzin względnie indywidualnych działań (procesów), występujących w szpitalu oraz porównać je z poprzednimi okresami lub z innymi szpitalami. Aby tego dokonać istotne jest przygotowanie komórki do wdrożenia systemu ISO. Wdrażanie systemu zarządzania w komórce epidemiologicznej realizowane będzie najczęściej jako element procesu wdrażania systemu jakości w całym zakładzie opieki zdrowotnej. Możliwe jest jednak w szczególnych sytuacjach wdrażanie systemu w samej komórce.

Projekt wdrażania norm ISO powinien być zbieżny z etapami wdrażania systemu w zakładzie opieki zdrowotnej, w tym również w komórce epidemiologicznej (tabela 1.). Zaleca się aby przebiegał w czterech następujących fazach:

1. Analiza istniejącego systemu zapewnienia jakości.
2. Szkolenia.
3. Dokumentacja i wdrażanie.
4. Przygotowanie do oceny.

Wszystkie wymienione fazy wymagają właściwego zaprojektowania, a następnie wdrożenia do realizacji. Wymaga to zastosowania i połączenia nowoczesnych technik zarządzania takich jak zarządzanie projektem czy zmianą.

Wdrażanie systemu jakości w szpitalu, w tym w komórce epidemiologicznej oprócz przeprowadzania szeregu procedur, wymaga opracowania harmonogramu wdrażania. Dobrze przygotowany harmonogram zespołowo wdrażania systemu jakości w znaczny sposób ułatwia przygotowanie i przeprowadzenie projektu wdrożeniowego. Przykładowy harmonogram pracy został zamieszczony w tabeli 2.

Odpowiednie opracowanie i przygotowanie harmonogramu wdrażania procedury certyfikacyjnej ma charakter ogólny. Ułatwia to jednak przejście do kolejnego etapu, który polega na szczegółowym identyfikowaniu procesów i wdrażaniu procedur.

Faza pierwsza polega na identyfikacji istniejącego systemu zapewnienia jakości i obejmuje:

- dokonanie szczegółowej oceny szpitala, w tym sekcji epidemiologii poprzez odniesienie każdego elementu

Tabela 1. Procedura wdrażania systemu zarządzania jakością w komórce epidemiologicznej.

Etap	Opis realizowanej procedury
I	<p>Ocena istniejącego systemu jakości i opracowanie koncepcji Systemu Zarządzania Jakością (wraz z możliwością jego modyfikacji).</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Zapoznanie się z istniejącym systemem jakości funkcjonującym w szpitalu - opracowanie ankiety, omówienie, analiza i agregacja zidentyfikowanych problemów. Interpretacja normy ISO 9001:2000 oraz uzyskanie istotnych podstaw do projektowania systemu zarządzania jakością, ze szczególnym uwzględnieniem specyfiki realizowanych świadczeń i usług medycznych przez szpital. 2. Pomoc i wybór jednostki certyfikującej (realizuje pełnomocnik ds. jakości powołany przez szpital). 3. Opracowanie koncepcji systemu zarządzania jakością w pełnym odniesieniu do ISO 9001:2000. 4. Opracowanie algorytmu ułatwiającego wdrożenie Systemu Zarządzania Jakością. 5. Opracowanie misji i polityki jakości realizowanej przez szpital. 6. Przygotowanie programów do przeprowadzenia szkoleń z personelem szpitala. 7. Organizacja szkolenia dla zarządu i kierownictwa szpitala. Procesowe zarządzanie jakością, interpretacja wymagań normy ISO 9001:2000. 8. Organizacja szkolenia dla personelu szpitala: Zasady dokumentowania systemu jakości dotyczących procedur epidemiologicznych.
II	<p>Modelowanie procesów szpitala z uwzględnieniem wymagań normy ISO 9001:2000 w aspekcie komórki epidemiologicznej.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Analiza zakresów obowiązków, odpowiedzialności i uprawnień personelu komórki epidemiologicznej. 2. Wypracowanie i uzgodnienie z zarządem (pełnomocnikiem ds. jakości) szpitala koncepcji w zakresie odpowiedzialności i kompetencji dotyczących modelowania procesów w projektowanym systemie epidemiologicznym szpitala. 3. Analiza i weryfikacja obecnie funkcjonującej dokumentacji w ramach projektowanego systemu Zarządzania Jakością. 4. Mapowanie procesów (wykres Ischikawy). 5. Koncepcja wdrożenia docelowej dokumentacji w ramach projektowanego systemu (Księga jakości, procedury systemowe, standardy medyczne, opisy procesów itp.). 6. Pomoc przy realizacji wdrażania procedur Systemu Zarządzania Jakością. 7. Przeprowadzenie szkoleń doskonalących. 8. Szkolenie przygotowujące do auditu wewnętrznego.
III	<p>Wdrożenie systemu zarządzania jakością.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Przeprowadzenie warsztatów: Zastosowanie i prowadzenie wdrożonej dokumentacji. 2. Przeprowadzenie auditów wewnętrznych. 3. Weryfikacja niedociągnięć stwierdzonych w czasie prowadzenia auditu. 4. Przeprowadzenie przeglądu wdrażanego systemu i usunięcie ewentualnych niedociągnięć.
IV	<p>Certyfikacja systemu zarządzania jakością. Zgłoszenie szpitala do auditu certyfikującego System Zarządzania Jakością.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Zgłoszenie szpitala do auditu certyfikującego (pełnomocnik ds. jakości). 2. Przygotowanie personelu szpitala do auditu certyfikującego. 3. Usuwanie niezgodności systemowych stwierdzonych w audicie wstępnym. 4. Audit certyfikujący.

