Grudzień 2005 Nr 4 (23) ISSN 1641-3350

PSPE
EPIDEMIO INFORMATOR
PIELĘGNIARKA
LOGICZNA
Kwartalnik Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Epidemiologicznych

Świąt białych, pachnących choinką,
skrzypiących śniegiem pod butami,
spędzonych w cieplej, rodzinnej atmosferze,
pełnych niespodziewanych prezentów.
Świąt dających radość i odpoczynek,
oraz nadzieję na Nowy Rok,
żeby był jeszcze lepszy niż ten,
co właśnie mija.

Niech te święta Bożego Narodzenia
przyniosą nam wiele radości,
Niech uśmiech zagości w domach,
Niech ogarnie nas ciepło wigilijnej świecy,
a jej blask zamieni się w żywe iskierki w oczach,
Niech samotność odejdzie w niepamięć,
Niech zima otula nas białym puchem,
jak ciepły koc przy kominku,
Niech bieluteńkie gwiazdeczki
skrzypią wesoło pod naszymi butami
na wieczornym spacerze.
Niech dobry Bóg namaluje
szczęście na naszych twarzach,
Niech miłość dotyka nas delikatnie,
lecz bez ustanku,
Niech marzenia płyną wysoko w górę
i spełniają się...

23

DZIEŃ WIGILIJNY

Najbardziej uroczystym dniem roku była i pozostaje nadal wigilia Bożego Narodzenia. Chociaż jest ostatnim dniem adwentu, odbiega jednak swym nastrojem od innych dni tego okresu. Wprawdzie trwa jeszcze post, co więcej, jest on nawet bardziej surowy, ale wszystko tętni już radością, jaką sprawia Boże Narodzenie.

Na przestrzeni dziejów ludzkości, w tym dniu obchodzono kilka świąt, które miały odmienny charakter, w zależności od czasu i szerokości geograficznej. Wiele zwyczajów praktykowanych w dzień wigilijny ma początek bardzo odległy. Zachowały się w nich liczne elementy pochodzenia antycznego i przedchrześcijańskiego. W starożytnym Rzymie obchodzone było uroczyste święto ku czci boga Saturna, uważanego za bóstwo zasiewów jesiennych. Uroczystości te trwały od 17 do 24 grudnia i nazywane były Saturnaliami. Rozpoczynano je zawsze od przeprosin i wzajemnego darowania uraz. Domy dekorowano zielenią. Przez cały tydzień wszyscy się bawili, składali sobie wizyty i obdarowywali się prezentami.

W zwyczajach związanych ze świętami Bożego Narodzenia występują również podobieństwa do rzymskich świąt ku czci zmarłych - Compitalii i Larentalii, obchodzonych 23 grudnia, a także słowiańskich „świątek" na cześć dusz zmarłych. Niegdyś wieczerza wigilijna miała charakter stypy zadusznej, na którą przygotowywano obrzędowe potrawy dla zmarłych. Były to między innymi: bób, fasola, miód, kapusta i ryby. Ślady tego kultu zachowały się do dziś w zwyczajach i obrzędach wigilijnych.

Wigilie znane były już w Starym Testamencie i nazywano je „wieczorami". W domach Izraelitów, w dzień przed świętem czyniono wszelkie przygotowania, łącznie ze sporządzeniem jedzenia, by dzień świąteczny był wolny od wszelkiej pracy. Zwyczaj ten przejęli również chrześcijanie. Rzymianie wigiliami nazywali nocne godziny straży, trwające od zachodu słońca. Właśnie ta nazwa została przyjęta na określenie nabożeństw odprawianych w noc poprzedzającą uroczystość. W przeddzień uroczystości zachowywano post, aby w połączeniu z modlitwą, należycie się do niej przygotować.

Dzień poprzedzający Boże Narodzenie obchodzony był najuroczyściej ze wszystkich wigilii. Najważniejszym jego momentem była oczywiście wieczerza wigilijna, stanowiąca uwieńczenie oczekiwania i początek przeżywania tajemnicy wcielenia.

Dzień wigilijny, dzięki swojej przebogatej obrzędowości ludowej należał zawsze do wyjątkowych i osobliwych dni roku. Przy chrześcijańskiej interpretacji wierzeń i obrzędów wynikających bezpośrednio z katolickich świąt Bożego Narodzenia, zachowały się pewne elementy przedchrześcijańskie, pochodzenia antycznego i słowiańskiego. Noszą one znamię kultów agrarnych i zaduszkowych. Właśnie z nich wypływało przeświadczenie, że dzień ten, w zależności od wydarzeń i przeżyć osobistych, decydował o szczęściu lub nieszczęściu, pomyślności czy zmartwieniach w nadchodzącym roku.

Zakończenie wszelkich prac, wysprzątanie izby i obejścia, ozdoby, niespotykana w innych porach roku obfitość jedzenia i wreszcie liczne zakazy, stwarzały granicę pomiędzy codziennością a świętem, które rozpoczynano wraz z dostrzeżeniem pierwszej gwiazdy, tak niecierpliwie przez wszystkich oczekiwanej, aby zasiąść przy wigilijnym stole.

Wieczór tak niezwykłego dnia, jakim jest wigilia Bożego Narodzenia, wypełniony jest różnorakimi zwyczajami o charakterze magicznym i próbami określenia przyszłości. Wypływać to może z dawnej tradycji, kiedy ten dzień traktowano jako ostatni w roku, a w związku z tym zawierający moc odkrywania tajemnic przyszłych zdarzeń.

Wieczerza wigilijna z jednej strony jest jeszcze ucztą o postnym charakterze adwentowym, a z drugiej strony jest już początkiem radosnego święta Narodzenia Pańskiego.

Ze względu na to, iż w wiekach średnich Wigilia uważana była za ostatni dzień roku, związało się z nią nierozerwalnie wiele przepowiedni, magicznych zabiegów i wróżb o charakterze agrarnym, matrymonialnym oraz zapowiadających długość życia. Wszyscy pragnęli poznać lub wywołać dla siebie, domu i całej społeczności jak najlepszą przyszłość.

Maria Kuczerenko

Modlitwa Wigilijna

Maryjo czysta, błogosław tej,
Co w miłosierdzie nie wierzy.
Niech jasna twoja strudzona dłoń
Smutki jej wszystkie uśmierzy.
Pod twoją ręką niechaj płacze lżej.
Na wigilijny ześlij jej stół
Zielone drzewko magiczne,
Niech, gdy go dotknie, słyszy gwar pszczół,
Niech jabłka sypią się śliczne.
A zamiast świec daj gwiazdę mroźnych pól.
Przyprowadź blisko pochód białych gór,
Niechaj w jej okno świecą.
Astrologowie z Chaldei, z Ur,
Pamięć złych lat niech uleczą.
Zmarli poeci niechaj dotkną strun
Samotnej zanucą kolędę.

Cz. Miłosz

Powrót

A podana jest gdzieś ulica
(lecz jak tam dojść? którędy?),
ulica zdradzonego dzieciństwa,
ulica Wielkiej Kolędy.
Na ulicy tej taki znajomy
w kurzu z węgla, nie w rajskim ogrodzie,
stoi dom jak inne domy,
dom, w którym żeś się urodził.
Ten sam stróż stoi przy bramie.
Przed bramą ten sam kamień.
Pyta stróż: „Gdzieś pan był tyle lat?”
„Wędrowałem przez głupi świat „.
Więc na górę szybko po schodach.
Wchodzisz. Matka wciąż taka młoda.
Przy niej ojciec z czarnymi wąsami.
I dziadkowie. Wszyscy ci sami.
I brat, co miał okarynę.
Potem umarł na szkarlatynę.
Właśnie ojciec kiwa na matkę,
Że czas się dzielić opłatkiem,
więc wszyscy podchodzą do siebie
i serca drżą uroczyście
jak na drzewie przy liściach liście.
Jest cicho. Choinka płonie.
Na szczycie cherubin fruwa.
Na oknach pelargonie
blask świeczek złotem zasnuwa,
a z kąta, z ust brata, płynie
kolęda na okarynie:
Lulajże, Jezuniu,
moja perełko,
Lulajże, Jezuniu,
me pieścidełko.

K. I. Gałczyński

PSPE

Grudzień 2005
Nr 4 (23)

SPIS TREŚCI:

OD REDAKCJI

KONFERENCJE I ZJAZDY

I Kongres Naukowo-szkoleniowy Polskiego Towarzystwa Leczenia Ran 5

KONTROLA ZAKAŻEŃ SZPITALNYCH

Choroby wywołane przez priony 6

Zapobieganie HIV/ AIDS w Unii Europejskiej 8

Zmiany w jamie ustnej a zakażenie wirusem HIV 9

Grypa ostatnią niekontrolowaną plagą ludzkości 11

KSZTAŁCENIE

Dlaczego każda pielęgniarka epidemiologiczna powinna poznać zagadnienia z zakresu organizacji i zarządzania ekonomiką ochrony zdrowia? 15

AKTUALNOŚCI

List z Departamentu Nauki i Szkolnictwa 17

Nowe możliwości 18

Sprawozdanie ze spotkania Pielęgniarek Epidemiologicznych makroregionu lubelskiego 18

Komunikat GIS 18

Międzynarodowe Partnerstwo w zwalczaniu ptasiej grypy i pandemii grypy 19

Z NASZYCH DOŚWIADCZEŃ

W zapobieganiu ekspozycji zawodowej krwią 21

Raz jeszcze etyka 22

Dokąd idziesz pielęgniarko? 24

PRAWO

Rozporządzenie MZ w sprawie zakresu zadań lekarzy, pielęgniarek i położnych 25

Rozporządzenie MZ w sprawie trybu i sposobu przekazywania preparatów 28

Nowe formularze zgłoszeń 30

WYDAWNICTWA POLECANE

Drodzy Czytelnicy !

Coraz szybszym krokiem ponownie zbliżamy się do świąt Bożego Narodzenia. Warto przy tej okazji uświadomić sobie, że nasze zwyczaje i kultura dotycząca tych dni należy do jednych z najpiękniejszych i najwartościowszych na świecie. Dlatego świętom w Polsce zawsze towarzyszy niepowtarzalny klimat i atmosfera.

Momentem najważniejszych przeżyć w naszych domach jest wigilia Bożego Narodzenia. Samo słowo wigilia pochodzi z języka łacińskiego i oznacza czuwanie. Dawny zwyczaj kultywowany w Kościele nakazywał, by w dniu poprzedzającym ważne uroczystości zachować post i wspólnie oczekiwać nadejścia nowego dnia.

Dzisiaj uczta wigilijna ma charakter rodzinny, zaprasza się na nią tych, którzy mieszkają samotnie. Gdy na niebie ukaże się pierwsza gwiazda wszyscy siadają do stołu. Szczególnie wzruszającym momentem wieczerzy jest zwyczaj łamania się opłatkiem, który oznacza wzajemne poświęcenie się jednych dla drugich oraz przypomina, że ostatni nawet kawałek chleba należy podzielić z bliźnim. Ta chwila zbliża oddalonych, łączy umarłych z żywymi i jedna skłóconych. Znany jest zwyczaj pozostawiania wolnego miejsca przy stole wigilijnym dla każdego zabłąkanego, który zapuka do naszych drzwi prosząc o gościnę. Pozostawiając wolne miejsce wyrażamy pamięć o naszych bliskich zmarłych lub będących w oddaleniu. Powszechnie zachowywany jest zwyczaj wkładania siana pod biały obrus na stół, przy którym będzie spożywana wieczerza. Przypomina nam on ubóstwo groty betlejemskiej.

Według tradycji osoby zasiadające przy stole spożywają dwanaście postnych potraw. Owymi potrawami są: zupa rybna, migdałowa lub barszcz z uszkami, różne ryby z tradycyjnymi przyprawami (np. karp na szaro, szczupak po żydowsku), groch, grzyby, kluski z makiem, owoce świeże, suszone i gotowane..

Jeszcze dziś w niektórych rejonach Polski na wsiach, przed wieczerzą do mieszkania przynosi się snop zboża i stawia w kącie izby. Niezwykle istotnym, nie tylko dla małych dzieci jest zwyczaj przystrajania choinki. Choinka, przystrajana różnymi słodyczami oraz owocami przed południem w wigilię, jest symbolem „drzewa życia". To właśnie pod nią tajemniczy święty Mikołaj pozostawia liczne prezenty, jednak nasi przodkowie rozdawali je dopiero w Nowy Rok. Począwszy od wieczoru wigilijnego aż do Nowego Roku całe rodziny spędzały czas na wspólnym kolędowaniu. W tym czasie obowiązywał zakaz wykonywania wszelkich prac po zachodzie słońca. Panował klimat serdeczności, wzmacniały się więzi pokoleń.

Mamy nadzieję, że wspomniany zaledwie fragment bogatej polskiej tradycji skłoni nas do głębszego jej poznania, zrozumienia i powrotu do dawnych zwyczajów podczas tegorocznego wieczoru wigilijnego.

Niech zbliżające się święta Bożego Narodzenia oraz nowy rok wniosą w Wasze życie radość i pokój, Niech Wasze domy ogrzeje ciepły uśmiech i wzajemna życzliwość, a w oczach Waszych niechaj zabłyśnie najpiękniejsza z gwiazd: Gwiazda Betlejemska.

Redakcja

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

Redaguje zespół:
Grażyna Smektała - redaktor naczelny
oraz
Małgorzata Fleischer
Bogumiła Bober-Gheek

Adres redakcji:
ul. Koszarowa 5
51-419 Wrocław
tel./fax (071) 3250612
e-mail: smektala@poczta.onet.pl

Druk:
PETIT 51-419 Wrocław,
ul. Kuropatwia 5

Nakład:
600 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 Mirosława Malara

Adres Zarządu PSPE:
ul. Grabiszyńska 105
53-439 Wrocław
tel./fax (071) 3349614
e-mail: pspe@onet.pl
www.pspe.pl

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.

I Kongres Naukowo- Szkoleniowy Polskiego Towarzystwa Leczenia Ran

W maju 2003 roku rozpoczęło swoją działalność Polskie Towarzystwo Leczenia Ran, które obecnie zostało przyjęte w poczet Europejskiego Towarzystwa Leczenia Ran.

W dniach 24 - 27 listopada 2005 r. odbył się I Kongres Naukowo- Szkoleniowy PTLR „Leczenie Ran – wyzwanie XXI wieku" pod honorowym patronatem dr K. Radziwiła Prezesa NRL i prof. dr hab. G. Brębowicza Rektora AM w Poznaniu.

Przewodniczący Komitetu Organizacyjnego Kongresu PTLR dr n. med. M. Sopata powitał uczestników w tym pielęgniarki i innych specjalistów związanych z problemami leczenia ran przewlekłych. W Kongresie brało udział blisko 700 uczestników z całego kraju.

Zgodnie z programem w ciągu trzech dni odbyły się sesje plenarne, sesje satelitarne, sympozjum i warsztaty.

PTLR zostało zaproszone do udziału w grancie naukowym o charakterze międzynarodowym, dotyczącym projektu, którego celem jest ujednolicenie procedur leczniczych ran przewlekłych. Podkreślono istotny udział pielęgniarek w pracach tego programu w Hiszpanii.

Program I Kongresu PTLR obejmował m. in. następujące tematy:

- Kompresoterapia
- Aktualne poglądy na prewencję i leczenie stopy cukrzycowej
- Teoria wilgotnego gojenia ran- jak dobrać właściwy opatrunek do rany?
- Etiopatogeneza i leczenie miejscowe przewlekłych owrzodzeń goleni
- Aktywna terapia ran: eliminacja barier w procesie gojenia ran przewlekłych
- Rola srebra w leczeniu ran
- Profilaktyka i leczenie odleżyn
- Mikrobiologia rany przewlekłej
- Leczenie zachowawcze i operacyjne rany oparzeniowej

W warsztatach m. in. przedstawiano temat badań bakteriologicznych w diagnostyce ran przewlekłych. Zaprezentowano również wyniki badań leczenia ran przewlekłych w oparciu o różne metody leczenia (zmienność pól magnetycznych, nowoczesne opatrunki: hydrożelowe, z Ag, kolagenem ,terapia hyperbaryczna).

Na uwagę zasługuje temat dotyczący posiewów z ran „Rutynowe wykonywanie posiewu z powierzchni rany nie pozwala na określenie czynnej infekcji. Badania ilościowe (stężenie bakterii/ cm^2) są bardziej miarodajne w określeniu aktywności zakażenia bakteryjnego, szczególnie bakteriami tworzącymi biofilm. Bardzo ważne jest leczenie zewnętrzne, powinno ono pomagać w zwalczaniu namnażania się bakterii. ...

Schematy postępowania zależą od objawów zakażenia bakteryjnego, etapu gojenia rany".

Ciekawy wykład o septycznych powikłaniach dostępu naczyniowego przedstawił dr hab. med. M. Pertkiewicz „Nie zawsze występuje zaczerwienienie i bolesność tkanek w przebiegu cewnika. ... Często powikłaniem tych zakażeń jest zakażona zakrzepica. Stosowanie cewników impregnowanych antybiotykami lub substancjami p/ bakteryjnymi zapobiega infekcji przez względnie krótki czas. Podstawą zapobiegania jest opatrunek, zapobiegający zakażeniom z zewnątrz, ale również stwarzający warunki utrudniające rozwój drobnoustrojów bytujących w skórze chorego ".

Wiele uwagi poświęcono właściwościom srebra w zapobieganiu zakażeniom ran.

Podkreślono, iż opatrunki nowej generacji utrzymują odpowiedni poziom wilgotności, wraz z wysiękiem z rany usuwają drobnoustroje obecne w wydzielinie, są nieprzepuszczalne dla bakterii, chronią ranę przed wtórnym zakażeniem i zabrudzeniem. Opatrunki z zawartością srebra nanokrystalicznego niszczą najgroźniejsze szczepy bakterii (np. MRSA), nie powodując ujemnych skutków.

Ogromne zainteresowanie tematami leczenia ran świadczy o rosnącej świadomości tego problemu, który jest także problemem społecznym (ból, kalectwo, koszt). Rola i zadania pielęgniarki epidemiologicznej mają istotny wpływ w leczeniu ran przewlekłych.

Urszula Sikorska

Pielęgniarka Epidemiologiczna ASK
we Wrocławiu

Choroby wywołane przez priony

PROFILAKTYKA SZPITALNYCH ZAKAŻEŃ CJD

Cieszysz się młodością, sprawnością i siłą. Jesteś zdrowy, nie masz najmniejszych dolegliwości żołądkowych czy jelitowych. Nie boli cię gardło czy zęby. Można o tobie powiedzieć, że masz perfekcyjne zdrowie. Nie wiesz jednak, że w tej i każdej następnej chwili byłeś, jesteś i będziesz siedliskiem setek miliardów drobnoustrojów. Są dosłownie wszędzie. Większość z nich nie da nawet o sobie znać, są jednak i takie, które mogą wywołać groźne choroby. Przykładem nowych patogenów są priony (PrPsc – proteinaceus infectious particles). Teoria infekcyjnych białek prionowych wywołujących kilka śmiertelnych chorób zwyrodnieniowych układu nerwowego zarówno u ludzi, jak i u zwierząt okazała się sprzeczna z dotychczasowymi poglądami wielu naukowców.

Priony to „ białkowe cząstki infekcyjne" nie zawierające kwasów nukleinowych. Powstające w wyniku przekształcania się struktury drugo i trzecio – rzędowej białka PrPc występującego w zdrowych komórkach człowieka i zwierząt. Cząstki Pr Psc mogą tworzyć patologiczne struktury tzw.złogi amyloidu i wywoływać zmiany degeneracyjne w ośrodkowym układzie nerwowym. Cząstki prionów są oporne na proteolizę oraz na działanie czynników fizycznych i chemicznych.

Patogeneza

Białko prionowe z nieszkodliwej formy PrPc jest przekształcane w cząstkę infekcyjną po kontakcie z prionem. Proces ten zachodzi wewnątrz neuronów, w których priony gromadzą się w lizosomach prowadząc do ich pękania i uszkodzenia neuronów.

Priony, mimo że składają się z jednego rodzaju białka, mogą wywoływać wiele różnych objawów np. senność lub nadpobudliwość. Przyczyną tych różnic jest prawdopodobnie sposób ukształtowania przestrzennego cząstki, a w zależności od konformacji, priony mogą np. wykazywać powinowactwo do określonej populacji neuronów.

Choroby wywołane przez priony

Zmiany patologiczne wywołane przez priony ograniczają się do układu nerwowego. Choroby te charakteryzują się niezwykle długim okresem wylęgania i nieuchronnie prowadzą do śmierci. Dzielimy je na ludzkie i zwierzęce.

Do ludzkich chorób prionowych zaliczamy:

Chorobę Creutfeldta Jakoba CJD

Została ona opisana w latach dwudziestych XX wieku przez uczonych Creutfeldta i Jacoba. Częstość zachorowań jest stosunkowo niewielka - 1 / milion / rok na całym świecie.
Główne postacie choroby to:

- postać sporadyczna o nieznanej genezie 85 – 95 %,
- postać rodzinna, w której osoba dziedziczy mutację w genie kodującym białko pionu 10 – 15 % oraz
- postać jatrogenna występująca najczęściej po zastosowaniu hormonoterapii, rzadziej po transplantacji narządów (przeszczep opony twardej, rogówki, błony bębenkowej) oraz po zabiegach neurochirurgicznych, gdzie źródłem zakażenia mogą być skażone narzędzia.

Przeciętny wiek chorych wynosi od 57 – 62 lat, a zachorowania w młodszym wieku mają najczęściej związek z działaniem jatrogennym.

Objawy - choroba zwykle zaczyna się zaburzeniami psychicznymi: demencją, zmianami zachowania, zaburzeniami snu, niekiedy drżeniem i skurczem mięśni, wzmożonymi odruchami, utratą koordynacji ruchowej, zaburzeniami widzenia.

CJD manifestuje się klinicznie dopiero po 3 –22 latach od momentu zakażenia (zwykle po około 15 latach) prowadząc w okresie objawów klinicznych do szybko postępującej degeneracji ośrodkowego układu nerwowego i śmierci w ciągu 7 – 9 miesięcy.

We Francji i Anglii zanotowane przypadki różniące się od dotąd opisywanych - nowy wariant CJD. Zachorowania występowały u osób w młodszym wieku (od 12 – 40 roku życia), a czas trwania choroby był wydłużony do 22 miesięcy. Objawy chorobowe u tej grupy pacjentów były wyraźnie inne - zamiast typowej demencji pojawiły się stany depresyjne i niepokój, nie obserwowano zmian w EEG – przypadki te łączono z chorobą szalonych krów BSE ponieważ w mózgach zmarłych zaobserwowano charakterystyczny dla BSE układ złogów białka pionowego. W związku z zachorowaniami Rząd Brytyjski wydał decyzję o wycofaniu ze sprzedaży wołowego mózgu i rdzenia kręgowego dla celów konsumpcyjnych i zakazie dodawania ich do pasz zwierzęcych. Skażone mięso mogło być przyczyną zakażenia, ponieważ gotowanie lub pieczenie nie zapobiega BSE. Priony dysponują znakomitą opornością na wysokie temperatury np. nie ulegają uszkodzeniu w procesie gotowania w temperaturze 100 º C przez wiele godzin.

Ofiary nowego wariantu CJD wywołały panikę, ponieważ był to dowód na możliwość przeniesienia choroby szalonych krów na człowieka. Z tego też powodu grób jednej z ofiar był głęboki na 10 stóp, a nie jak zwykle na 6, zaś grabarze zostali wyposażeni w ochronne ubrania i rękawice chirurgiczne.

Diagnostyka zakażenia jest bardzo trudna, morfologia krwi i wyniki badania płynu mózgowo – rdzeniowego pozostają prawidłowe. Ostateczną metodą potwierdzającą CJD jest stwierdzenie w bioptatach mózgu zmian histopatologicznych typu degeneracji gąbczastej.

Choroba Kuru.

Opisana w 1957 roku, zwana inaczej śmiejącą się śmiercią. Występowała w górach Papui Nowej Gwinei u członków plemienia Fore. Do zakażenia dochodziło na skutek praktykowania kanibalizmu. Poprzez szacunek dla zmarłych krewnych, a jednocześnie by uzyskać ich mądrość, wyciągnięty z czaszki mózg gotowano w bambusowym cylindrze, a następnie zjadano lub rozsmarowywano na skórze. Priony, których ogromne ilości zawierał każdy gram mózgu przenikały do organizmu przez uszkodzone śluzówki i przewód pokarmowy. Po długim okresie wylęgania choroby (do 40 lat) rozpoczynał się powolny proces umierania charakteryzujący się zaburzeniami równowagi, drżeniami–kuru oraz przymusowym śmiechem lub płaczem. W końcu wyniszczeni i niezdolni do poruszania chorzy oczekiwali śmierci głodowej lub ginęli wskutek zachłystowego zapalenia płuc, jeżeli jakaś litościwa ręka podała im trochę wody.

Choroba występowała endemicznie, szerzący się głównie wśród kanibali. Wygasła wraz z zakazaniem w 1958 roku opisanych praktyk.

Choroby dziedziczne

Choroby te są wynikiem odziedziczenia mutacji w genie prp odpowiedzialnym za syntezę prawidłowej formy białka PrPc. Kliniczne objawy ujawniają się w średnim wieku.

- Syndrom Gerstmanna-Straussler-Scheinkera manifestuje się ataksją i innymi objawami wskazującymi na uszkodzenie móżdżku. Zidentyfikowano ponad 50 rodzin z wieloma przypadkami zachorowań.
- Śmiertelna rodzinna bezsenność: charakteryzuje się w początkowym okresie trudnościami w zasypianiu, który przechodzi w bezsenność i otępienie. Zidentyfikowano 9 rodzin z wieloma przypadkami zachorowań.

Oprócz zakażenia u ludzi priony wywołują również zakażenia u zwierząt BSE, gąbczasta encefalopatia bydła – tzw. choroba szalonych krów, manifestująca się brakiem koordynacji ruchów i niezwykłą lękliwością. Zidentyfikowana w Anglii w 1986 roku. Do połowy lat 90 – tych zapadło na nią 150 tys. sztuk bydła, źródłem epidemii była karma wzbogacona mięsem i kośćmi padłych owiec.

Inne postacie chorób prionowych u zwierząt to :

- Scrapie – choroba owiec i kóz, powodująca utratę koordynacji ruchowej, nadpobudliwość, swędzenie,
- zakaźna encefalopatia norek,
- wyniszczająca choroba łosi i jeleni oraz gąbczasta encefalopatia kotów.

Profilaktyka szpitalnych zakażeń CJD

Dotarcie do materiałów dotyczących kliniki wyżej przedstawionych chorób było o wiele łatwiejsze niż dotarcie do informacji dotyczących podejmowanych działań profilaktycznych w tym zakresie. Poniżej zebrałam te, do których udało mi się dotrzeć w różnych publikacjach .

1. Priony niestety cechuje wysoka oporność na działanie różnych czynników np.: chemicznych w tym także formaldehydów.
2. Wszystkie próbki utrwalane w formalinie musimy uznać za potencjalnie zakaźne.
3. Wszelkie próbki biopsyjne, krew i płyn mózgowo – rdzeniowy powinny być umieszczane w odpowiednich pojemnikach, następnie w foliowych workach oraz oznaczone – materiał zakaźny. Należy szczególnie ostrożnie postępować z powyższymi próbkami przygotowując je do badania mikroskopowego by uniknąć przypadkowego skażenia.
4. Pacjenci z CJD nie mogą być dawcami krwi ani jakichkolwiek tkanek do przeszczepów.
5. Nie należy pobierać przeszczepów również od pacjentów otępiałych, zmarłych w szpitalach psychiatrycznych lub zmarłych z nieznanych powodów, w tym przede wszystkim nie rozpoznanej choroby neurologicznej
6. Izolacja chorych z CJD nie jest konieczna, ponieważ nie udowodniono przenoszenia zakażenia od człowieka do człowieka.
7. Przeprowadzając zabiegi takie jak: punkcje lędźwiowe, biopsje, opatrunki ran, nakłucia żył, podawanie pozajelitowe leków, personel powinien nosić jednorazowy fartuch i rękawiczki.
8. W trakcie zabiegów należy stosować jednorazowe kompresy i opatrunki.
9. Przedmioty jednorazowego użytku po użyciu należy oddać do spalenia.
10. W trakcie przeprowadzania zabiegów operacyjnych u chorych z CJD należy zakładać ubranie operacyjne jednorazowego użytku oraz stosować kompresy jednorazowego użytku. Jeżeli to możliwe należy używać jednorazowych narzędzi i sprzętu.
11. Jeżeli narzędzia nie są jednorazowe zaleca się mycie automatyczne i sterylizację w autoklawie w 134 ºC przez 1 h.
12. Jeżeli operacja dotyczy mózgu, rdzenia kręgowego lub oka liczba osób biorących w niej udział powinna być ograniczona do minimum. W trakcie zabiegu należy stosować jednokierunkowy ruch instrumentów. Używając narzędzi nie jednorazowych po zabiegu należy je zniszczyć, nie wolno ich użyć ponownie.

W artykule tym starałam się zebrać najważniejsze informacje dotyczące zarówno chorób wywoływanych przez priony jak i zapobieganiu ich przenoszeniu się. Wydaje się, że wiadomości w nim zawarte będą przydatne w naszej pracy.

mgr Bożena Nowak

Specjalista w zakresie
Pielęgniarstwa Epidemiologicznego
Beskidzkie Centrum Onkologii
im. Jana Pawła II
43-300 Bielsko – Biała , ul. Wyzwolenia 18
tel. 4984031, tel kom : 605252213 e-mail: bozena.nowak@op.pl

Zapobieganie HIV/AIDS w Unii Europejskiej

Zapobieganie HIV/AIDS w kontekście nowej strategii ochrony zdrowia i konsumentów Komisji Europejskiej oraz propozycji decyzji ustanawiającej wspólnotowy program działania w zakresie ochrony zdrowia i konsumentów na lata 2007-2013.

Zapobieganie HIV/AIDS było jednym z pierwszych działań jednoczącej się Europy w obszarze zdrowia publicznego. Już w roku 1991 opracowano i wdrożono pierwszy europejski program zapobiegania AIDS „Europe against AIDS". W 1993 roku Komisja Europejska pośród innych wspólnotowych programów działania w obszarze zdrowia publicznego zaproponowała implementację Programu Zwalczania AIDS i innych Chorób Zakaźnych, a nowy, całościowy program działania w zakresie zdrowia publicznego na lata 2003-2008, obejmujący zwalczanie HIV/AIDS, został zainaugurowany w styczniu 2003 roku.

Według Komisji Europejskiej (KE) celem nowej strategii i projektu decyzji Parlamentu Europejskiego i Rady jest rozszerzenie i połączenie Wspólnotowego Programu Zdrowia Publicznego z dokumentem programowym wspierającym politykę konsumencką UE. Zdaniem KE potrzeby zdrowotne i konsumenckie sytuują się w centrum codziennych zainteresowań obywateli UE.

Nowa strategia i proponowany program zmierza do uwzględnienia tych zagadnień na szczeblu Wspólnoty i proponuje określone działania ukierunkowane na zaspokojenie tych potrzeb konsolidując oba programy. KE zamierza wykorzystać zachodzący pomiędzy polityką zdrowotną i konsumencką efekt synergii. Wymienić tu można obszary takie jak zdrowie i bezpieczeństwo w miejscu pracy oraz wspieranie rozwoju infrastruktury zdrowotnej ze środków Funduszy Strukturalnych. Działania w zakresie zdrowia publicznego i ochrony konsumentów wynikające z art. 152 oraz art. 153 Traktatu Europejskiego mają często wspólne cele, które obejmują promocję i ochronę zdrowia, poczucie bezpieczeństwa, rozwój informacji i edukację. Połączenie obu polityk ma również powodować ich większą spójność, wykorzystanie efektu skali, zwiększoną klarowność i precyzję procedur oraz wzmocnienie zaangażowania obywateli.

Poza wspólnymi dla obu polityk celami i działaniami, które obejmują m.in. promowanie bezpieczeństwa produktów pochodzenia ludzkiego (przetaczanie krwi, przeszczepy), KE wyznacza cele odrębne dla obszaru ochrony zdrowia i obszaru ochrony konsumentów. Cele te, w zakresie zdrowia publicznego obejmują: ochronę przed zagrożeniami zdrowotnymi, promocję zdrowych stylów życia, wspieranie działań zmierzających do zmniejszenia występowania najbardziej groźnych chorób, wspieranie rozwoju bardziej efektywnych i skutecznych systemów ochrony zdrowia oraz wspieranie wymienionych celów poprzez udostępnienie danych statystycznych i analiz.

W obszarze zdrowia zakres działań proponowanego wspólnego programu ma wzmocnić obecnie realizowany wspólnotowy program zdrowia publicznego, który jest ukierunkowany na poprawę gromadzenia i przekazywania informacji, monitorowanie zagrożeń zdrowotnych i oddziaływanie na główne determinanty zdrowia poprzez dodatkowe elementy, na które składają się: zapewnienie skutecznego reagowania na zagrożenia zdrowotne; skuteczne zapobieganie chorobom oraz ułatwienie współpracy pomiędzy systemami ochrony zdrowia państw członkowskich UE. Tematami priorytetowymi maja być: niwelowanie nierówności w zdrowiu, zagadnienia starzenia się populacji oraz zdrowie dzieci. Proponowany wspólny program m.in. obejmuje plany zapobiegania epidemiom i finansowanie takich działań, jak umocnienie europejskiego systemu wczesnego ostrzegania i monitorowania chorób zakaźnych oraz prowadzenia w poszerzonej UE kampanii informacyjnych, odnoszących się do głównych zagrożeń zdrowotnych, w tym epidemii HIV/AIDS.

Generalnie, proponowany nowy wspólnotowy program działania w zakresie ochrony zdrowia i konsumentów na lata 2007-2013 ma zapewniać kontynuację dotychczasowych działań, m.in. w obszarze zwalczania HIV/AIDS. W tym kontekście należy przywołać propozycję, wspólnej europejskiej strategii, przedstawioną w Dokumencie Roboczym Komisji Europejskiej "Skoordynowane i zintegrowane podejście do zwalczania HIV/AIDS w obrębie UE i jej sąsiedztwie" opublikowanym w Brukseli we wrześniu 2004 roku.

W ramach tego skoordynowanego i zintegrowanego podejścia w całej Unii Europejskiej należy przeciwdziałać widocznemu osłabieniu stosowania zasad bezpiecznego seksu, poprawiać dostępność do testów w kierunku HIV oraz zmierzać do objęcia opieką zdrowotną całej ludności, a w szczególności populacji migrujących i wykluczonych. Należy też utrzymać priorytet dla działań zapobiegawczych.

W krajach sąsiadujących i niektórych Państwach Członkowskich UE w których szerzenie się epidemii jest gwałtowne i koncentruje się wśród osób przyjmujących narkotyki drogą wstrzyknięć, będących w niekorzystnych warunkach socjoekonomicznych, za najważniejsze należy uznać programy redukcji szkód, interwencje ukierunkowane na populacje pomostowe oraz zwiększenie dostępności do świadczeń zdrowotnych.

Podejmowane działania mają być ukierunkowane na prewencję nowych zakażeń HIV, zapewnienie terapii, opieki i wsparcia oraz mobilizację i koordynację wysiłków. Programy prewencji nowych zakażeń powinny być skierowane do całej populacji, umożliwiając łatwy dostęp do informacji, poradnictwa, leczenia i świadczeń socjalnych.

Działania w obszarze terapii, opieki i wsparcia powinny być ukierunkowane na poprawę dostępności do systemu świadczeń zdrowotnych, co wymaga odpowiedniej liczby wyszkolonego personelu do dobrowolnego poradnictwa i testowania, monitorowania leczenia i objawów ubocznych oraz zapewnienia pełnej dostępności do leczenia antyretrowirowego. Trzeba podkreślić, ze w niektórych „nowych" Państwach Członkowskich UE i krajach sąsiednich koszty leczenia będą miały znaczący negatywny wpływ na budżety opieki zdrowotnej z uwagi na wzrastającą liczbę zakażeń i rosnące ceny leków. Proponowane rozwiązania obejmują negocjacje cenowe z firmami farmaceutycznymi i stosowanie leków odtwórczych.

Z uwagi na konieczność zrozumienia zmieniającej się sytuacji epidemiologicznej, działania powinny obejmować również dalszy rozwój monitoringu epidemiologicznego HIV/AIDS, w tym zbieranie danych dotyczących problemów behawioralnych i socjalnych oraz funkcjonowania systemu świadczeń zapobiegawczych, leczniczych i opiekuńczych przy przestrzeganiu standardów etycznych i praw jednostek nim objętych. Trzeba powiedzieć, że nawet w obrębie UE systemy monitoringu epidemiologicznego są różne w różnych krajach, a zbierane dane są niewystarczające i niekompletne. W celu zapewnienia odpowiedniego reagowania w zmieniającej się sytuacji epidemiologicznej konieczne będzie zaangażowanie polityczne i zapewnienie silnego przywództwa, wspieranie badań naukowych poprzez zwiększenie pomocy finansowej na badania HIV/AIDS, tworzenie partnerstwa na poziomie globalnym oraz włączenie sektora prywatnego. Nowe podejście przewiduje również zaangażowanie społeczeństwa obywatelskiego oraz budowanie partnerstwa – na poziomie krajowym, regionalnym i globalnym.

Konkludując należy stwierdzić, że pewne części regionu europejskiego wykazują najszybszy na świecie wskaźnik przyrostu nowych przypadków HIV/AIDS, a liczba nowych zakażeń wzrasta we wszystkich Państwach Członkowskich UE. Otwarte granice i szybki transport grozi przyśpieszeniem szerzenia się epidemii HIV/AIDS z krajów byłego Związku Radzieckiego do UE. Wydaje się więc oczywiste, że Unia Europejska i kraje z nią sąsiadujące stoją w obliczu zagrożenia nową falą zachorowań, a epidemia HIV/AIDS powinna stanowić kluczowy problem polityki zdrowia publicznego Wspólnoty. W walce z epidemią konieczna jest współpraca i umocnienie partnerstwa między „nowymi" i „starymi" Państwami Członkowskimi UE oraz krajami sąsiadującymi. Skuteczność działań zależeć będzie od efektywnego partnerstwa wszystkich współuczestników sceny europejskiej przy implementacji dokumentu KE pt. "Skoordynowane i zintegrowane podejście do zwalczania HIV/AIDS w obrębie UE i jej sąsiedztwie" oraz umiejętnego wykorzystania możliwości wynikających z zapisów proponowanego wspólnotowego programu działania w zakresie ochrony zdrowia i konsumentów na lata 2007-2013.

dr Włodzimierz Nowacki
Specjalista Organizacji Ochrony Zdrowia
(artykul przedrukowano za zgoda Krajowego Centrum ds.AIDS – Biuletyn Kontra 24/2005)

Zmiany w jamie ustnej a zakażenia wirusem HIV

W 1981 roku w Stanach Zjednoczonych rozpoznano po raz pierwszy przypadek zachorowania na AIDS. W Polsce pierwsze zakażenie HIV (Human Immunodeficiency Virus) odnotowano w 1985 roku, a w rok później po raz pierwszy zdiagnozowano AIDS. Obecnie na świecie żyje 42 mln ludzi zakażonych HIV (wg danych Centers of Disease Control and Prevention-CDC). Z powodu AIDS zmarło ponad 20 mln osób. Szacuje się, że w Polsce liczba żyjących z HIV lub chorych na AIDS wynosi od ok. 30 000. Powyższe dane świadczą o tym, że wielu stomatologów może spotkać się w swojej praktyce z pacjentami zakażonymi HIV.