5	Współpraca z Komitetem Normalizacyjnym	1. Udział przedstawiciela Zarządu w posiedzeniach Komitetu Normalizacyjnego	4 x w roku w wyznaczonych terminach	Przedstawiciel Zarządu
6	Współpraca z Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych	1. Udział przedstawiciela Zarządu PSPE w Państwowych Komisjach Egzaminacyjnych w specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego	2 x w roku	Przedstawiciel Zarządu
7	Wydanie biuletynu „Pielęgniarka epidemiologiczna”	1. Zebranie i opracowanie treści biuletynu „Pielęgniarka epidemiologiczna” 4 razy w roku	zakończenie każdego kwartału (4 razy w roku)	Redakcja
8	Prezentacja zawodu pielęgniarki epidemiologicznej w środkach masowego przekazu	2. Rozesłanie kwartalnika członkom i instytucjom		Biuro
9	Współpraca z organizacjami rządowymi, i pozarządowymi	1. Organizowanie konferencji prasowych	Cały rok	Prezes PSPE
10	Działania na rzecz rozwoju pielęgniarstwa epidemiologicznego	2. Współpraca z dziennikarzami, TV, radiem i prasą		
11	Opracowywanie i rozpowszechnianie procedur, standardów w zakresie profilaktyki i zwalczania zakażeń	1. Kontynuacja współpracy z przedstawicielami władz, senatorami i posłami	Cały rok	Przedstawiciel Zarządu
		2. Kontynuacja współpracy z urzędami i stowarzyszeniami działającymi na rzecz zapobiegania i kontroli zakażeń szpitalnych		
		3. Udział przedstawiciela Zarządu w pracach nad Ustawą, Rozporządzeniami w zakresie profilaktyki i kontroli zakażeń		
		1. Udział czynny i bierny przedstawicieli Zarządu PSPE w konferencjach, sympozjach, szkoleniach krajowych i zagranicznych	Cały rok	Zarząd
		1. Zakończenie prac i wydanie zeszytów tematycznych opracowywanych procedur i standardów	Cały rok	Grupy robocze
				Zarząd Biuro

Wdrażanie systemu zarządzania jakością w komórkach epidemiologicznych zakładów opieki zdrowotnej

Międzynarodowe normy stały się w dniu dzisiejszym rzeczywistym standardem zarządzania jakością, tak w skali mikro jak i makroekonomicznej. Istotną rolę w konfiguracji przedsięwzięć związanych z wdrażaniem systemów jakości odgrywają komórki epidemiologiczne w zakładach opieki zdrowotnej. Ze względu na obszerność i rozległą problematykę zagadnień, którymi się zajmują proces wdrażania systemu ISO jest zagadnieniem złożonym. Dodatkowym problemem jest fakt,

że aktualnie brakuje szkoleń, które ułatwiłyby i przejrzyście przedstawiały procedurę wdrażania systemu w komórce epidemiologicznej. Najczęściej problematyką jakościową w komórkach zajmują się pielęgniarki epidemiologiczne, które muszą dodatkowo zdobywać wiedzę z nowego obszaru, jakim jest teoria jakości.