Obecnie, na skutek wielu akcji edukacyjnych i rosnącej świadomości społeczeństwa zmienia się charakterystyka grupy chorych na AIDS bądź zakażonych HIV. Przeczy to wyróżnieniu „grup ryzyka". Obecnie wyróżnia się tak zwane „czynniki ryzyka". Należą do nich ryzykowne zachowania seksualne tj. nie stosowanie zasad bezpiecznego seksu, a także stosowanie środków odurzających w postaci wstrzyknięć dożylnych lub domięśniowych.

HIV jest retrowirusem charakteryzującym się ogromną zmiennością antygenową i zdolnością do częstych mutacji. U pojedynczego pacjenta w trakcie jednego cyklu replikacyjnego wirusa powstaje średnio 10 nowych mutantów wirusa i jest ich więcej niż mutantów wirusa grypy typu A na całym świecie podczas trwania pandemii tej choroby. Dlatego też leczenie zakażenia i stworzenie szczepionki przeciwko HIV jest niezwykle trudne.

Wirus atakuje w 99% komórki posiadające receptory CD4, czyli limfocyty T pomocnicze, również te nie w pełni dojrzałe i także, (choć w mniejszym stopniu) makrofagi, fibroblasty, komórki Langerhansa i komórki nerwowe. Makrofagi są komórkami, których okres życia jest dłuższy, przez co ułatwiają wirusowi rozprzestrzenienie się po całym organizmie, również do centralnego układu nerwowego. Postępujący proces uszkodzenia układu immunologicznego znajduje odzwierciedlenie w spadającym poziomie komórek z receptorem CD4. Praktycznie oznacza to coraz mniejszą liczbę limfocytów T helper i makrofagów. Ponadto, pozostałe przy życiu komórki nie spełniają swej funkcji należycie. Prowadzi to do dysfunkcji, a nie tylko obniżenia sprawności układu immunologicznego. Dochodzi do zakażeń drobnoustrojami

oportunistycznymi, czyli takimi, przed którymi w pełni sprawny organizm jest w stanie się bronić. Wprowadzenie leków antyretrowirusowych obniżyło częstość zgonów z powodu AIDS o prawie 50%, lecz także spowodowało pojawienie się wielu nowych powikłań. Jednym z nich – medycznym - są działania niepożądane, drugim - społecznym - beztroska pacjentów powracających do ryzykownych zachowań.

Najszerzej rozpowszechnioną klasyfikacją zakażenia HIV jest opracowana w styczniu 1993 roku, klasyfikacja wg CDC bazująca na klinicznym obrazie choroby w zależności od ilości limfocytów CD4. wyróżniono trzy grupy chorych, u których poziom CD4 jest:

1. > 500
2. 200-4999
3. < 200

i trzy kategorie kliniczne.
Kategoria A obejmuje różne stany chorobowe takie jak: ostra choroba retrowirusowa, bezobjawowe zakażenie HIV, przetrwała uogólniona limfadenopatia, która może być zdiagnozowana podczas rutynowego badania przez lekarza stomatologa.

Natomiast do kategorii B zalicza się występowanie zakażeń oportunistycznych (zakażenie Herpes, PCP, zakażenie Salmonellą, dysplazję części pochwowej szyjki macicy lub raka in situ, zmiany skórne oraz zlokalizowane na błonach śluzowych: zakażenie Candida albicans, leukoplakię włochatą, martwiczo-wrzodziejące zapalenie dziąseł i przyzębia). Kategoria C to pelnoobjawowy AIDS. Przyjmuje się, że patognomoniczne dla AIDS są zakażenia oportunistyczne, encefalopatia związana z zakażeniem HIV, zespół wyniszczenia spowodowany HIV, nowotwory (mięsak Kaposiego, chłoniaki, inwazyjny rak szyjki macicy). Zespół AIDS rozpoznaje się u pacjentów należących do grupy C oraz u wszystkich chorych, u których poziom komórek CD4+ jest niższy od 200kom/ml.

Wcześnie pojawiającym się i często występującym objawem infekcji HIV są zmiany na błonie śluzowej jamy ustnej, aczkolwiek ich obraz i częstotliwość zmieniły się odkąd wprowadzono terapię lekami antyretrowirusowymi. Lekarze stomatolodzy niejednokrotnie mogą odgrywać znaczącą rolę w diagnostyce zakażenia HIV. Niestety osoby zakażone są objęte w minimalnym stopniu opieką stomatologiczną. Również zmiany występujące w jamie ustnej są diagnozowane i leczone rzadko we wczesnych stadiach ich powstania.

Badania wielu autorów wykazały, iż najczęściej występującą jednostką chorobową jest grzybicze zapalenie jamy ustnej obserwowane w każdej grupie chorych, lecz częstotliwość zakażenia wzrasta proporcjonalnie do spadku liczby limfocytów CD4. Infekcję tę wywołują saprofityczne grzyby normalnie bytujące w jamie ustnej. Na skutek znacznego spadku odporności spowodowanego zakażeniem HIV dochodzi do nadmiernego wzrostu grzybów, najczęściej z gatunku Candida spp. Istnieją różne postacie grzybicy: rumieniowo-zanikowa, rzekomobłoniasta i zapalenie kątów ust. Postać rumieniowo-zanikowa charakteryzuje się występowaniem czerwonych, płaskich plam najczęściej umiejscowionych na grzbietowej powierzchni języka i/lub na błonie śluzowej podniebienia. Postać rzekomobłoniasta najczęściej przyjmuje wygląd białego lub kremowego nalotu na błonie śluzowej, który pozostawia krwawiące nadżerki przy próbie usunięcia. Zmiany te występują zwykle na grzbiecie języka, błonie śluzowej policzków, podniebienia (szczególnie u użytkowników protez). Nasilenie objawów klinicznych zależy od stanu ogólnego chorego, przyjmowanych leków i poziomu CD4. Pacjenci zgłaszają pieczenie i suchość jamy ustnej nasilającą się zwłaszcza rano. Leczenie powinno być przeprowadzone na podstawie wyniku badania mykologicznego i antymykogramu. W leczeniu najczęściej stosuje się leki miejscowe, aczkolwiek należy również rozpatrzyć konieczność leczenia ogólnego w zależności od stanu chorego. U pacjentów zakażonych HIV i chorych na AIDS leki przeciwgrzybicze stosuje się również profilaktyczne. Niestety wprowadzenie do terapii leków z grupy azoli, w szczególności fluksonazolu, spowodowało wzrost oporności Candida albicans jak również wzrost zakażeń gatunkami innymi niż albicans tj.: Candida glabrata czy tropicalis, które są oporne na te leki.

Innymi często spotykanymi schorzeniami są zakażenia wirusowe. Do najbardziej rozpowszechnionych należy zakażenie wirusami Herpes simplex. Manifestuje się ono drobnymi pęcherzykami umiejscowionymi na granicy czerwieni warg i skóry właściwej przekształcającymi się w bolesne nadżerki. W leczeniu stosuje się miejscowo maści zawierające acyklowir, który hamuje replikację wirusa. Innym wirusem z grupy Herpes jest Herpes Zoster powodujący półpaśca. Zakażenie przyjmuje postać pęcherzyków umiejscawiających się wzdłuż przebiegu nerwu trójdzielnego, dlatego też może pojawiać się zarówno wewnątrz jak i zewnątrzustnie. Zmiany w jamie ustnej umiejscawiają się zazwyczaj na podniebieniu. Pacjenci skarżą się na dotkliwy ból, któremu może towarzyszyć zajęcie węzłów chłonnych i gorączka.

Charakterystyczną zmianą dla osób zakażonych HIV jest leukoplakia włochata. Występuje ona najczęściej u chorych, u których poziom komórek CD4 spada poniżej 200, aczkolwiek częstotliwość występowania tej jednostki chorobowej znacząco spadła, odkąd wprowadzono leczenie antyretrowirusowe. Obraz kliniczny jest bardzo charakterystyczny: biała, wyniosła, nie dająca się oddzielić od podłoża zmiana, zwykle umiejscowiona na bocznej powierzchni języka przyjmująca postać białych, pionowych pokarbowanych fałdów. Zazwyczaj nie daje dolegliwości bólowych.

Innym coraz częściej spotykanym zakażeniem u chorych leczonych antyretrowirusowo jest zakażenie wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV). Zmiany w jamie ustnej mogą przyjmować wygląd gładkich grudek i pozostać niezauważone lub są one kalafiorowate i uszypułowane. Wirusy brodawczaka ludzkiego (typ HPV 16 i HPV 18) są uważane za wirusy potencjalnie onkologiczne.

U pacjentów zakażonych HIV występują również stany zapalne tkanek przyzębia. Częstsze występowanie

zmian w przyzębiu w porównaniu do zmian na błonie śluzowej może zależeć od wielu czynników takich jak: palenie tytoniu, słaba higiena jamy ustnej i ograniczony dostęp do specjalistycznej opieki stomatologicznej. Najczęściej spotykaną jednostką chorobową jest martwiczo-wrzodziejące zapalenie dziąseł i martwiczo-wrzodziejące zapalenie przyzębia spowodowane zakażeniem wrzecionowcami Fusobacterium fusiforme i krętkami Borelia vincenti. Martwiczo-wrzodziejące zapalenie dziąseł charakteryzuje się martwicą i owrzodzeniem dziąsła brzeżnego, bólem samoistnym przy dotyku, jak również krwawieniem z dziąseł. Mogą występować objawy ogólne tj. gorączka i złe samopoczucie. Następuje destrukcja tkanek przyzębia: dziąsła, więzadeł przyzębnych i kości wyrostka zębodołowego, tworzą się owrzodzenia, szybko postępuje destrukcja tkanki kostnej. Pacjenci skarżą się na dotkliwy ból i fetor ex ore. Rozwój choroby jest bezpośrednio związany ze spadkiem odporności, szczególnie u pacjentów, u których poziom komórek CD4 jest niższy od 200. Wykazano, że mikroflora bakteryjna powodująca przewlekle zapalenie przyzębia u osób zakażonych HIV- tj. Prevotella gingivajis, P.intermedia, oraz Eikenella corrodens, E. nucleatum są odpowiedzialne za martwiczo-wrzodziejące zapalenie dziąseł i przyzębia u osób HIV(+). Występuje również wiele drobnoustrojów normalnie nie związanych ze schorzeniami jamy ustnej tj. E.coli, Clostridium spp., Kliebsiella pneumoniae, powodujące destrukcję tkanek. Sam HIV odgrywa również cytotoksyczną rolę w chorobach przyzębia. Także inne wirusy np. wirus cytomengalii, Herpes Zoster czy Epstein-Barr zostały wyizolowane z chorobowo zmienionych tkanek przyzębia.

Leczenie choroby przyzębia u osób zakażonych HIV powinno być uzależnione od stanu ogólnego chorego z uwzględnieniem liczby komórek CD4. U pacjentów zakażonych HIV, oprócz występowania ww. chorób, błony śluzowe są częstym miejscem lokalizacji nowotworów złośliwych takich jak chłoniaki czy mięsak Kaposiego. Jest to nowotwór złośliwy występujący pod postacią pojedynczych lub mnogich guzków ciemno zabarwionych lub egzofitycznych tworów o ciemnej pigmentacji, zlokalizowanych na podniebieniu. Występowanie mięsaka Kaposiego jest najczęstsze u homoseksualnych mężczyzn w wieku 30-39 lat. Zmiany mogą wystąpić również na skórze.

U 30-80 % pacjentów zakażonych HIV występują zmiany w jamie ustnej niezależnie od stadium choroby. Zakażenia saprofityczną czy grzybiczą florą przyjmują bardzo zaawansowany obraz kliniczny. Wczesne zdiagnozowanie i leczenie tych zmian może zapobiec wielu powikłaniom, jak również może świadczyć o stopniu zaawansowania choroby ogólnoustrojowej i pomóc w monitorowaniu stanu układu immunologicznego. Niestety, na skutek zbyt malej wiedzy dotyczącej chorób błony śluzowej i przyzębia, wiele jednostek chorobowych jest ciągle bagatelizowanych przez samych pacjentów i zgłaszają się oni zbyt późno do lekarzy stomatologów.

Olga Androsz
Zakład Chorób Błony Śluzowej i Przyzębia
IS AM w Warszawie
Kierownik Zakładu:
prof. dr hab.n.med. Renata Górska

[na podstawie piśmiennictwa]

Grypa ostatnią niekontrolowaną plagą ludzkości

Rodzina Orthomyxoviridae obejmuje dwa rodzaje i trzy typy wirusa grypy: Influenzavirus typ A , B- pierwszy rodzaj i typ C – drugi rodzaj. Budowa antygenowa wirusa typu A (białka powierzchniowe, hemaglutyniny i neuraminidaza) pozwala na wyróżnienie szeregu podtypów wirusa grypy. Wirus grypy A występuje u ludzi, oraz u zwierząt np. koni, świń i ptaków. Wirus grypy B i C występuje tylko u ludzi. Zwierzęta są rezerwuarem nowych mutacji wirusa, które często są patogenne dla człowieka, powodując epidemię i pandemię. Występowanie wirusa grypy A u tak wielu gospodarzy zwierzęcych oznacza, że nigdy nie będzie możliwa całkowita eradykacja wirusa u ludzi. Szczepienie przeciwko grypie są podstawową metodą w profilaktyce i kontroli grypy.

W strukturze chemicznej wirusa grypy oprócz RNA (kwas rybonukleinowy) wyróżniamy polipeptydy (hemaglutynina H1 – H13 i neuraminidaza N1 – N9). Białka te tworzą powierzchniowe antygeny. Łatwość szerzenia się wirusów grypy wynika z ogromnej zmienności tych antygenów, które umożliwiają szybkie przełamywanie barier obronnych człowieka. Wirus grypy wykazuje dużą zakaźność. Przenoszony jest ze źródła (chorego człowieka) na zdrowego człowieka drogą powietrzno-kropelkową podczas mówienia, kaszlu i kichania. Najwyższa zakaźność występuje w ostrej fazie infekcji ale utrzymuje się przez cały okres choroby.

Ptasia grypa jest chorobą zakaźną zwierząt, głównie ptaków. Wywołuje ją wirus grypy typu A, podtypu H5N1, który może wywołać pandemię. Ten podtyp wirusa dotąd nie wywoływał chorób zakaźnych u człowieka, jednak z powodu mutacji takie prawdopodobieństwo istnieje, a tym samym wywołanie pandemii o znacznym ryzyku śmiertelności (powyżej 50%). Wirus H5N1 transmituje z ptaków na człowieka, a także prawdopodobnie z człowieka na człowieka drogą powietrzno - kropelkową. Źródłem zakażenia jest kontakt bezpośredni z ptakami i/lub z ich produktami np. jaja, skubane pierze.

Okres inkubacji grypy u ludzi trwa 1 –2 dni. Choroba zaczyna się nagle gorączką i dreszczami, bólami głowy, mięśni i stawów oraz ogólnym osłabieniem, a także zapaleniem gardła, krtani, mig-

dałków, spojówek oraz obfitą wydzieliną z nosa. Choroba trwa zwykle krótko, a dłuższe utrzymywanie się objawów (powyżej 5 dni) może wskazywać na rozwijające się powikłania pogrypowe. Poważnym zagrożeniem dla zdrowia ludzi są: zapalenie płuc i oskrzeli, zapalenie ucha środkowego, zapalenie mięśnia sercowego i osierdzia oraz przewlekła niewydolność nerek. Tak niebezpieczne następstwa spowodowane są synergizmem wzrostowym wirusa i bakterii np. Staphylococcus aureus i Streptococcus pyogenes które swoimi enzymami rozkładają hemaglutyninę wirusa zwiększając jego inwazyjność. Wirus grypy szerzy się drogą kropelkową. Kaszel i kichanie są głównymi sposobami przenoszenia zakażenia. Za przenoszenie zakażenia może też odpowiadać bezpośredni kontakt poprzez ręce. Szczepienie przeciwko grypie jest podstawową metodą w profilaktyce i kontroli grypy.

Grypa nie jest chorobą patognomiczną, podobne objawy mogą wywoływać inne wirusy np. adenowirusy, rhinowirusy, parainfluenzy, coronawirusy.

Zgony z powodu grypy występują w każdym wieku. Jednak ryzyko zgonu wzrasta wraz z wiekiem. Umieralność z powodu grypy w Polsce w 1971 roku wynosiła 18,14 zgonów na 100.000 mieszkańców, a w latach 1991-2001 odpowiednio 1,04 – 0,07 zgonów na 100.000 mieszkańców.

Do tej pory ptasia grypa uśmierciła 67 osób. Likwidacja ferm drobiu jest podstawowym działaniem eliminującym źródło epidemii i powstrzymującym transmisję wirusa H5N1 z kur i kaczek na człowieka. Należy więc bezwzględnie wdrożyć badania weterynaryjne drobiu by nie nastąpiło przeniesienie wirusa na człowieka. W Polsce wprowadzono zakaz trzymania drobiu na otwartej przestrzeni.

Pamiętając o pandemii grypy w 1918 roku jako ostrzeżenie powinniśmy podjąć wszystkie możliwe i dostępne działania, które mogą ograniczyć ewentualne skutki grypy. Uważamy że jak najszybciej takie działania należy podjąć przede wszystkim w szpitalach gdzie kontakt z chorym pacjentem będzie najłatwiejszy.

W chwili obecnej w Polsce nie jest jeszcze dostępna szczepionka pandemiczna ale uważa się, że inaktywowana szczepionka przeciw grypie np. Vaxigrip może łagodzić skutki zarażenia wirusem H5N1. Szczepionka dla ludzi przeciwko ptasiej grypie jest produkowana przez firmę Sanofi - Pasteur. Na razie wyprodukowano ponad 4 miliony dawek. W chwili obecnej nawet władze służby zdrowia w USA nie są dostatecznie przygotowane na wypadek wybuchu pandemii grypy. Amerykanie dla swych obywateli potrzebują ponad 300 milionów dawek. Wyprodukowanie takiej ilości zajmie 3-5 lat.

Obecnie istnieją dwa skuteczne leki przeciwwirusowe stosowane w leczeniu grypy ptasiej - Oseltamivir (Tamiflu) oraz Zanamivir (Relenza). Wiele krajów świata już zdążyło zrobić zapasy aby w razie epidemii ratować swoich obywateli. Polska złożyła zmówienie zbyt późno i przyjdzie nam czekać na lek prawie 12 miesięcy. W razie wybuchu pandemii leku na pewno zabraknie.