Pojęcie jakości w odniesieniu do świadczenia i do epidemiologii nie jest obce. To właśnie tylko i wyłącznie dzięki świadczeniu usług medycznych

na wysokim poziomie minimalizujemy ryzyko pojawienia się zakażeń. Jakość działalności szpitala jest sumą świadczeń cząstkowych, w tym również związanych z działalnością epidemiologiczną. Pomiaru i oceny jakości można dokonać obiektywnie według przyjętych kryteriów, które wcześniej powinny zostać ustalone. W celu pomiaru oceny całej działalności szpitala zaleca się podzielić ogólną ocenę jakości na poszczególne elementy cząstkowe. W ten sposób można ocenić jakość różnych

nie zabezpieczają przed wniknięciem wilgotnych cząstek materiału biologicznego. Cząstki te osadzają się w okolicach nosa lub ust ludzi przebywających w otoczeniu chorego (pracowników medycznych, odwiedzających chorego członków rodziny itp.). Maski posiadają ograniczoną zdolność filtracyjną, w trakcie używania połączają się, opadają, odsłaniając nos i usta i nie stanowią żadnej ochrony przed małą cząsteczkowym aerozolem zawierającym prątki. Respiratory są odmianą maski chirurgicznej, posiadają zdolność zatrzymywania na zewnątrz drobnych cząstek bakteryjnych, są tak wyprofilowane, że ściśle przylegają do twarzy obejmując nos i usta. W 1996 r. OSHA (Occupational Safety and Health Administration) opisała szczegółowo i podzieliła na klasy respiratory osobiste chroniące przed aerozolem pracowników medycznych. Są one oznakowane literami N, P i R i ich skuteczność jest określana jako 99,97 %, 99 % i 95 % odpowiednio. Respiratory klasy N są przeznaczone do

użycia dla zabezpieczenia się przed „nie olejowymi aerozolami, izatrzymującą cząsteczkę średnicy 0.3 µm”. Biorąc pod uwagę kryteria skuteczności, kosztów, komfortu używania i poziomu akceptacji przez personel medyczny, z trzech wymienionych rodzajów respiratorów wybrano i zarekomendowano do użycia respirator osobisty N-95.

Na koniec należy przypomnieć, że zakażenia wywołane przez *Mycobacterium tuberculosis* znajdują się w klasyfikacji WHO dotyczącej ryzyka zawodowego u personelu medycznego w III grupie mikroorganizmów wspólnie z innymi przenoszonymi drogą powietrzną. Bezpieczna praca zależy od wypełnienia szeregu czynników z których do najważniejszych poza wszystkimi metodami ochrony należą: odpowiedzialność za bezpieczeństwo swoje i swoich kolegów i poprawne zachowanie się zatrudnionych ludzi. (Praca częściowo finansowana przez Grant KBN 3 PO5D 096 22)

Zofia Zwolska
Anna Domagała-Krzewiak
Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc
Warszawa
z.zwolska@igichp.edu.pl

Zofia Zwolska - profesor mikrobiologii, specjalista II stopnia z mikrobiologii lekarskiej, Kierownik Zakładu Mikrobiologii i Krajowego Referencyjnego Laboratorium Prątka w Instytucie Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie. Autor i współautor 200 publikacji, skryptów i książek poświęconych głównie problemom gruźlicy: wykrywania gruźlicy u ludzi i zwierząt, antybiotykoterapii, zakażeń szpitalnych, zakażeń zawodowych, dochodzeń epidemiologicznych itp. Konsultant WHO ds. Gruźlicy w Europie i Azji, członek Międzynarodowej Unii P/Gruźliczej, członek dwóch komitetów PAN i innych towarzystw naukowych.

Mgr Anna Domagała - Krzewiak - Absolwentka Wydziału Pielęgniarskiego Akademii Medycznej w Lublinie. Od 1998 roku zatrudniona w IG i CHP w Warszawie. Od 1999 Asystent ds. Kontroli Zakażeń Szpitalnych. W latach 2000-2002 przewodnicząca Sekcji Pielęgniarek Epidemiologicznych przy Warszawskiej Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych. Od 2003 członek Państwowej Komisji Egzaminacyjnej egzaminu z dziedziny pielęgniarstwa epidemiologicznego. Od stycznia 2005 przewodnicząca Komisji. Członek Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Epidemiologicznych oraz PTF.

Komunikat Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego w sprawie uruchomienia programu „Studia pomostowe dla pielęgniarek i położnych”

Stanowisko Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego Ministerstwa Zdrowia w sprawie przystąpienia do specjalizacji w dziedzinach określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 30 września 2002 roku w sprawie uzyskiwania tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia - przez osoby, które uzyskały tytuł zawodowy magistra na kierunku pielęgniarstwo.

Zgodnie z art.10 ust.6 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 91, poz. 408

z późn. zm.), przedmiotowego rozporządzenia nie stosuje się do zawodów, dla których uzyskania tytułu specjalisty określają odrębne przepisy. Przepisy dotyczące kształcenia podyplomowego zawarte w przepisach ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej, dotyczą kształcenia pielęgniarek i położnych wykonujących zawód pielęgniarki/położnej. Wykaz dziedzin, w jakich odbywa się kształcenie podyplomowe i dziedzin określonych w przedmiotowym rozporządzeniu jest inny, z wyjątkiem dziedziny „promocja zdrowia i edukacja

zdrowia”, które znajdują się zarówno w jednych jak i drugich przepisach.