W Japonii w sezonie grypowym 2004 –2005 Tamiflu zażywało około 6 milionów osób. Na całym świecie lekarze przepisali te leki około 33 milionów pacjentom. Spowodowało to wykrycie u 48 osób działań niepożądanych w tym halucynacje, omamy, które prawdopodobnie doprowadziły do samobójstw np. w Japonii. Zaniepokojona doniesieniami o efektach ubocznych Tamiflu Europejska Agencja ds. Kontroli Leków (EMEA) już zaczęła śledztwo w tej sprawie, jak dotąd nie potwierdzono związku przyczynowo-skutkowego stosowania Tamiflu z samobójstwami.

Masowe zachorowania wśród ludzi mogą spowodować wysoką absencję chorobową i poważne zakłócenia w funkcjonowaniu państwa i instytucji użyteczności publicznej między innymi szpitali. W tym celu powołano krajowy system zarządzania kryzysowego oraz komórki zarządzania kryzysowego na szczeblach wojewódzkich i powiatowych. Centra te organizują działania w zakresie przeciw epidemicznym, a także wydają niezbędne zalecenia i zarządzenia w celu ograniczenia wystąpienia i rozprzestrzeniania się zachorowań. Wg danych WHO z dnia 17 listopada 2005 na świecie wystąpiło 130 przypadków zakażania ludzi wirusem H5N1, jednak do tej pory w Europie nie odnotowano takich przypadków. Wszystkie odnotowane przypadki występowały w Azji. Do tej pory ptasia grypa uśmierciła 67 osób. Wirus H5N1 mutuje do odmiany łatwo przenoszącej się z człowieka na człowieka. Gdy tak się stanie infekcja grypy uśmierci dziesiątki tysięcy ludzi.

W dniu 25 marca 2005 Minister Zdrowia wydał zarządzenie w sprawie powołania Krajowego Komitetu ds. Pandemii Grypy (Dz. U. M.Z. 05.05.14). Do zadań Komitetu należało miedzy innymi „opracowanie standardów i procedur dla podejmowanych działań profilaktycznych, diagnostycznych, leczniczych i organizacyjnych w zakładach opieki zdrowotnej". Jednocześnie w dniu 05 listopada 2005 roku, Główny Inspektor Sanitarny wydał zarządzenie nr 14/05 w sprawie ustalenia „ Wytycznych Głównego Inspektora Sanitarnego dotyczących standardów postępowania w zakresie ochrony zdrowia, na wypadek wystąpienia na terenie Polski wirusa grypy ptaków (H5N1)". Jednolitość działania będzie spoczywać na Inspekcji Sanitarnej, która postępować będzie zgodnie z „Działaniami Państwowej Inspekcji Sanitarnej na wypadek wystąpienia epidemii lub pandemii grypy" zatwierdzonymi przez Głównego Inspektora Sanitarnego w sierpniu 2005 roku.

W dniu 11 maja 2005 roku ukazało się rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 maja 2005 roku „zmieniające rozporządzenie w sprawie sposobu prowadzenia rejestrów zachorowań na choroby zakaźne i dodatnich wyników laboratoryjnych oraz sporządzania raportów o zarejestrowanych przypadkach" gdzie umieszczono w punkcie 7 jednostki chorobowe uruchamiające system wczesnego ostrzegania. Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny po otrzymaniu informacji od lekarza o podejrzeniu zachorowania

na grypę ptasią powiadamia w trybie alarmowym właściwego terytorialnie Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego, a ten Głównego Inspektora Sanitarnego. Wyżej cytowane rozporządzenie z dnia 11 maja 2005 roku jest uzupełnieniem rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 11 marca 2005 roku w sprawie rejestrów zakażeń zakładowych oraz raportów o występowaniu tych zakażeń (Dz. U. 05.54.484) wydanymi do Ustawy o chorobach zakaźnych i zakażeniach z dnia 06 września 2001 (Dz. U. Nr126 poz. 1384 z póz zm.)

Krajowy Komitet ds. Pandemii Grypy opracował krajowy plan działań na wypadek wystąpienia pandemii grypy zgodnie z wymogami WHO. Plan ten już 10 sierpnia 2005 roku zatwierdził Minister Zdrowia. W planie tym przeznaczono środki finansowe na diagnostykę wirusa H5N1 w Wojewódzkich Stacjach Sanitarno – Epidemiologicznych oraz w Krajowym Ośrodku ds. Grypy w Warszawie kierowanym przez panią Prof. dr hab. Lidię B. Brydak a także:

- Środki finansowe w wysokości 300 milionów złotych na ewentualne likwidowanie skutków grypy ptasiej lub pandemii grypy
- Środki finansowe na zakup leku antywirusowego Oseltamiviru (Tamiflu - zalecane dawkowanie leku dla dorosłych 75mg raz na dobę prze 7 – 10 dni)
- Wprowadzenie do obrotu szczepionek przeciwgrypowych w opakowaniach obcojęzycznych.

Rada Ministrów w dniu 11 października 2005 roku przeznaczyła z rezerwy budżetowej państwa 20 milionów złotych na zakup szczepionek pandemicznych z chwilą uruchomienia ich produkcji.

We wrześniu 2005 roku Główny Inspektor Sanitarny opracował „algorytm postępowania z osobami powracającymi z krajów dotkniętych grypą ptasią" np. Wietnam, Indonezja, Tajlandia Chiny, Turcja, Rumunia, Chorwacja, Rosja, Ukraina oraz „Zasady postępowania dla pracowników polskich ambasad, konsulów generalnych RP i obywateli przebywających na terenie, gdzie wystąpiły wśród drobiu lub ludzi ogniska ptasiej grypy szczepem wirusa H5N1.

W dniach 6-7 października 2005 roku odbyła się w Waszyngtonie konferencja w sprawie „ Międzynarodowego partnerstwa na polu grypy ptasiej i pandemicznej (International Partnership on Arion and Pandemic Influenza – IPAP), na którym wyznaczono następujące strategie postępowania:

- Zapobieganie pojawieniu się pandemii
- Przygotowanie do zwalczania skutków pandemii
- Działania podejmowane w wypadku pojawienia się zagrożenia.

W dniu 15 października 2005 roku ukazało się Rozporządzenie Ministra Rolnictwa i Rozwoju Wsi w sprawie zarządzenia środków związanych z zagrożeniem wystąpienia wysoce zjadliwej grypy ptaków dawniej pomoru drobiu.

Działania te muszą również przełożyć się na poszczególne Zakłady Opieki Zdrowotnej w kraju. Jest to priorytetowy obowiązek prowadzenia przygotowań na wypadek wystąpienia narażenia na wirusa grypy ptasiej H5N1 i/lub wystąpienia pandemii, oraz ochrony zdrowia osób prowadzących walkę z wirusem. W tym celu w zarządzeniu 14/05 Głównego inspektora Sanitarnego z dnia 3 listopada 2005 ustalono następujące stopnie zagrożenia epidemicznego:

I. Ptasia grypa występuje poza granicami Polski. Wystąpienie w Polsce pojedynczych zachorowań lub izolowanego ogniska ptasiej grypy wśród ptaków
II. Wystąpienie w Polsce masowych zachorowań ptaków w hodowli
III. Wystąpienie w Polsce pojedynczych zachorowań wśród ludzi
IV. Wystąpienie w Polsce epidemii wśród ludzi (w chwili obecnej nieprzewidywalne)

Instrukcje tworzy się po to aby uczyć personel medyczny właściwych form zachowania na wypadek opisywanych zdarzeń, ale aby to osiągnąć personel musi to przeczytać i zastosować w tzw. próbnych alarmach. Leszek Kołakowski powiedział „Nie ma żadnej ekstrawagancji w zaleceniu byśmy od samych siebie domagali się odrobinę więcej niż od innych". Uczenie się i poszerzanie wiedzy nie może kończyć się na podpisaniu instrukcji.

Ochrona personelu medycznego udzielającego świadczeń zdrowotnych polega na :

- kontroli infekcji górnych dróg oddechowych wśród personelu (absencja chorobowa wg numerów statystycznych – zestawienie z Kadr dla Zespołu ds. Zakażeń Szpitalnych)
- zmniejszenie liczby osób mających kontakt z osobą podejrzaną i/lub chorą na grypę ptasią
- właściwe i bezwzględne przestrzeganie przyjętych przez szpital zasad sanitarno-higienicznych, a w szczególności standardu higienicznego mycia rąk, stosowania rękawic, fartuchów i masek, transportu pacjenta zakażonego.
- środki ochrony osobistej powinny być przechowywane w miejscu dostępnym np. punkty zabiegowe oddziałów dla odpowiednich służb przez 24 godziny włącznie z dniami wolnymi od pracy. Do ochrony oczu zaleca się stosowanie okularów typu gogle bez dostępu powietrza z zewnątrz, do ochrony dróg oddechowych stosowanie jednorazowych filtrujących masek oddechowych lub dobrze dopasowanych masek chirurgicznych, do ochrony głowy stosowanie kapturów i czepków chirurgicznych, do dezynfekcji rąk oraz powierzchni stosowanie preparatów antywirusowych. Obowiązuje również bezwzględne przestrzeganie przyjętych przez szpital standardów postępowania z odpadami a w szczególności postępowanie z materiałem zakaźnym, bielizną pościelową, zwłokami.
- Przeprowadzenie dla personelu szpitala szczepień ochronnych poprzez zakup i częściową refundację szczepionek przeciwgrypowych. Każdego roku w województwie śląskim choruje na grypę 100 tysięcy osób. Najlepszym sposobem przeciwdzia-

łania tej epidemii są szczepienia.

- Racjonalne i przemyślane stosowanie w szpitalu leków antywirusowych u pacjentów hospitalizowanych i personelu.
- W przypadku podejrzenia i/lub zachorowania na grypę ptasią wykonać test serologiczny na obecność antygenu wirusa typu A, następnie wdrożenie postępowanie zgodnie z przyjętą przez szpital procedurą i powiadamianie odpowiednich służb sanitarno – epidemiologicznych oraz natychmiastowe kierowanie pacjenta do wyznaczonego szpitala zakaźnego wskazanego w załączniku nr 2 do zarządzenia 14/05 Głównego Inspektora Sanitarnego z dnia 5 listopada 2005.

Transport osoby podejrzanej o infekcję wirusem H5N1 odbywa się wytypowanymi pojazdami do przewozu zakaźnie chorych. Pacjent oraz zespół karetki włącznie z kierowcą zabezpieczony jest maskami zakrywającymi nos i usta. Pojazd przewożący chorego po wykonaniu transportu musi być poddany zabiegom dezynfekcyjnym a także wydzielone pomieszczenie w obrębie Centralnej Izby Przyjęć powinno być poddane takim samym zabiegom dezynfekcyjnym. W pomieszczeniu tym można również zastosować izolację kontaktową i standardową polegającą na założeniu pacjentowi maseczki chirurgicznej osłaniającej usta i nos zanim pacjent zostanie poddany badaniom lekarskim. W razie transportu pacjenta wewnątrz szpitala również musi on mieć założoną szczelnie maseczkę chirurgiczną osłaniającą usta i nos.

W chwili przybycia pacjenta do jednostki organizacyjnej szpitala np. Centralnej Izby Przyjęć wyposażonej w specjalne maseczki oddechowe z filtrem, gogle, jednorazowe fartuchy, osłonki na buty i rękawiczki, personel powinien stosować izolację standardową w każdym przypadku podejrzenia wystąpienia u pacjenta grypy ptasiej na podstawie nie charakterystycznych objawów takich jak: kaszel, kichanie, dreszcze, gorączka. Pacjent z takimi objawami powinien być przyjmowany w pierwszej kolejności. Chorego należy umieścić w wydzielonym pomieszczeniu izby przyjęć i natychmiast wezwać lekarza. W tym czasie odpowiednio przeszkolony personel izby przyjęć bądź diagnostyki laboratoryjnej może wykonać przyłóżkowy test serologiczny z odpowiednich materiałów biologicznych np. wymaz z nosa, pobranych od chorego celem stwierdzenia obecności antygenów wirusa typu A. Na rynku polskim dostępne są testy Quick Vue Infuenza A+B test firmy Quidel (Poznań tel. 061-862-69-86), Quick S-Influ A-B „SEIKEN" DakoCytomation (Gdynia 058-661-18-79), BD Directigen Flu A+B Becton Dickinson (Warszawa 022 –83-89-873).

Lekarz po zbadaniu pacjenta na podstawie objawów klinicznych, wywiadu i ewentualnie wyniku testu skryningowego, uzyskuje niezbędne informacje do potwierdzenia podejrzenia grypy ptasiej. Wywiad lekarski musi uwzględnić ewentualny kontakt pacjenta z drobiem. Lekarz organizuje transport pacjenta do wytypowanego szpitala i powiadamia Zespół ds. Zakażeń Szpitalnych poprzez wypełnienie druku zgłoszenia podejrzenia lub zachorowania na chorobę zakaźną.

Zespół wdraża odpowiednie procedury w przypadku niebezpiecznych chorób zakaźnych. Szpital nie będzie pobierał materiału biologicznego do przeprowadzenia diagnostyki laboratoryjnej (rodzaj pobieranych próbek to wymaz z nosa, nosogardzieli, aspirat z tchawicy, popłuczyny oskrzelowe itp.) próbki powinny być transportowane na specjalnych podłożach do transportu wirusa w czasie do jednej godziny od pobrania do Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej. Szczegóły dodatkowe zamieszczono w załącznik 4 „Wytyczne dotyczące pobierania w celu przeprowadzenia diagnostyki laboratoryjnej materiału biologicznego od ludzi chorych lub podejrzanych o zachorowania na ptasią grypę" zarządzenia 14/05 Głównego Inspektora Sanitarnego.

- Stołówka szpitala musi zwrócić szczególną uwagę na termiczną obróbkę drobiu i jaj. Zakup tych produktów dokonywany jest u sprawdzonych dostawców.
- Osoby podróżujące do regionów, w których wykryto wirusa ptasiej grypy H5N1 zgłaszają ten fakt do Zespołu ds. Zakażeń Szpitalnych.

Wdrożenie działań profilaktycznych, edukacyjnych i organizacyjnych dla personelu szpitala może przyczynić się do ograniczenia skutków kontaktów z osobą podejrzaną lub chorą na grypę ptasią i ewentualnego rozprzestrzenienia się wirusa H5N1 w całym szpitalu co może mieć poważne skutki zdrowotne i organizacyjne.

Działania te powinny być również zgodne z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 kwietnia 2005 roku w sprawie szkodliwych czynników biologicznych dla zdrowia w środowisku pracy oraz ochrony zdrowia pracowników zawodowo narażonych na te czynniki (Dz. U. nr 81 poz.716). Przepisy cytowanego rozporządzenia są zgodne z dyrektywą 2000/54/WE Parlamentu Europejskiego i Rady Europy z dnia 18 września 2000 roku w sprawie ochrony pracowników przed ryzykiem związanym z narażeniem na działania czynników biologicznych w miejscu pracy, szczególnie czynników biologicznych zakwalifikowanych do grupy trzeciej lub czwartej zagrożenia. Wirus H5N1 zgodnie z wyżej cytowanym rozporządzeniem został zakwalifikowany do grupy trzeciej zagrożenia.

Dr Kevin Sullivan, USA
za Prof. dr hab. Lidią B. Brydak

Opracował Zespół
ds. Zakażeń Szpitalnych SP Centralnego
Szpitala Klinicznego w Katowicach
- Dyrektor **Urszula Urbanowicz.**

Zespół w składzie:
Ewa Karpel,
Dorota Czechowska,
Irena Bruszewska-Dubiel,
Maria Nowakowska,
Grzegorz Ziółkowski

Dlaczego każda pielęgniarka epidemiologiczna powinna poznać zagadnienia z zakresu organizacji i zarządzania z ekonomiką ochrony zdrowia ?

Wszyscy uczestnicy specjalizacji, dla których dotąd miałam przyjemność prowadzić wykłady dotyczące tej tak trudnej dziedziny jaką jest organizacja i zarządzanie, doskonale rozumieją sens sformułowanego w tytule niniejszej publikacji pytania. Odpowiedzią na to właśnie pytanie chciałabym rozpocząć cykl przyjaznych spotkań z Państwem i zainteresować tą właśnie dyscypliną.

Każde pierwsze zajęcia z nową grupą uczestników kształcenia specjalizacyjnego rozpoczynam od uświadomienia moim słuchaczom celu realizacji, określonego przez Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych programu oraz od przedstawienia zakresu tematycznego moich wykładów. Zawsze wśród tych informacji podkreślam zdecydowanie dążenie do osiągnięcia profesjonalnego przygotowania Państwa do realizacji odpowiedzialnego zakresu zadań, przypisanych specjalistce w danej dziedzinie pielęgniarstwa.

Przekonuję także raczej do uzyskania rzeczywistych kompetencji, które plasują specjalistkę w gronie liderów odpowiedzialnych za sukces instytucji opieki zdrowotnej , a nie wyłącznie do zaliczenia testu wewnętrznego, czy zdania egzaminu państwowego, choć te także są ważne.

Zawsze uczciwie uprzedzam o trudności zagadnień, co Państwo następnie dość często potwierdzacie w rozmowach ze mną. Na tę trudność składa się wiele przyczyn, które na podstawie moich wieloletnich doświadczeń, jako dydaktyka chciałabym omówić.

- Po pierwsze, dla części koleżanek są to zagadnienia całkiem nowe, inne z kolei słyszały wprawdzie o zagadnieniach z zakresu np. organizacji pracy ale za to wiele lat temu, na etapie kształcenia zawodowego, kiedy to zarządzanie i ekonomika w ogóle nie były obecne w polskim systemie ochrony zdrowia. Jedne i drugie zatem nie mogą wykorzystać tu swoich dotychczasowych doświadczeń ani wiedzy;
- Po drugie, są to aspekty nie zawsze jeszcze obecne w pełnym zakresie w codziennym funkcjonowaniu polskich zakładów opieki zdrowotnej oraz zespołów pielęgniarskich. Wszyscy, włącznie z wykwalifikowanymi menedżerami ochrony zdrowia, uczą się od podstaw racjonalnego zarządzania. Wiedzy tej nie mieliśmy szans nabyć poprzez własne wieloletnie doświadczenia, ani też nie odziedziczyliśmy jej przesłanek w kulturze narodowej (tu dominowała zasada przepychania łokciami, kombinatorstwo i nadużycia). Ekonomika nadal kojarzy nam się najczęściej z arogancją płatnika ograniczającego limitami możliwości refundacji kosztów funkcjonowania zakładu zamiast z racjonalizacją kosztów.
- Po trzecie, jest tych zagadnień ponad wszelką wątpliwość bardzo dużo, tzn. zakres tematyczny modułów realizowanych w całym programie kształcenia, zarówno w bloku ogólnozawodowym, jak i specjalistycznym jest bardzo obszerny. Nawet dwuletni cykl kształcenia specjalizacyjnego nie wytrzymuje tak szerokiego zakresu wiedzy. Wszak zajęcia realizowane czy to w formie kilkunastu zjazdów, czy to w systemie zaocznym są dużym obciążeniem utrudniającym słuchaczom „skonsumowanie" wykładów, pomimo moich usilnych starań.
- Po czwarte, piśmiennictwo fachowe w tej dziedzinie rzeczywiście rozkwitło w ostatnich latach, bowiem koniunkturę na te zagadnienia właściwie rozpoznali autorzy opracowań, jednak albo są to tłumaczenia tekstów amerykańskich, których niestety nie da się w sposób prosty przetransponować do aktualnych warunków tworzącego się w sposób nieudolny polskiego rynku ochrony zdrowia, albo jest to piśmiennictwo niedostępne dla przeciętnego uczestnika specjalizacji ze względów cenowych. Zaś materiały dydaktyczne, które przygotowuję dla Państwa, stanowią jak sądzę tylko skromne narzędzie w przygotowaniu się do egzaminu.
- Na koniec wreszcie, sami uczestnicy niezbyt entuzjastycznie przyjmują moje racje, albowiem niestety w praktyce ciągle dość często spotykamy się z ograniczaniem możliwości formalnego działania specjalistów w dziedzinie pielęgniarstwa, jakby menedżerowie nie dowierzali ich fachowemu przygotowaniu, nie dając im jednocześnie szansy na satysfakcję ekonomiczną. Stąd w praktyce funkcjonowania zakładu

opieki zdrowotnej nie przyznaje się specjalistce nowego, odpowiedzialnego zakresu obowiązków wynikających z jej profesjonalnego przygotowania i niechętnie korzysta się z jej wiedzy, na pożytek całego zespołu pracowników oraz pacjentów.

Powyższe argumenty dość jednoznacznie kwalifikują dyscyplinę jaką jest organizacja i zarządzanie w kategorii dyscyplin trudnych, o czym wielokrotnie mówią same uczestniczki różnych form kształcenia, podkreślając jednocześnie atrakcyjność tych zagadnień jako wytycznych, koniecznych do praktycznego zastosowania w systemie opieki zdrowotnej.

Szkoda tylko, że przełożenie teorii na praktykę jest ciągle tak trudne albo wręcz niemożliwe. Prawdopodobnie cały system, tak jak i całe społeczeństwo, tkwił zbyt długo w ograniczonych schematach myślenia i działania na rzecz zdrowia, aby teraz w sposób sprawny dokonać transformacji. Ta bowiem pod szyldem reformy ma już w naszym kraju swoją odrębną i niestety niechlubną historię.

Wróćmy zatem, pomimo dowiedzionych powyżej trudności, do pytania - dlaczego kandydatka na specjalistkę w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego powinna poznać zagadnienia z zakresu organizacji i zarządzania z elementami ekonomiki?

Jak w każdej dyskusji merytorycznej argumenty powinny być jednoznaczne i przekonywujące, nie zamierzam jednak agresywnie lobować dyscypliny, którą się zajmuję, nie raz bowiem dało się słyszeć krytykę kształcenia „menagerów" (czyt. dosłownie) wśród pielęgniarek. Zapewniam, że w moim osobistym przekonaniu ważna i godna szacunku jest każda dyscyplina wiedzy oraz ludzie ją reprezentujący.

Jednak samych przykładów na nieznajomość elementarnych zasad sprawnego działania oraz marnotrawienia zasobów różnych instytucji jest tak wiele, że już to jest najlepszym powodem by nie wątpić, iż każdy z nas, jako fachowiec w dziedzinie pielęgniarstwa, powinien takimi zasadami w profesjonalnym działaniu się posługiwać. Zaś co do rangi specjalistki, to nie chcę powiedzieć, że powinna to być multispecjalistka, ale że znajomość podstawowych zagadnień z organizacji i zarządzania z elementami ekonomiki obok znajomości specjalistycznych aspektów z zakresu epidemiologii daje jej szansę na wysoką skuteczność w działaniu.

W tym momencie warto też posłużyć się argumentami z zakresu poprawy jakości opieki medycznej, które są niepodważalnym współcześnie rygorem w funkcjonowaniu rynku świadczeń zdrowotnych oraz instrumentem zarządzania zapewniającym sukces instytucji na rynku. Nie kto inny, lecz właśnie pielęgniarki epidemiologiczne w pierwszej kolejności stawały się pełnomocnikami do spraw poprawy jakości. Zaniedbania sanitarno-higieniczne, brak procedur i ostatnie miejsce zarezerwowane dla zagadnień z dziedziny epidemiologii w hierarchii szpitalnych problemów, skutkowały np. eskalacją zakażeń wewnątrzszpitalnych a tym samym generowały koszty, których można było uniknąć wdrażając standardy postępowania przeciwepidemicznego.

Dopiero kontakty z brytyjskimi przedstawicielkami naszego zawodu, często osobiste, pozwoliły na wykorzystanie ich wiedzy i doświadczenia z zakresu wdrażania programów poprawy jakości opieki, która polskiemu pacjentowi należy się na równi z pacjentem angielskim. Pozwoliły także pozyskać wiedzę z zakresu standaryzacji opieki, bowiem w rodzimych programach kształcenia zawodowego zagadnień tych nie uwzględniono.

Czy zgodzicie się Państwo ze mną, ze życie najlepiej weryfikuje nasze potrzeby i wytycza kierunki postępu ?

Przekonana o słuszności swoich przemyśleń i jednocześnie lekko zaniepokojona o niesatysfakcjonujący dla niektórych uczestników specjalizacji kontakt z tematyką zarządzania i ekonomiki ochrony zdrowia, zapraszam Państwa do interaktywnej współpracy i polemiki na łamach Waszego pisma za pośrednictwem redakcji.

Jeśli Państwa oczekiwania będą potwierdzały zasadność kontynuacji moich wypowiedzi na łamach tego pisma na konkretne, zaproponowane także przez Was tematy, pozwolę sobie z przyjemnością na przygotowanie kolejnej publikacji.

Wszystkim zaś Koleżankom pielęgniarkom i położnym, z którymi dotąd miałam przyjemność współpracować w ramach różnych form kształcenia przed- i podyplomowego, przy tej okazji gratuluję wytrwałości i życzę cierpliwości w pokonywaniu trudności na co dzień.

mgr Ewa Kuriata
Wydział Zdrowia Publicznego
AM Wrocław

List z Departamentu Nauki i Szkolnictwa

MINISTERSTWO ZDROWIA
Departament Nauki i Szkolnictwa Wyższego
MZ-NS-SP-077-3098-7/AB/05

Warszawa. 19.10.2005 r.

Pani Bogumiła Bober – Gheek

Szanowna Pani

W nawiązaniu do Pani pisma z dnia 21 września br. dotyczącego prośby o uznanie specjalizacji z dziedziny pielęgniarstwa epidemiologicznego za specjalizację priorytetową, dofinansowaną ze środków Ministra Zdrowia Departament Nauki i Szkolnictwa Wyższego uprzejmie informuje, iż zgodnie z art. 10 w ustawy z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2001 r.. Nr 57, póz. 602 z późn. zm.) wyboru organizatorów kształcenia, którzy zamierzają prowadzić specjalizacje finansowaną ze środków publicznych dokonuje minister właściwy do spraw zdrowia, stosując przepisy o zamówieniach publicznych.

Departament Nauki informuje również, iż wyboru organizatora kształcenia zamierzającego prowadzić specjalizację finansowaną ze środków publicznych dokonuje się stosując przepisy ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2004 r. Nr 19, póz. 177 z późn. zm.). Podstawowym kryterium dla organizatorów kształcenia przystępujących do przetargu jest przede wszystkim spełnienie wymogów formalnych wskazanych w Rozdziale 2a ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej.

W nawiązaniu do wyników przeprowadzonych w 2003 r. postępowań o udzielenie zamówienia publicznego na: "Przeprowadzenie szkoleń specjalizacyjnych dla pielęgniarek i położnych", w ramach środków finansowych przeznaczonych na ten rok, zostały dofinansowane z budżetu państwa 73 miejsca szkoleniowe dla specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego w trzech województwach: dolnośląskim - dla 44 miejsc, mazowieckim - dla 20 miejsc i zachodniopomorskim - 9 miejsc.

Na przeprowadzenie szkoleń specjalizacyjnych w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego w 2004 r. wyłoniony został jeden organizator z województwa dolnośląskiego. W ramach przyznanych środków dofinansowano 75 miejsc szkoleniowych.

Natomiast w roku bieżącym, w wyniku przeprowadzonych postępowań o udzielenie zamówienia publicznego, wyłoniono czterech organizatorów, którzy zamierzają rozpocząć specjalizacje w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego dla 177 pielęgniarek i położnych.

Reasumując w latach 2003-2005 dofinansowanych z budżetu państwa zostało łącznie 325 miejsc szkoleniowych w ramach specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego.

Departament Nauki przypomina również, iż w tegorocznym przetargu wskazano dziedzinę pielęgniarstwa epidemiologicznego jako priorytetową dla następujących województw: lubelskiego, łódzkiego, mazowieckiego i wielkopolskiego. Kryteria przyjęte do postępowań przetargowych w sprawie wyboru organizatora kształcenia zamierzającego prowadzić specjalizację finansowaną ze środków publicznych, są wypracowywane i akceptowane przez zespół w skład, którego wchodzą zawsze przedstawiciele:

Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych, Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych, Departamentu Budżetu, Finansów i Inwestycji oraz Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego.

Dodatkowe kryteria, dotyczące priorytetowych dziedzin pielęgniarstwa dla poszczególnych województw, przygotowywane są między innymi w oparciu o Narodowy Plan Zdrowotny, Narodowy Program Zdrowia, Program polityki zdrowotnej państwa. Wojewódzkie plany zdrowotne oraz w oparciu o propozycje z Urzędów Marszałkowskich, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych i Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych.

W związku z powyższym Departament Nauki nie widzi przeciwwskazań, aby w 2006 roku uznać dziedzinę pielęgniarstwa epidemiologicznego jako dziedzinę priorytetową.

Departament Nauki pragnie również podziękować Pani za cenne uwagi i jednocześnie jest otwarty na propozycje rozwiązań w omawianym temacie.

Z wyrazami szacunku,

DYREKTOR
Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego

Roman Danielewicz

Nowe możliwości

W związku z uzyskaniem akredytacji przez Państwowy Zakład Higieny w zakresie prowadzenia specjalizacji w dziedzinie epidemiologii dla osób posiadających tytuł magistra i kwalifikacje do wykonywanie zawodów wymienionych w §3 ust. 2 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dn. 30.09.2002 (Dz. Ust. 02.173.1419) informujemy, iż nowy okres składania wniosków trwa do dnia 16.01.2006 r. (ww. wnioski specjalizacyjne dostępne są na stronie internetowej www.cmkp.edu.pl, www.mczp.pl).

Jednocześnie osoby zainteresowane otwarciem specjalizacji nie wymienione w §3 ust. 2 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dn.30.09.2002 proszone są o uzupełnienie dokumentów o pisemną zgodę wydaną przez Dyrektora Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, zgodnie z informacją dostępną na stronie internetowej www.cmkp.edu.pl/komunikatpar3nl.htm.

Wymagane dokumenty przyjmowane będą do Studium Zdrowia Publicznego do dnia 16.01.2006. Postępowanie kwalifikacyjne będzie przeprowadzone w formie konkursowej w Państwowym Zakładzie higieny w Warszawie w pierwszej połowie lutego 2006 roku.

Rekrutacja dotyczy osób będących mieszkańcami województwa mazowieckiego. Zgodnie z informacją zawartą w korespondencji (MZ-NS-ZM-0213-74/MG/04) z Departamentem Nauki i Szkolnictwa Wyższego Ministerstwa Zdrowia z dnia 08.10.2004 r., koszty kursów pokrywają osoby zainteresowane (specjalizujące się).

Sprawozdanie z VIII spotkania Pielęgniarek Epidemiologicznych Makroregionu Lubelskiego.

W dniu 26.10.2005r. odbyło się Sympozjum Szkoleniowe: „Sterylizacja plazmowa i standaryzacja endoskopów giętkich". Sympozjum zorganizowane przez Zespół Zapobiegania i Zwalczania Zakażeń Szpitalnych SPSK – 4. W sympozjum uczestniczyło 80 osób – Pielęgniarki Epidemiologiczne, Inspektorzy ds. Sanitarno – Epidemiologicznych, Pielęgniarki z Pracowni Endoskopowych, Działów Sterylizacji, Pielęgniarki Naczelne.
Podczas Sympozjum omówione zostały następujące tematy:

1. „10 lat sterylizacji plazmowej STERRAD* w Polsce" – Szymon Góra, J&J.
2. „Sterylizacja plazmowa STERRAD* - technologia i jej możliwości" – Szymon Góra, J&J.
3. „Sterylizacja plazmowa STERRAD* w życiu codziennym" – mgr Jarosław Czapliński, Kierownik Centralnej Sterylizatorni WSZ Elbląg.
4. „Standardy procesowania endoskopów giętkich" – Szymon Góra, J&J.

W Polsce sterylizacja plazmowa jest znana od 10 lat, dotychczas zainstalowanych zostało 63 urządzenia. Przygotowanie endoskopów giętkich zostało pokazane w sposób bardzo obrazowy i szczegółowo przedstawiono najważniejsze zalecenia i rekomendacje – nie istnieją żadne opracowane standardy postępowania.

Następne spotkanie Pielęgniarek Epidemiologicznych Makroregionu Lubelskiego zostało zaplanowane na I kwartał 2006 roku w WSS im. kard. Wyszyńskiego w Lublinie.

mgr Anna Bernaszuk.
Inspektor ds. Sanitarno – Epidemiologicznych

KOMUNIKAT GŁÓWNEGO INSPEKTORA SANITARNEGO dotyczący aktualnej sytuacji epidemicznej na świecie grypy sezonowej, ptasiej i pandemicznej z dnia 5 grudnia 2005 r. (Źródło: WHO, ECDC, OIE)

A. GRYPA SEZONOWA U LUDZI W EUROPIE

Liczba zachorowań na grypę i zachorowania grypopodobne pozostaje w Europie na niskim poziomie. Pojedyncze przypadki potwierdzono na Łotwie, w Niemczech, na Węgrzech, w Portugalii i Hiszpanii.
Jak dotąd, w tym sezonie 61% wyizolowanych wirusów to wirusy typu A, a 39% wirusy typu B. W chwili obecnej nie można określić, który wirus będzie dominujący w sezonie 2005 – 2006.

B. WYSOCEPATOGENNA GRYPA PTASIA U ZWIERZĄT

5 grudnia 2005 r. OIE otrzymało od ukraińskich służb weterynaryjnych informacje o pierwszych przypadkach zakażenia ptactwa z terenu Ukrainy, wirusem H5. Do chwili obecnej nie ma potwierdzenia, czy jest to wirus H5N1. Ukraińskie służby weterynaryjne podjęły szereg działań, mających zapobiec rozprzestrzenianiu się zakażeń na inne tereny, w tym m.in.: wybicie zakażonych stad, kwarantannę, ścisłą kontrolę przemieszczania drobiu, dezynfekcję skażonych gospodarstw. Nowe (jeszcze niepotwierdzone) ognisko zakażenia drobiu wirusem

H5N1 zgłoszono w Rumunii.

Ponadto w Chinach (w 9 prowincjach) od połowy października 2005 r. zgłoszono 20 nowych ognisk zakażeń H5N1 u drobiu i ptactwa dzikiego. W związku z tym władze Chin podjęły szereg rozmaitych działań, mających na celu zwalczenie choroby, w tym m.in.: zamknięto wszystkie targi drobiarskie i wprowadzono ścisłe restrykcje dotyczące przemieszczania drobiu. Rząd nakazał szczepienie wszystkich ptaków domowych szczepionką przeciw H5N1.

W Wietnamie ogniska u drobiu wystąpiły w 13 prowincjach. Media podały także, że naukowcy wyizolowali nowe szczepy wirusa podtypu H3 i H4 (są to szczepy H3N4 i H4N5). Podobnie jak w Chinach, służby wietnamskie prowadzą akcję szczepień drobiu przeciw wirusowi H5N1.

W przeciwieństwie do tych krajów, Tajlandia zakazuje szczepień drobiu, co może umożliwić przywrócenie eksportu tajskiego drobiu zarówno do Japonii jak i do Unii Europejskiej, które nie zgadzają się na przywóz drobiu z terenów, na których prowadzi się szczepienia.

C. PTASIA GRYPA (H5N1) U LUDZI

Do tej pory w Europie nie zgłoszono przypadków zakażeń człowieka wirusem grypy ptasiej H5N1.

Pojedyncze przypadki zgłaszane są w Azji Południowo – Wschodniej i Wschodniej.

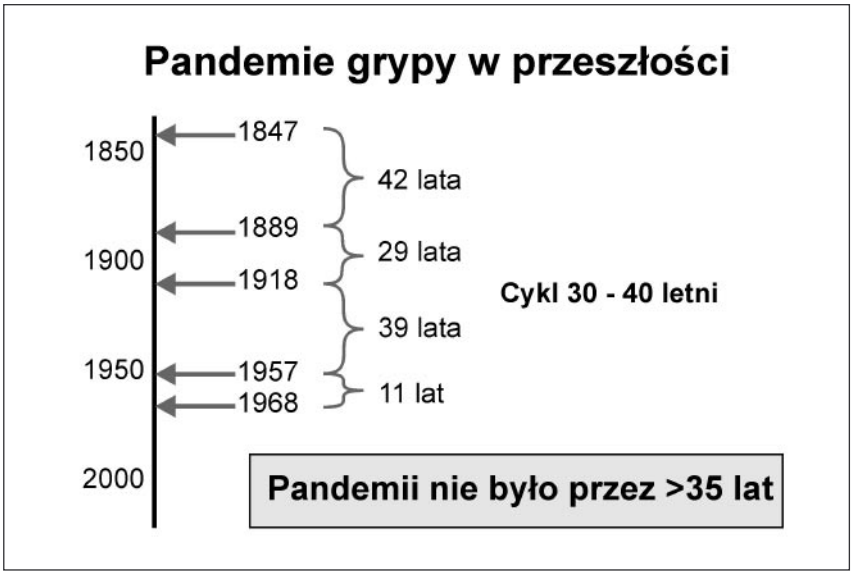
- CHINY 24 listopada 2005 r. Ministerstwo Zdrowia Chin potwierdziło kolejny przypadek zakażenia człowieka wirusem grypy ptasiej H5N1. 35-letnia kobieta, pracująca na fermie, zaczęła wykazywać objawy 11 listopada, poddana hospitalizacji zmarła 11 dni później. Jest to trzeci laboratoryjnie potwierdzony przypadek zakażenia wirusem H5N1, zgłoszony w Chinach. Jednocześnie na zaproszenie Ministerstwa Zdrowia Chin, WHO bierze udział we wspólnej misji, która ma na celu m.in. zebranie informacji na temat źródeł narażenia i ocenę skuteczności podjętych środków.
- WIETNAM 25 listopada 2005 r. Wietnamskie Ministerstwo Zdrowia potwierdziło przypadek zakażenia wirusem H5N1 15-letniego chłopca. Obecnie wraca on do zdrowia. Od połowy grudnia 2004 r. w Wietnamie potwierdzono 66 przypadków zakażenia ludzi wirusem H5N1 (22 z nich były śmiertelne).
- INDONEZJA 29 listopada 2005 r. Indonezyjskie Ministerstwo Zdrowia potwierdziło zakażenie wirusem H5N1 u 16-letniego chłopca. Został on poddany hospitalizacji, a jego stan jest stabilny. Jest to 12 potwierdzony przypadek w Indonezji (7 z nich było śmiertelnych). Wg danych WHO z dnia 29 listopada 2005 r., na świecie wystąpiły 133 przypadki zakażenia ludzi wirusem H5N1 (68 z nich było śmiertelnych).