W związku z powyższym, zdaniem Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego, § 13 ust. 1 rozporządzenia ma zastosowanie do osoby, która uzyskała tytuł zawodowy magistra na kierunku pielęgniarstwo, z wyłączeniem przypadku specjalizacji w dziedzinie „Promocja zdrowia i edukacja zdrowotna” przez osobę wykonującą zawód pielęgniarki/położnej.

Specjalizacja z epidemiologii



KRAJOWY SPECJALISTA ds. EPIDEMIOLOGII

Prof. dr hab. nauk med. Andrzej Zieliński

Zakład Epidemiologii Państwowego Zakładu Higieny
ul. Chocimska 24, 00-791 WARSZAWA
Tel.: 54-21-204, Fax: 54-21-327, e-mail: azielinski@pzh.gov.pl

EE-0021-4/2005

Warszawa, dnia 18.01.2005 r.

Pani
Bogumiła Bober-Gheek
Polskie Stowarzyszenie
Pielęgniarek Epidemiologicznych
ul. Śniadeckich 9/19
31-531 Kraków

Z satysfakcją pragnę zawiadomić Panią, że w interpretacji Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego Ministerstwa Zdrowia, specjalizacja z epidemiologii dla nie lekarzy obejmuje również magistra pielęgniarstwa. Jest rzeczą oczywistą, że te elementy programu specjalizacji, które są pokryte wykształceniem pielęgniarstwowym magisterskim (w zakresie nauk podstawowych) winny być zaliczone a oparciu o dokumentację wysłuchanych wykładów i odbytych ćwiczeń.

W związku z tym nasze wspólne planowane starania zostały "uwieńczone sukcesem" zanim zostały podjęte.

W załączeniu przesyłam stanowisko Departamentu nauki i Szkolnictwa Wyższego Ministerstwa Zdrowia. Wyrażam nadzieję na szeroki udział magistrów pielęgniarstwa w specjalizacji z epidemiologii.

Andrzej Zieliński

Plan pracy Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Epidemiologicznych na 2005r.

Plan pracy PSPE 2005 r.

Cele ogólne:

1. Podejmowanie działań na rzecz rozwoju pielęgniarstwa epidemiologicznego.
2. Określenie standardów kształcenia podyplomowego w zakresie pielęgniarstwa epidemiologicznego.
3. Podejmowanie inicjatyw i promocja skutecznych rozwiązań w zakresie profilaktyki i zwalczania zakażeń szpitalnych.
4. Integracja środowiska pielęgniarek epidemiologicznych.
5. Reprezentowanie interesów grupy pielęgniarek epidemiologicznych.

	Cele szczegółowe	Formy realizacji	Termin realizacji	Wykonawcy
1	Prowadzenie ewidencji członków PSPE	1. Prowadzenie rejestru członków PSPE	Cały rok	Biuro
		2. Przyjmowanie nowych członków	Zebrania Zarządu	Zarząd
		3. Skreślenie z rejestru członków PSPE		
2	Organizacja VIII Zjazdu PSPE połączonego z konferencją	1. Wyszukanie i przedstawienie propozycji miejsca zjazdu	Styczeń 2005	Komitet organizacyjny
		2. Skalkulowanie kosztów konferencji w poszczególnych ośrodkach	Maj 2005	Zarząd
		3. Wybór ośrodka na VIII Zjazd i zatwierdzenie miejsca Zjazdu		Biuro
		4. Przygotowanie informacji o Zjedzie		
		5. Organizacja i przeprowadzenie Konferencji naukowej		
3	Przygotowanie Walnego Zgromadzenia członków PSPE	1. Opracowanie programu walnego zgromadzenia	Styczeń-luty 2005	Zarząd
		2. Rozesłanie programu Walnego Zgromadzenia do członków PSPE		Biuro
		3. Zorganizowanie i przeprowadzenie Walnego Zebrania członków PSPE		
4	Zmiana statusu PSPE na organizację pożytku publicznego	1. Zebranie informacji na temat organizacji pożytku publicznego	I kwartał	Zarząd
		2. Udzielanie informacji na temat organizacji pożytku publicznego		Biuro
		3. Opracowanie zmian w Statucie dostosowujące zapisy do rozporządzenia o organizacjach pożytku publicznego		Zarząd
		4. Dostosowanie Statutu pod względem prawnym do Ustawy pożytku publicznego		Radca prawny
		5. Przygotowanie dokumentacji do przekształcenia Stowarzyszenia w organizację pożytku publicznego		Radca prawny
		6. Podjęcie uchwały o zmianie statusu Stowarzyszenia		Walne Zgromadzenie
		7. Przygotowanie dokumentacji do złożenia w sądzie	II kwartał	Radca prawny