(przedrukowano za zgodą GIS www.gis.gov.pl)

Międzynarodowe Partnerstwo w zwalczaniu ptasiej grypy i pandemii grypy

Spotkanie przedstawicieli władz - październik 2005

Historia



Umieralność w czasie pandemii w latach 1918-1919
A/H1N1 – Grypa hiszpańska
- Trzy szybko po sobie następujące fale epidemii: marzec 1918r., wrzesień 1918r., luty 1919r.
- Szacuje się, że na całym świecie zmarło 40 milionów ludzi

1. Wyzwanie

• Przedstawiciele władz powinni
– Radzić sobie w obecnej sytuacji
  • Epidemia ptasiej grypy
– Przygotować się na to, co może przynieść przyszłość
  • Pandemia ludzkiej grypy
– Być przygotowani na wystąpienie poważnych zakłóceń

• Reakcja na pandemię
• To wyzwanie dotyka wszystkich – nie tylko rolnictwo i służbę zdrowia

2. Elementy zadania

- Techniczne: Zasadnicze działania dobrane w oparciu o istniejące potrzeby; podejmowane w odpowiednim miejscu i czasie
- Instytucjonalne: Ludzie, systemy, zarządzanie i zasoby; wszystko to funkcjonuje w sposób umożliwiający podejmowanie działań
- Polityczne: Udział organów decyzyjnych:
  - zapewnienie dostępności środków i kontrola postępów;
  - dotrzymywanie tempa wydarzeniom,
  - usuwanie przeszkód i ułatwianie działań

Dziś koncentrujemy się na problemach politycznych…

3. Czym jest pandemia grypy …. *(Pan…..Demos)*

Globalna epidemia grypy spowodowana przez
– Pojawienie się wirusa grypy o podtypie innym niż szczepy występujące u ludzi w ostatnich latach
– Duży procent ludności podatnej na zachorowanie
– Wysoki stopień przekazywalności między ludźmi nowego wirusa oraz towarzyszącej mu choroby

Co wiemy….
- Wystąpi pandemia grypy (w jakimś czasie)
- Jej wystąpienie jest teraz bardziej prawdopodobne niż trzy lata temu
- Może mieć łagodny przebieg
- Może mieć ostry przebieg
- Może mieć niezwykle ostry przebieg
- Dotyka młodszych grup wiekowych niż „zwykła" grypa

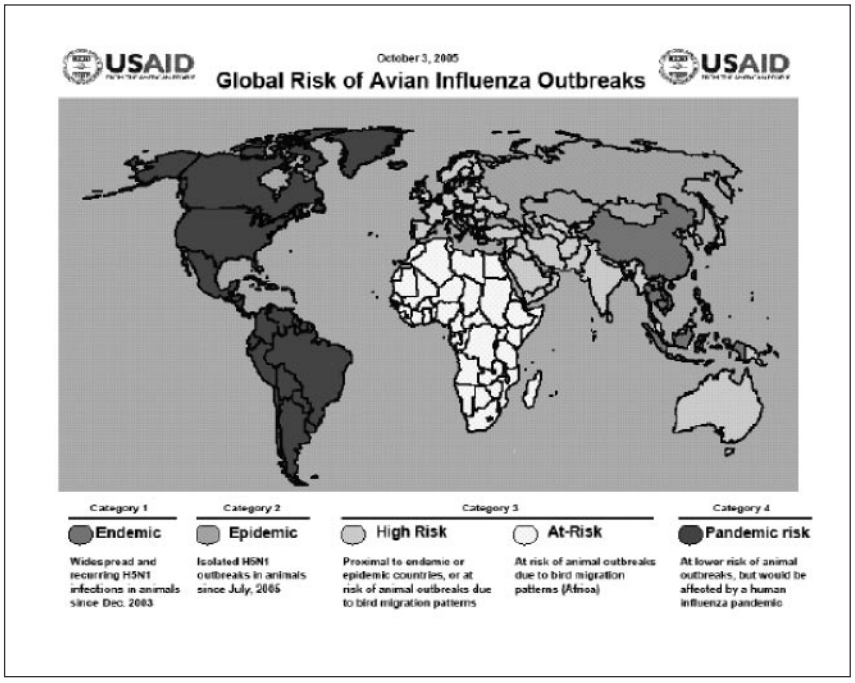
***Co wiemy** - Dwa*
- Może nadejść jednorazowo lub nachodzić falami
- Prawdopodobnie nadejdzie szybko
- Poważnie dotknie siłę roboczą
- Może być zakaźna przed wystąpieniem objawów
- Istnieją infekcje bezobjawowe
- Wczesna izolacja była mniej pożyteczna w przypadku SARS

***Co wiemy** - Trzy*
- Opracowanie skutecznej szczepionki potrwa miesiące
- Prawdopodobnie dostępnych będzie niewiele leków przeciwwirusowych, możliwe jest także wystąpienie odporności na te leki

***Co wiemy** - Cztery*
- Grypa jest zakaźna – ale nie tak zakaźna jak świnka
- Nie wszyscy się zarażą
- Istnieją sposoby ograniczenia liczby zakażeń
- Jeżeli pojawi się zakaźny i niszczący wirus, ograniczenie możliwości przemieszczania się mieszkańców może być uzasadnione
- Potrzebne są informacje epidemiologiczne

4. Obecna sytuacja

Wybuch silnie patogennej ptasiej grypy spowodowanej przez wirus H5N1



5. Możliwości ograniczenia pandemii grypy

- Możliwości ograniczenia pandemii są uzależnione od kilku czynników
– Odpowiednio mocna infrastruktura medyczna i zdrowia publicznego, zwłaszcza w zakresie nadzoru i zdolności reagowania
– Jaka jest liczba zachorowań w chwili wykrycia choroby oraz wskaźnik nowych zachorowań?
– Położenie geograficzne (mobilność mieszkańców, czy dane miejsce stanowi międzynarodowy ośrodek handlu lub węzeł komunikacyjny)?
– Czy środki powstrzymania i opanowania choroby są skuteczne?

6. Strategia

- Zapobiegajmy – lub przynajmniej opóźnijmy – pandemię wśród ludzi
– Opanowanie ptasiej grypy u źródła
– Szczepienie ptactwa domowego
– Wykrycie zarażonych stad ptaków
– Ograniczenie kontaktów ludzi i ptaków

- Przygotujmy się – bądźmy gotowi do działania i działajmy szybko
– Nadzór, stan pogotowia i działanie:
– Zdolność do wykrywania podejrzanych ognisk ludzkiej grypy
– Potwierdzenie
– Szybkie opanowanie sytuacji

- Reagujmy – ograniczmy chorobę, niech usługi publiczne nadal działają
– Systemy
– Idee i szybka realizacja

Gotowość:
- Przygotowanie do działania
  - Masowe leczenie przy pomocy wcześniej wybranych leków przeciwwirusowych
  - „Wszechstronne" środki w zakresie ochrony zdrowia publicznego (ograniczenie przemieszczania się, kwarantanna)
  - Ochrona pracowników działają-

cych na pierwszej linii
- Istniejące możliwości
  - Konieczność podjęcia działań w ciągu kilku dni
  - Niezbędna jest pomoc techniczna i logistyczna na szeroką skalę
  - Lokalny problem mający natychmiastowe znaczenie dla całego świata

7. Kluczowe działania, potrzeby i wyzwania dla rządów

Sześć kluczowych działań
- Wezwanie do działania: jedno przesłanie
- Zaangażowanie w osiągnięcie celu
- Popieranie już działających sieci
- Naleganie na „Współdziałanie"
- Zapewnienie dostępności potrzebnych środków
- Przyjęcie i stosowanie międzynarodowych norm technicznych i doświadczeń (kluczowa rola FAO, WHO, OIE)

Sześć potrzeb
- Wspólne cele, uzgodniona strategia
- Partnerstwo, które się sprawdza: rząd, organizacje lokalne, sektor prywatny,
  stowarzyszenia zawodowe, społeczeństwo obywatelskie
- Szybkie informowanie, dzielenie się informacjami stosownie do potrzeb
- Możliwość zmiany, w razie konieczności, głównego punktu zainteresowania
- Sprawnie działający system pomocy technicznej
- Skoordynowane wsparcie międzynarodowe

Sześć wyzwań
- Ptasia grypa u dzikich ptaków
- Potencjalna wartość leków przeciwwirusowych
- Opracowanie i dostępność szczepionki
- Pomoc dla biedniejszych krajów
- Ochrona najsłabszych
- Zadbanie o pracowników, którzy będą działać na pierwszej linii

Uwagi końcowe
- Analizujmy dane, dzielmy się doświadczeniami
- Dostosowujmy się do zmieniających się potrzeb i reagujmy na nie
- Podstawowe usługi muszą nadal funkcjonować (żywność, woda, transport, ogrzewanie, elektryczność itp.)
- Gdy mamy wątpliwości, porozumiewajmy się
- … można dać sobie radę, więc tak zróbmy

(www.mz.gov.pl)

W zapobieganiu ekspozycji zawodowej na krew oraz inny potencjalnie infekcyjny materiał mogący przenosić zakażenie HBV, HCV, HIV

Pomysł opracowania zasad zapobiegania ekspozycji zawodowej narodził się nagle, po przeczytaniu literatury. Zdobywając doświadczenie w pracy jako pielęgniarka epidemiologiczna, a wcześniej wykonując zadania pielęgniarki medycyny pracy w szpitalu, w którym obecnie pracuję zdałam sobie sprawę, iż rejestrując przypadki ekspozycji zawodowej często można uniknąć tych wypadków tak niebezpiecznych w swoich następstwach.

Przeprowadziłam analizę kilkunastu „formularzy zgłoszeń ekspozycji zawodowej pracowników", tylko w jednym przypadku pacjent niespokojny spowodował zakłucie pracownika, pozostałym wypadkom można było zapobiec. Dlatego też opracowane zasady będą wprowadzone aneksem do obowiązującej w naszym szpitalu procedury postępowania po ekspozycji zawodowej .

ZAPOBIEGANIE EKSPOZYCJI ZAWODOWEJ NA KREW ORAZ INNY POTENCJALNIE INFEKCYJNY MATERIAŁ MOGĄCY PRZENOSIĆ ZAKAŻENIE HBV, HCV, HIV

1. Pamiętaj o stosowaniu obowiązującej odzieży ochronnej (rękawic, fartuchów, fartuchów foliowych, okularów-gogli). Zgłaszaj fakt braku odzieży ochronnej swoim przełożonym (na piśmie).
2. Fartuchy jednorazowe zakładaj w taki sposób, aby wiązanie było do tył.
3. Zakładając rękawice zawsze będziesz chronił pacjenta, siebie oraz innych. Jeżeli będzie tylko jedno dotknięcie rękawic niezgodne z celem, dla którego je założyłeś, narażasz pacjenta, siebie i innych. Jeżeli nie ściągasz rękawic po wykonaniu czynności to znaczy, że robisz wszystko, aby to czego się bałeś, skutecznie roznieść po całym oddziale
4. Twoje ręce
   - Myj i dezynfekuj zgodnie z obowiązującym standardem
   - Chroń ręce przed uszkodzeniami w pracy i w domu (w tym przed mikrouszkodzeniami) - możesz nawet nie wiedzieć kiedy dojdzie do zakażenia np.:
     - otwierając leki w ampułkach używaj gazika
     - nie wycinaj skórek wokół paznokci
     - nigdy nie noś w kieszeni ostrych przedmiotów (nożyczek)
     - bądź ostrożny przy otwieraniu fiolek
   - Uszkodzoną skórę rąk koniecznie zabezpiecz plastrem wodoodpornym
   - Noś krótko obcięte paznokcie, bez biżuterii - mniejsze ryzyko uszkodzenia rękawic i przenoszenia zakażeń.

5. Po ściągnięciu zatyczki ochronnej z igły nigdy nie zakładaj jej ponownie (największe ryzyko zakłucia).
6. Igły, ostre narzędzia wyrzucaj tylko do pojemników do tego przeznaczonych.
7. Worki, pojemniki na zużyty sprzęt jednorazowy zapełniaj jedynie do 2/3 objętości (nie „ubijaj"). Worki chwytaj tylko od góry, nigdy od spodu.
8. Właściwie organizuj swoje stanowisko pracy:
   - Dbaj o prawidłowy skład tacy do iniekcji (nigdy nie chodź do pacjenta bez tacy) – zawsze niech będzie na niej pojemnik na zużyte igły.
   - Przygotowując leki do podania drogą iniekcji bądź wykonania procedury z użyciem ostrych narzędzi zadbaj o to, żeby w pobliżu znajdował się jedynie pacjent, którego ta czynność dotyczy (nieuwaga może doprowadzić do ekspozycji zawodowej).
   - Podczas pobierania krwi, podawania leku drogą dożylną, zmiany opatrunku itp. podkładaj jednorazowy materiał ochronny (gazik, lignina) – zabezpieczasz w ten sposób stanowisko pobierania krwi, bieliznę, pościel.
   - Dbaj o regularne mycie oraz dezynfekcję blatów w gabinecie zabiegowym (stanowiska do pobierania krwi)
   - Nożyczki używane w gabinecie zabiegowym nie mogą służyć jednocześnie do celów gospodarczych
9. Unikaj kontaktu z krwią i wydzielinami
   - Zużyte materiały opatrunkowe wyrzucaj bezpośrednio do worka (przeznaczony do materiału zakaźnego)
   - Probówki z krwią przenoś jedynie w rękawiczkach, zawsze na statywie i zawsze zabezpieczone korkiem (po zakończonej czynności ściągnij rękawiczkę)
   - Naczynia zawierające materiał do badania (krew, mocz) w żadnym przypadku nie mogą być dostarczane do laboratorium, zanieczyszczone czy zwilżone na zewnętrznej powierzchni naczynia (materiałem oddawanym do badania)
   - Wszystkie narzędzia, przedmioty wielorazowego użytku,. które były w bezpośrednim kontakcie z krwią lub wydzielinami, najpierw dezynfekuj przez zanurzenie w roztworze środka dezynfekcyjnego, później myj – nigdy odwrotnie
   - Narzędzia do dezynfekcji układaj na siatce pojemnika do dezynfekcji, aby uniknąć kilkakrotnego przekładania narzędzi, co może być przyczyną ekspozycji zawodowej
10. Pamiętaj – zawsze oceń czy daną procedurę zwłaszcza inwazyjną jesteś w stanie wykonać sama w sposób bezpieczny dla pacjenta i dla siebie.
11. Informuj pacjenta na czym będzie polegała procedura, którą masz wykonać (pacjent nagle nie zmieni pozycji, nie wykona nie przewidzianego ruchu).
12. Po pobraniu krwi u pacjenta zadbaj o to, aby był przy tobie dopóki nie ustanie krwawienie (gaziki z krwią nie mają prawa znajdować się w koszach na salach chorych).
13. Dbaj o prawidłową segregację odpadów.
14. Wyciągając bądź manipulując drenem, sondą, cewnikiem czy innym przewodem giętkim chroń obszar przed sobą: płatem ligniny czy gazy, używaj okularów – gogli. Nie zwijaj zużytych drenów, wyrzucaj je „luźno" do worka na odpady.
15. W przypadku punktowego rozlania krwi na blat, podłogę, a więc na powierzchnię, której nie można zanurzyć w roztworze dezynfekcyjnym postępowanie polega na przykryciu ligniną i zalaniu tej powierzchni środkiem dezynfekcyjnym lub preparatem dezynfekcyjnym w granulacie, po 15 minutach powierzchnię należy umyć i jeszcze raz zdezynfekować (wg instrukcji o dekontaminacji rozlanych płynów ustrojowych).
16. Jeśli spadnie ci igła i nie odnajdziesz jej, zbijesz coś- probówkę, kieliszek do leków itp. staraj się dokładnie usunąć szkło, a dla osób sprzątających napisz kartkę „uwaga może być igła, szkło" (chronisz innych przed możliwością skaleczenia się).
17. Naucz się dokładnie procedury „ Postępowania po ekspozycji na krew i inny potencjalnie infekcyjny materiał mogący przenosić zakażenie HBV, HCV, HIV ". Od ciebie zależy, jak duże będzie ryzyko zakażenia.

PAMIĘTAJ !
- POSTĘPUJ TAK ABYŚ CHRONIŁ SIEBIE I INNYCH

Urszula Sikorska

Raz jeszcze o etyce

Obecnie bardzo często słyszymy w publicznych wystąpieniach, w mediach, w rozmowach potocznych, że nastąpił upadek moralności, że nie przestrzegamy norm etycznych, że młodzieży brak wzorców postępowania. Jednocześnie jesteśmy świadomi istnienia ETYKI-nauki o moralności w różnych zawodach i branżach. Wyróżniamy między innymi : etykę nauczyciela, radcy prawnego, urzędnika, pielęgniarki, lekarza, etykę w reklamie, mediach, biznesie.

Zagadnieniami etyki-nauki traktującej o CZYNIE z punktu jego moralnej wartości zajmują się teoretycy, naukowcy, kadra naukowo-dydaktyczna wyższych uczelni. Zatem jest to grupa ludzi reprezentująca instytucje przygotowujące do wykonywania poszczególnych zawodów. Natomiast owy czyn i jego wartości moralne dotyczą już działań praktycznych na gruncie codziennych obowiązków pracowniczych realizowanych w różnych zawodach.

Zatem powstają pytania: czy jest ktoś odpowiedzialny za wdrażanie i ocenianie postaw moralnych, nauczanie podejmowania określonych decyzji w poszczególnych zawodach? A jeżeli jest to kto?

Definicji mówi, że „Etyka zawodowa jest zespołem norm i dyrektyw wynikających z tradycji zawodu, z ducha kultury narodowej, z podstawowych wskazań etycznych przyjętych w danym społeczeństwie a zastosowanych do wykonywania danego zawodu." Natomiast funkcjami normatywnej etyki zawodowej jest:
- regulowanie stosunków wewnątrz grupy zawodowej
- określenie stosunku przedstawicieli danej grupy zawodowej do przed-

miotu działania
- utrwalenie prestiżu społeczności zawodowej w opinii społeczeństwa, wzbogacenie ogólnej moralności członków określonych zawodów w odniesieniu do udziału i zachowania się członków zawodu w życiu społecznym w ogóle oraz postępowania człowieka poza obowiązkami zawodowymi.

W odniesieniu do tworzenia etyki zawodu pielęgniarskiego jako działalności w systemie ochrony i opieki zdrowotnej wyróżnia się trzy dziedziny pracy zawodowej:
1. relacje pielęgniarka-pacjent
2. relacje pielęgniarka-pozostałe osoby uczestniczące w systemie ochrony zdrowia /relacje między pielęgniarkami, lekarzami, opiekunami chorych
3. własny rozwój moralny pielęgniarek - etyka pracy nad sobą.

Jak widać etyka pielęgniarstwa odwołuje się do świata wartości moralnych i powinności moralnych pielęgniarek nie tylko w odniesieniu do pacjentów. Wielu autorów podejmujących zagadnienia etyki w pielęgniarstwie utożsamia wartości moralne ze szczegółowymi zasadami moralnymi. Są to następujące zasady:
- autonomii człowieka – wynika z niej prawo do samostanowienia, wolności i niezależności,
- nieuszkodzenia – to unikanie wszelkich działań szkodzących pacjentowi, otoczenie opieką tych, którzy ze względu na wiek, chorobę, stan psychiczny nie mogą sami chronić siebie przed czynnikami szkodliwymi,
- dobroci – to nie tylko zapewnienie kompetentnej pod względem technicznym usługi, ale również uwzględnienie potrzeb ludzkich - bezpieczeństwa, przynależności, uznania. Działania te przejawiają się w toku realizacji procesu pielęgnowania i cechuje je całościowe spojrzenie na człowieka we wszystkich wymiarach: medycznym, społecznym i psychicznym,
- sprawiedliwości – to równe traktowanie wszystkich pacjentów niezależnie od rasy, płci, pozycji społecznej, ekonomicznej,
- poufności – to konieczność zachowania ścisłej tajemnicy dotyczącej informacji, które uzyskiwane są w toku sprawowania opieki nad pacjentem; jest to zasada, która ściśle wiąże się z zasadą lojalności i szacunku wobec tych, którzy pokładają ufność w swych powiernikach i opiekunach
- prawdomówności – to obowiązek mówienia prawdy i nie wprowadzania pacjenta w błąd (wyjątek od tej zasady stanowi sytuacja, kiedy ujawnienie prawdy może spowodować poważne szkody dla stanu psychicznego i fizycznego pacjenta- w takiej sytuacji należy uwzględnić zasadę nieuszkodzenia),
- odpowiedzialności – to ponoszenie odpowiedzialności moralnej i prawnej za rezultaty działań wobec pacjentów i zawodu.

W oparciu o wyżej wymienione zasady funkcjonują powinności moralne godziwego postępowania pielęgniarek
1. Szanuj godność pacjenta i jego prawa.
2. Nie szkodź swym postępowaniem podopiecznemu; chroń go przed krzywdą i szkodą.
3. Przyczyniaj się do dobra pacjenta we wszystkich wymiarach tj. fizyczno-biologicznym, psychicznym, społecznym, duchowym.
4. Świadcz opiekę pielęgniarską sprawiedliwie wobec każdego pacjenta.
5. Zatrzymaj w tajemnicy uzyskane informacje o stanie zdrowotnym pacjenta i przebiegu procesu leczenia i opieki.
6. Bądź odpowiedzialny za podjęte obowiązki i swe zobowiązania.

Powinności te rozpatrywane są na gruncie codziennych, rutynowych i pozornie podobnych obowiązków pielęgniarskich, ale również trudnych sytuacji rodzących dylematy etyczne. Każda bowiem sytuacja, w jakiej postawiona jest pielęgniarka oraz pacjent jako autonomiczna osoba jest inna i wymaga podejmowania innych decyzji.

Kształtowanie umiejętności podejmowania trudnych decyzji w praktyce zawodowej pielęgniarki nie jest łatwe. Rozwój etyki naszego zawodu łączy się ściśle z wiedzą dotyczącą istoty pielęgniarstwa, a jego specyficzność polega na podejmowaniu decyzji na rzecz zdrowia i życia człowieka. Należy zwrócić uwagę na fakt, że współczesny rozwój pielęgniarstwa wykazuje ścisłe zależności zarówno z jego najgłębszymi korzeniami, jak i z najnowszymi tendencjami rozwojowymi, które pojawiły się w ciągu dziejów. W ostatnich dziesiątkach lat wiele się zmieniło w pracy pielęgniarek oraz w oczekiwaniach ludzi korzystających z ich usług. Pielęgniarki stały się profesjonalistkami, realizują zadania, które wymagają kompetencji naukowych, sprawnościowych oraz umiejętności podejmowania odpowiedzialności za podjęte działania.

Obecnie pielęgniarki zajmujące się problematyką etyki skupiają swoje wysiłki między innymi na rozwijaniu etyki pielęgniarskiej w odniesieniu do procesów kształcenia oraz na wprowadzaniu w praktyce strategii zmierzających do koncentracji uwagi na zagadnieniach etycznych.

Dla pielęgniarek praktyków natomiast sprawą podstawowej wagi w zakresie zagadnień etycznych jest wnikliwe studiowanie aktualnie obowiązującego „Kodeksu etyki zawodowej polskiej pielęgniarki i położnej". Z niego wynikają powinności wobec:
- pacjentów
- praktyki zawodowej i nauki
- samorządu pielęgniarek i położnych
- współpracowników
- zasad postępowania wobec społeczeństwa.

Treść tego dokumentu zarówno w zakresie przyrzeczenia, jak i części ogólnej oraz części szczegółowej powinna być wnikliwie analizowana, dyskutowana przez wszystkich przedstawicieli tego zawodu. Ze szczególną uwagą treść kodeksu powinna być przyswojona przez pielęgniarki w okresie adaptacji społeczno – zawodowej. Ci młodzi adepci zawodu i sztuki jakim jest pielęgniarstwo powinni mieć możliwość czerpania przykładu od pielęgniarek mających doświadczenie w podejmowaniu decyzji etycznych w pracy z pacjentami.

W ostatnich latach sukcesywnie zwiększają się wymogi wobec postaw i praktyki zawodowej przedstawicieli wszystkich podsystemów medycznych, w tym wobec pielęgniarek

Pacjent w placówkach ochrony zdrowia jest obecnie klientem, odbiorcą naszej usługi, który często posiada wiedzę na temat zdrowia i choroby oraz jest świadomym konsumentem w stosunku do usług zdrowotnych. To z kolei przyczynia się do zwiększenia wymagań wobec osób zajmujących się zawodowo problemami zdrowia i choroby.

Dlatego obecnie koniecznością jest, banie o wysoką jakość opieki pielęgniarskiej realizowanej w oparciu o zasady etyczne naszego zawodu.

Bożena Wargocka
mgr pielęgniarstwa

Dokąd idziesz pielęgniarko?

- nasze refleksje na temat specjalizacji w dziedzinie Pielęgniarstwa Epidemiologicznego

W dniu 27 października 2005 roku odbył się egzamin państwowy specjalizacyjny w dziedzinie Pielęgniarstwa Epidemiologicznego … minęły 2 lata. Egzamin był zwieńczeniem wielu godzin nauki, wielu wyrzeczeń w trakcie całego szkolenia. Sama specjalizacja i decyzja o jej podjęciu – często wbrew woli i bez zgody Dyrektora Szpitala – budziła obawy: Czy dam radę? Jak zniosę to finansowo? Jak pogodzę staże z obowiązkami zawodowymi? Jak przeżyje to moja rodzina? Kto zobaczy w tym sens, na kogo zrozumienie mogę liczyć? ... .

Dofinansowanie nie był dla wszystkich, podzielono nas na lepsze i gorsze ... cóż nie powinno to budzić kontrowersji ... odbyła się weryfikacja: uzyskałaś określoną liczbę punktów – zdobyłaś dofinansowanie. Pozostało pytanie, dlaczego tak niewiele osób mogło z tej formy skorzystać? Dlaczego dofinansowanie obejmuje raz 25 osób, a innym razem tylko 9 osób?

System kształcenia specjalistki wymagał od nas często rzeczy niemożliwych, nie do końca zrozumiałych. Oczekiwałyśmy zdobycia nowych umiejętności, informacji i tak też się stało – tylko czy wykorzystamy je w pełni? W czasie specjalizacji stworzyłyśmy zgraną grupę przyjaciół, każda z nas ma własne przemyślenia – dwa lata nauki to długi okres czasu, czasu przepełnionego radością ale i smutkiem. Przemyślenia te, czasem w formie bardzo krótkich refleksji pozwolę sobie zacytować (za zgodą moich koleżanek).

… Ciąża - to niemożliwe, super ale jak dam radę? Chyba mogę liczyć na pomoc rodziny. Ciężko było ale udało się urodziłam … teraz tylko egzamin, bardzo się boję …

… Mimo wszystko było warto, stres potężny przeszkadzał w racjonalnym myśleniu. Mam wrażenie, że ilość materiału i jego rodzaj – szczególnie część ogólnozawodowa na wyrost. Minus egzaminu to jego miejsce – dojazd do Warszawy, nocleg – dodatkowe koszty; atmosfera na egzaminie obłędna dawno się tak nie denerwowałam. Najgorzej było w drodze powrotnej, w pociągu uzgadniałyśmy wyniki testu – wysiadłam w Szczecinie z przekonaniem że nie zdałam … telefon do Warszawy – szczęście, zdałam …

… Nie dopuszczą nas do egzaminu? coś nie tak, dlaczego mnie to spotkało … a jednak zdajemy, ogromna ulga. To by było okropne – tyle wyrzeczeń, choroba – mam szczęście, że mogę liczyć na moje wspaniałe koleżanki, mądre i wspierające mnie. Dziękuję wszystkim za pomoc w bardzo trudnym okresie choroby i pomoc w kontynuowaniu specjalizacji. …

… Specjalizacja – nie czuję spełnienia moich oczekiwań, pracuję na stanowisku Pielęgniarki Epidemiologicznej od niedawna, myślałam że dowiem się więcej konkretnych rad jak radzić sobie w sytuacjach problemowych, w codziennej pracy…

…Egzamin to miłe wspomnienie, był stres ale w pozytywnym tego słowa znaczeniu. Cieszę się, że udało mi się pogłębić wiedzę – wykorzystam ją w codziennej pracy…

… Jedno jest pewne było warto. Nie było lekko ale na pewno ciekawie. Poznałam bardzo wartościowych ludzi, nauczyłam się wiele, złapałam bakcyla do epidemiologii, wyniosłam wiele z zajęć i z rozmów z koleżankami. …

… Egzamin, wielka pustka po wyjściu . Teraz radość …

… Wyszłam po egzaminie z wielkimi wyrzutami, testy ciężkie – nie byłam pewna mojej wiedzy. Czas czekania na wyniki tak bardzo się dłużył, a jeśli poprawka to z czego mam się uczyć? Był duży stres – teraz mogę być z siebie dumna, w końcu uczyłam się razem z 9 miesięczną córeczką – udało się ! …

…Ogłoszone wyniki, mogłam złapać głębszy oddech, niesamowita radość, okrzyk szczęścia – udało się. Znów uwierzyłam w siebie …

… A więc jestem specjalistką, powtórzyła się sytuacja z 1996 roku – wtedy też zostałam specjalistką, tylko w innej dziedzinie, zdałam z wyróżnieniem i nadzieją, że będę miała narzędzie by zrobić coś fajnego w instrumentacji. Wielkie nadzieje i jeszcze większe rozczarowanie – przyrzekłam, że już nigdy więcej nie powtórzę tego, to miała być ostatnia specjalizacja wieńcząca mój rozwój zawodowy. Stało się inaczej … dziś zdałam, mam drugą specjalizację – dokąd mnie to zaprowadzi? Uprawnienia uzyskane po zdobyciu pierwszej specjalizacji chyba już straciłam - zostały mi zakwestionowane przy stażach na obecnie ukończonej. Jaką mam pewność, że za jakiś czas ktoś nie zdecyduje, że moja specjalizacja z Pielęgniarstwa Epidemiologicznego wymaga weryfikacji – bo nie posiadam tytułu magistra pielęgniarstwa? Kto wie dokąd zmierza to pielęgniarstwo … na pewno nie wiem o tym ja … „pielęgniarka – pielęgniarce gotuje los" , czy aby na pewno wie dlaczego? Jestem specjalistką jak wpłynie to na moje uposażenie? Czy to etyczne i moralne, że o tym myślę? A może powinny mi wystarczyć gratulacje?…

… Nie wiem czy warto było rozpoczynać specjalizację, wiem że warto było uczestniczyć w spotkaniach zjazdowych, korzystać z towarzystwa mądrych, dobrych i oddanych zawodowi oraz pełnionej funkcji koleżanek oraz wykładowców. Warto było poznać innych i siebie w tak różnych sytuacjach …

Wiele emocji szczególnie tych pozytywnych, radosnych i szczęśliwych i co dalej Pielęgniarko Epidemiologiczna...? W swoim imieniu pragnę serdecznie pogratulować wszystkim koleżankom wytrwałości, hartu ducha i niezłomności w zdobywaniu kolejnego szczebelka w drabinie rozwoju i doskonalenia zawodowego. Jestem z nas bardzo dumna i życzę wszystkim wielu sukcesów w życiu osobistym i zawodowym. Dziękuję również w imieniu Zachodniopomorskiego Zespołu Pielęgniarek Epidemiologicznych wszystkim wykładowcom oraz wszystkim osobom i firmom, które rozumiały nasze marzenia, a bez których ten sukces nie miałby miejsca.

Bożena Prządka
Przewodnicząca
Zachodniopomorskiego Zespołu
Pielęgniarek Epidemiologicznych

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 20 października 2005r.

w sprawie zakresu zadań lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej

Na podstawie art. 55 ust. 6 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135, z późn. zm.[2)]) zarządza się, co następuje:

§ 1.

Ustala się zakres zadań lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, który określa załącznik nr 1 do rozporządzenia.

§ 2.

Ustala się zakres zadań pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej, który określa załącznik nr 2 do rozporządzenia.

§ 3.

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

MINISTER ZDROWIA

Załącznik nr 1

Zakres zadań lekarza podstawowej opieki zdrowotnej

1. Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, zwany dalej „lekarzem POZ", wybrany przez świadczeniobiorcę zgodnie z art. 28 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, planuje i realizuje opiekę lekarską nad świadczeniobiorcą w zakresie udzielanych przez niego świadczeń opieki zdrowotnej, z uwzględnieniem miejsca udzielania świadczenia (w warunkach ambulatoryjnych i domowych). Lekarz POZ koordynuje udzielanie świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej.
2. W ramach udzielania świadczeń opieki zdrowotnej lekarz POZ współpracuje z:
   1) pielęgniarką podstawowej opieki zdrowotnej i położną podstawowej opieki zdrowotnej, wybranymi przez świadczeniobiorcę zgodnie z art. 28 ust 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
   2) pielęgniarką środowiska nauczania i wychowania;
   3) innymi świadczeniodawcami, zgodnie z potrzebami świadczeniobiorców;
   4) przedstawicielami organizacji i instytucji działających na rzecz zdrowia.
3. W zakresie działań mających na celu zachowanie zdrowia świadczeniobiorcy lekarz POZ:
   1) prowadzi edukację zdrowotną;
   2) prowadzi systematyczną i okresową ocenę stanu zdrowia w ramach badań bilansowych, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami;
   3) uczestniczy w realizacji programów zdrowotnych działając na rzecz zachowania zdrowia w społeczności lokalnej;
   4) rozpoznaje środowisko świadczeniobiorcy.
4. W zakresie działań mających na celu profilaktykę chorób lekarz POZ:
   1) identyfikuje czynniki ryzyka oraz zagrożenia zdrowotne świadczeniobiorcy, a także podejmuje działania ukierunkowane na ich ograniczenie;
   2) koordynuje wykonanie i dokonuje kwalifikacji do obowiązkowych szczepień ochronnych świadczeniobiorcy oraz zapewnia wykonywanie szczepień, zgodnie z odrębnymi przepisami, oraz informuje o szczepieniach zalecanych;
   3) uczestniczy w realizacji programów profilaktycznych;
   4) prowadzi systematyczną i okresową ocenę stanu zdrowia w ramach badań przesiewowych zgodnie z odrębnymi przepisami.
5. W zakresie działań mających na celu rozpoznanie chorób lekarz POZ:
   1) planuje i koordynuje postępowanie diagnostyczne, stosownie do stanu zdrowia świadczeniobiorcy;
   2) informuje świadczeniobiorcę o możliwościach postępowania diagnostycznego w odniesieniu do jego stanu zdrowia oraz wskazuje podmioty właściwe do jego przeprowadzenia;
   3) przeprowadza badanie podmiotowe świadczeniobiorcy zgodnie z wiedzą medyczną;
   4) przeprowadza badanie przedmiotowe z wykorzystaniem technik dostępnych w warunkach podstawowej opieki zdrowotnej;
   5) wykonuje testy lub zleca wykonanie badań dodatkowych, a w szczególności laboratoryjnych i obrazowych;
   6) kieruje świadczeniobiorcę na konsultacje specjalistyczne celem dalszej diagnostyki i leczenia, w przypadku gdy uzna to za konieczne;
   7) kieruje świadczeniobiorcę do jednostek lecznictwa zamkniętego celem dalszej diagnostyki i leczenia, w przypadku gdy uzna to za konieczne;
   8) dokonuje interpretacji wyników badań i konsultacji wykonanych przez innych świadczeniodawców;
   9) orzeka o stanie zdrowia świadczeniobiorcy w oparciu o osobiste badanie i dokumentację

medyczną.

6. W zakresie działań mających na celu leczenie chorób lekarz POZ:
   1) planuje i uzgadnia ze świadczeniobiorcą postępowanie terapeutyczne, stosownie do jego problemów zdrowotnych oraz zgodnie z aktualną wiedzą medyczną;
   2) planuje i uzgadnia ze świadczeniobiorcą działania edukacyjne mające na celu ograniczenie lub wyeliminowanie stanu będącego przyczyną choroby świadczeniobiorcy;
   3) zleca i monitoruje leczenie farmakologiczne;
   4) wykonuje zabiegi i procedury medyczne;
   5) kieruje świadczeniobiorcę do wykonania zabiegów i procedur medycznych do innych świadczeniodawców;
   6) kieruje do oddziałów lecznictwa stacjonarnego, a także do zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych i opiekuńczo-leczniczych oraz do oddziałów paliatywno-hospicyjnych;
   7) kieruje do pielęgniarskiej długoterminowej opieki domowej;
   8) kieruje do leczenia uzdrowiskowego;
   9) orzeka o czasowej niezdolności do pracy lub nauki zgodnie z odrębnymi przepisami;
   10) integruje, koordynuje lub kontynuuje działania lecznicze podejmowane w odniesieniu do jego świadczeniobiorcy przez innych świadczeniodawców w ramach swoich kompetencji zawodowych.
7. W zakresie działań mających na celu usprawnianie świadczeniobiorcy lekarz POZ:
   1) zleca wykonywanie zabiegów rehabilitacyjnych przez świadczeniodawców;
   2) wykonuje stosownie do posiadanej przez siebie wiedzy i umiejętności oraz posiadanych kwalifikacji i możliwości zabiegi i procedury rehabilitacyjne;
   3) zleca wydanie świadczeniobiorcy przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych zgodnie z odrębnymi przepisami.
8. Przepisy ust. 1-7 nie naruszają prawa i obowiązków lekarzy POZ do realizacji zadań i stosowania procedur wynikających z odrębnych przepisów.

Załączniki Nr 2

Zakres zadań pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej

Część I

1. Pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej, „zwana dalej „pielęgniarką POZ", i położna podstawowej opieki zdrowotnej, zwana dalej „położną POZ", wybrana przez świadczeniobiorcę zgodnie z art. 28 ust 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, planuje i realizuje kompleksową opiekę pielęgniarską i pielęgnacyjną, opiekę położniczo-neonatologiczno-ginekologiczną nad świadczeniobiorcą w miejscu zamieszkania i nauki, z uwzględnieniem miejsca wykonywania świadczenia, w zakresie:
   1) promocji zdrowia i profilaktyki chorób;
   2) świadczeń pielęgnacyjnych;
   3) świadczeń diagnostycznych;
   4) świadczeń leczniczych;
   5) świadczeń rehabilitacyjnych.

Część II

A. Zakres zadań pielęgniarki POZ

1. Pielęgniarka POZ planuje i realizuje kompleksową opiekę pielęgniarską nad osobą, rodziną, społecznością w środowisku zamieszkania, z uwzględnieniem miejsca udzielenia świadczenia, obejmując opieką:
   1) zdrowych i chorych niezależnie od płci i wieku, z wyłączeniem noworodka i niemowlęcia do drugiego miesiąca życia;
   2) osoby niepełnosprawne.
2. W ramach udzielania świadczeń opieki zdrowotnej pielęgniarka POZ współpracuje z:
   1) lekarzem POZ i w porozumieniu z lekarzem wykonuje świadczenia lecznicze;
   2) pielęgniarką POZ środowiska nauczania i wychowania lub higienistką szkolną;
   3) położną POZ;
   4) pielęgniarką opieki długoterminowej domowej;
   5) innymi świadczeniodawcami zgodnie z potrzebami podopiecznych;
   6) przedstawicielami organizacji i instytucji działających na rzecz zdrowia;
   7) rodziną (opiekunami) świadczeniobiorcy.
3. Świadczenia w zakresie promocji zdrowia i profilaktyki chorób obejmują:
   1) rozpoznawanie, ocenę i zapobieganie zagrożeniom zdrowotnym u świadczeniobiorców;
   2) rozpoznawanie potrzeb pielęgnacyjnych i problemów zdrowotnychświadczeniobiorców;
   3) prowadzenie edukacji zdrowotnej;
   4) prowadzenie poradnictwa w zakresie zdrowego stylu życia;
   5) monitorowanie rozwoju dziecka zgodnie z odrębnymi przepisami;
   6) realizację programów zdrowotnych i profilaktyki chorób;
   7) prowadzenie działań profilaktycznych u świadczeniobiorców z grup ryzyka zdrowotnego;
   8) organizację grup wsparcia;
   9) profilaktykę chorób wieku rozwojowego;
   10) edukację w zakresie obowiązkowych szczepień ochronnych oraz informacje o szczepieniach zalecanych.
4. Świadczenia pielęgnacyjne obejmują:
   1) realizację opieki pielęgnacyjnej u świadczeniobiorców w różnych stanach zdrowia i choroby zgodnie z aktualną wiedzą medyczną i współczesnymi standardami opieki pielęgniarskiej;
   2) wykonywanie zabiegów pielęgnacyjnych zgodnie z odrębnymi przepisami;
   3) przygotowywanie i aktywizowanie do samoopieki i samopielę-

gnacji w chorobie i niepełnosprawności.

5. Świadczenia diagnostyczne obejmują:
   1) przeprowadzanie wywiadów środowiskowych;
   2) wykonywanie badania fizykalnego;
   3) wykonywanie podstawowych pomiarów życiowych i ich ocenę oraz interpretację;
   4) ocenę stanu ogólnego chorego oraz procesu jego zdrowienia;
   5) ocenę jakości życia i wydolności psychofizycznej świadczeniobiorcy;
   6) wykrywanie odchyleń od normy rozwojowej;
   7) wykonywanie testów diagnostycznych poza laboratorium w oparciu o zestawy i aparaturę przeznaczoną do wykonywania oznaczeń w miejscu zamieszkania świadczeniobiorcy;
   8) ocenę i monitorowanie bólu;
   9) ocenę wydolności pielęgnacyjno-opiekuńczej rodziny;
   10) pobieranie materiału do badań diagnostycznych zgodnie z odrębnymi przepisami.
6. Świadczenia lecznicze, zgodnie z odrębnymi przepisami, obejmują:
   1) udzielanie pierwszej pomocy w stanach zagrożenia życia i w nagłych zachorowaniach, w tym prowadzenie resuscytacji krążeniowo-oddechowej;
   2) podawanie leków różnymi drogami i technikami zleconymi przez lekarza oraz zgodnie z odrębnymi przepisami, w tym wykonywanie iniekcji dożylnych, podskórnych, śródskórnych oraz wykonywanie wlewów dożylnych;
   3) zakładanie opatrunków na rany, odleżyny, oparzenia;
   4) cewnikowanie pęcherza u kobiet;
   5) płukanie pęcherza;
   6) wykonywanie wlewów / wlewek doodbytniczych;
   7) wykonywanie zabiegów pielęgnacyjno-leczniczych w stomiach, przetokach i ranach trudno gojących się w porozumieniu z lekarzem;
   8) zdejmowanie szwów;
   9) wykonywanie inhalacji;
   10) wykonywanie zabiegów z zastosowaniem ciepła i zimna;
   11) stawianie baniek;
   12) ustalanie diety w żywieniu przewlekle chorych;
   13) dobór technik karmienia w zależności od stanu chorego;
   14) doraźną modyfikację dawki leków przeciwbólowych w uzgodnieniu z lekarzem i zgodnie z wykazem leków do podawania, których uprawniona jest pielęgniarka.
7. Świadczenia rehabilitacyjne obejmują:
   1) rehabilitację przyłóżkową w celu zapobiegania powikłaniom wynikającym z procesu chorobowego i długotrwałego unieruchomienia;
   2) usprawnianie ruchowe;
   3) drenaż ułożeniowy, prowadzenie gimnastyki oddechowej;
   4) ćwiczenia ogólnousprawniające;
   5) ułożenie i przemieszczanie chorego w łóżku.
8. Pielęgniarka POZ środowiska nauczania i wychowania planuje i realizuje opiekę pielęgnacyjną nad świadczeniobiorcami na terenie szkoły lub w jednostce, o której mowa w art. 2 pkt 5 ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2004 r. Nr 256, poz. 2572, z późn. zm.3)), zgodnie z odrębnymi przepisami.

B. Zakres zadań położnej POZ

1. Położna POZ realizuje kompleksową pielęgnacyjną opiekę położniczo-neonatologiczno - ginekologiczną obejmującą:
   1) edukację w zakresie planowania rodziny;
   2) opiekę w okresie ciąży, porodu i połogu;
   3) opiekę nad kobietą, noworodkiem i niemowlęciem do ukończenia drugiego miesiąca życia;
   4) opiekę w chorobach ginekologicznych;
   5) opiekę nad kobietą w każdym okresie jej życia.
2. W realizacji świadczeń opieki zdrowotnej położna POZ współpracuje z:
   1) lekarzem ginekologiem (położnikiem) udzielającym świadczeń specjalistycznych w zakresie jej zadań;
   2) lekarzem POZ i w porozumieniu z lekarzem wykonuje świadczenia lecznicze;
   3) pielęgniarką POZ;
   4) pielęgniarką POZ środowiska nauczania i wychowania;
   5) pielęgniarką opieki długoterminowej domowej;
   6) położną zatrudnioną w specjalistycznej poradni położniczo-ginekologicznej;
   7) innymi świadczeniodawcami zgodnie z potrzebami świadczeniobiorców;
   8) przedstawicielami organizacji i instytucji działających na rzecz zdrowia.
3. Świadczenia w zakresie promocji zdrowia i profilaktyki chorób obejmują:
   1) edukację w zakresie prozdrowotnego stylu życia kobiety;
   2) przygotowania do porodu z uwzględnieniem porodu rodzinnego;
   3) poradnictwo w zakresie higieny odżywiania w okresie połogu;
   4) poradnictwo w zakresie pielęgnacji i prawidłowego żywienia noworodka i niemowlęcia do drugiego miesiąca życia;
   5) poradnictwo laktacyjne i promowanie karmienia piersią;
   6) kształtowanie postaw rodzicielskich;
   7) edukację i udzielanie porad w zakresie powrotu płodności po porodzie, metod regulacji płodności;
   8) profilaktykę chorób ginekologicznych i patologii położniczych;
   9) edukację kobiety we wszystkich okresach życia w zakresie prowadzenia samoobserwacji oraz podejmowania działań w celu wczesnego wykrywania i likwidacji czynników ryzyka nowotworowego;
   10) edukację w zakresie zapobiegania zakażeniom HIV oraz chorobom przenoszonym drogą płciową;
   11) profilaktykę chorób wieku rozwojowego;
   12) edukację w zakresie szczepień ochronnych.
4. Świadczenia diagnostyczne obejmują:
   1) przeprowadzanie wywiadu środowiskowego/rodzinnego;
   2) monitorowanie rozwoju ciąży

fizjologicznej;
3) wykonywanie badania położniczego u kobiet;
5) ocenę relacji rodziny z noworodkiem;
6) monitorowanie przebiegu połogu i rozwoju noworodka i niemowlęcia do drugiego miesiąca życia;
7) obserwację i ocenę rozwoju psychoruchowego noworodka i niemowlęcia oraz adaptacji do środowiska zewnętrznego;
8) wykonywanie pomiarów u kobiety i noworodka, oraz ocenę tych pomiarów;
9) ocenę poziomu bilirubiny w oparciu o topografię zażółcenia według schematu Kramera oraz pobieranie materiałów do testów na fenyloketonurię i hypotyreozę u noworodków;
10) wykonywanie testów diagnostycznych poza laboratorium w oparciu o zestawy i aparaturę przeznaczoną do wykonywania oznaczeń w miejscu zamieszkania świadczeniobiorcy;
11) pobieranie materiału do badań diagnostycznych zgodnie z odrębnymi przepisami.

5. Świadczenia pielęgnacyjne obejmują:
   1) planowanie, realizację i ocenę opieki pielęgnacyjnej nad:
      a) kobietą w okresie ciąży, porodu, połogu,
      b) noworodkiem i niemowlęciem do drugiego miesiąca życia,
      c) kobietą ze schorzeniami ginekologicznymi;
   2) przygotowanie i wspieranie rodziny w opiece świadczonej na rzecz noworodka, niemowlęcia i kobiety;
   3) przygotowanie kobiety do samoopieki i samopielęgnacji.
6. Świadczenia lecznicze, zgodnie z odrębnymi przepisami, obejmują:
   1) udzielanie pierwszej pomocy w stanach zagrożenia życia i w nagłych zachorowaniach, w tym prowadzenie resuscytacji krążeniowo-oddechowej;
   2) udzielanie pomocy położniczej i neonatologicznej w stanach nagłych do czasu przybycia lekarza;
   3) przyjmowanie porodu nagłego w warunkach domowych;
   4) zabezpieczenie naciętego lub pękniętego krocza;
   5) udzielanie pomocy w okresie laktacji;
   6) podawanie leków różnymi drogami i technikami zleconymi przez lekarza zgodnie z odrębnymi przepisami, w tym:
      a) podawanie leków różnymi drogami i technikami zleconymi przez lekarza zgodnie z odrębnymi przepisami, w tym wykonywanie iniekcji domięśniowych, dożylnych, śródskórnych oraz wykonywanie wlewów dożylnych,
      b) zdejmowanie szwów,
      c) cewnikowanie pęcherza moczowego u kobiet, usuwanie cewnika, płukanie pęcherza,
      d) wykonywanie wlewów/wlewek doodbytniczych,
      e) płukanie pochwy,
      f) leczenie i opatrywanie oparzeń, ran, odleżyn we współpracy z pielęgniarką podstawowej opieki zdrowotnej,
      g) wykonywanie zabiegów z zastosowaniem ciepła i zimna,
      h) ustalanie diety kobiety zgodnie z potrzebami,
      i) doraźną modyfikację dawki leczniczej leku przeciwbólowego, w uzgodnieniu z lekarzem i zgodnie z wykazem leków, do podawania których uprawniona jest położna.
7. Świadczenia rehabilitacyjne,obejmują:
   1) ćwiczenia usprawniające w ciąży, połogu i schorzeniach ginekologicznych;
   2) wykonywanie drenażu ułożeniowego u kobiety;
   3) prowadzenie gimnastyki oddechowej, relaksacyjnej, przygotowującej do porodu oraz połogu.

Część III

Przepisy załącznika nie naruszają praw i obowiązków pielęgniarki POZ i położnej POZ do realizacji zadań i stosowania procedur wynikających z odrębnych przepisów.

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 20 października 2005 r.

w sprawie trybu i sposobu przekazywania preparatów służących przeprowadzaniu obowiązkowych szczepień ochronnych

Na podstawie art. 16 ust. 9 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o chorobach zakaźnych i zakażeniach (Dz.U. Nr 126, poz. 1384, z późn. zm.[2)]) zarządza się, co następuje:

§ 1.

Rozporządzenie określa:
1) tryb i sposób przekazywania preparatów służących przeprowadzaniu obowiązkowych szczepień ochronnych, zwanych dalej „preparatami szczepionkowymi”;
2) podmioty, którym przekazywane są preparaty szczepionkowe i ich obowiązki w zakresie ustalania rocznego zapotrzebowania na preparaty;
3) sposób przechowywania i rotacji preparatów szczepionkowych stanowiących rezerwę przeciwepidemiczną kraju;
4) zaopatrywanie się świadczeniodawców prowadzących szczepienia w preparaty szczepionkowe.

§ 2.

Preparaty szczepionkowe są przechowywane i dystrybuowane zgodnie z zasadami określonymi w § 2 – 10 rozporządzenia Ministra Zdrowia

z dnia 26 lipca 2002 r. w sprawie Dobrej Praktyki Dystrybucyjnej (Dz. U. Nr 144, poz. 1216) oraz wymogami przechowywania określonymi przez producentów tych preparatów.

§ 3.

Podmiotami przechowującymi i dystrybuującymi preparaty szczepionkowe są:
1) na poziomie kraju - dystrybutor centralny wyznaczony przez ministra właściwego do spraw zdrowia, zwany dalej „dystrybutorem centralnym";
2) na poziomie województwa - wojewódzkie stacje sanitarno-epidemiologiczne;
3) na poziomie powiatu - powiatowe stacje sanitarno-epidemiologiczne.

§ 4.

Koordynatorem dystrybucji preparatów szczepionkowych są:
1) na obszarze kraju – Główny Inspektor Sanitarny;
2) na obszarze województwa – państwowy wojewódzki inspektor sanitarny;
3) na obszarze powiatu – państwowy powiatowy inspektor sanitarny.

§ 5.

1. Dystrybutor centralny zapewnia transport preparatów szczepionkowych do wojewódzkich stacji sanitarno-epidemiologicznych.
2. Wojewódzkie stacje sanitarno-epidemiologiczne przekazują preparaty szczepionkowe powiatowym stacjom sanitarno-epidemiologicznym, zgodnie z warunkami dostarczania tych preparatów określonymi przez państwowych wojewódzkich inspektorów sanitarnych.
3. Powiatowe stacje sanitarno-epidemiologiczne przekazują preparaty szczepionkowe świadczeniodawcom wykonującym szczepienia ochronne na terenie powiatu, zgodnie z warunkami dostarczania tych preparatów określonymi przez państwowych powiatowych inspektorów sanitarnych.

§ 6.

1. Zapotrzebowanie na preparaty szczepionkowe na kolejny rok dla danego powiatu określa państwowy powiatowy inspektor sanitarny zgodnie z obowiązującym programem szczepień ochronnych, o którym mowa w art. 14 ust. 9 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o chorobach zakaźnych i zakażeniach, z uwzględnieniem w szczególności:
   1) wielkości zapasów preparatów szczepionkowych przechowywanych w powiatowej stacji sanitarno-epidemiologicznej;
   2) aktualnej sytuacji epidemiologicznej chorób zakaźnych na terenie powiatu;
   3) danych demograficznych i struktury wiekowej mieszkańców powiatu;
   4) liczby osób podlegających szczepieniom obowiązkowym objętych podstawową opieką zdrowotną oraz uczęszczających do szkół na terenie powiatu;
   5) stanu zaszczepienia grup osób zobowiązanych do poddania się obowiązkowym szczepieniom ochronnym w latach wcześniejszych.
2. Zapotrzebowanie, o którym mowa w ust. 1, państwowy powiatowy inspektor sanitarny przedstawia, wraz z uzasadnieniem, państwowemu wojewódzkiemu inspektorowi sanitarnemu w terminie do dnia 31 sierpnia każdego roku.

§ 7.

1. Zapotrzebowanie na preparaty szczepionkowe na kolejny rok dla danego województwa określa państwowy wojewódzki inspektor sanitarny, z uwzględnieniem w szczególności:
   1) wielkości zapasów preparatów szczepionkowych przechowywanych w wojewódzkiej stacji sanitarno-epidemiologicznej;
   2) zapotrzebowań zgłoszonych przez podległych mu państwowych powiatowych inspektorów sanitarnych.
2. Zapotrzebowanie, o którym mowa w ust. 1, państwowy wojewódzki inspektor sanitarny przedstawia, wraz z uzasadnieniem, Głównemu Inspektorowi Sanitarnemu w terminie do dnia 14 września każdego roku.

§ 8.

1. Zapotrzebowanie na preparaty szczepionkowe dla całego kraju określa Główny Inspektor Sanitarny, z uwzględnieniem w szczególności:
   1) wielkości zapasów preparatów szczepionkowych przechowywanych przez dystrybutora centralnego;
   2) zapotrzebowań zgłoszonych przez państwowych wojewódzkich inspektorów sanitarnych;
   3) wielkości planowanej rezerwy przeciwepidemicznej;
   4) prognozowanych zmian sytuacji epidemiologicznej chorób zakaźnych w kraju;
   5) planowanych zmian w programie szczepień ochronnych.
2. Zapotrzebowanie, o którym mowa w ust. 1, Główny Inspektor Sanitarny przekazuje wraz z uzasadnieniem i szacunkową oceną wielkości środków potrzebnych dla jego realizacji ministrowi właściwemu do spraw zdrowia w terminie do dnia 30 września każdego roku. W zapotrzebowaniu określa się ponadto wymagania dotyczące zabezpieczenia preparatów szczepionkowych w okresie ich przechowywania i przewożenia.

§ 9.

W zapotrzebowaniach, o których mowa w § 6-8, określa się jednocześnie harmonogramy dostaw preparatów szczepionkowych zapewniające nieprzerwaną realizację szczepień obowiązkowych.

§ 10.

1. Państwowy wojewódzki inspektor sanitarny może dokonać zmiany zapotrzebowania na preparaty szczepionkowe na kolejny rok oraz harmonogramów dostaw dla poszczególnych powiatów.
2. Główny Inspektor Sanitarny może dokonać zmiany zapotrzebowania na preparaty szczepionkowe na kolejny rok i harmonogramów dostaw dla poszczególnych województw.
3. Informacja o zmianach, o których mowa w ust. 1 i 2, wraz uzasadnieniem powodów, dla których tych zmian dokonano, jest przekazywana właściwym państwowym inspektorom sanitarnym.

§ 11.

Rezerwa przeciwepidemiczna kraju jest przechowywana przez dystrybutora

centralnego w celu:
1) zapewnienia nieprzerwanej realizacji szczepień obowiązkowych przewidzianych w programie szczepień ochronnych;
2) umożliwienia niezwłocznego podjęcia szczepień przeciw chorobom zakaźnym, o których mowa w art. 15 ustawy o chorobach zakaźnych i zakażeniach.

§ 12.

1. Do siódmego dnia każdego miesiąca państwowi powiatowi inspektorzy sanitarni przekazują państwowym wojewódzkim inspektorom sanitarnym raporty o wielkości posiadanych zapasów poszczególnych preparatów szczepionkowych.
2. Do dziesiątego dnia każdego miesiąca państwowi wojewódzcy inspektorzy sanitarni przekazują Głównemu Inspektorowi Sanitarnemu raporty o wielkości posiadanych zapasów poszczególnych preparatów szczepionkowych.
3. Raporty, o których mowa w ust. 1 i 2, zawierają dane dotyczące liczby posiadanych preparatów szczepionkowych, ich numerów seryjnych oraz terminów ważności.

§ 13.

1. Podmioty przechowujące i dystrybuujące preparaty szczepionkowe przekazują w pierwszej kolejności preparaty o krótszym terminie ważności i zastępują je preparatami o dłuższym terminie ważności.
2. Podmioty przechowujące i dystrybuujące preparaty szczepionkowe otrzymują preparaty szczepionkowe zgodnie z przekazanym zapotrzebowaniem i harmonogramem dostaw.
3. W przypadku wystąpienia zwiększonego zapotrzebowania, dystrybutor centralny, po uzyskaniu zgody Głównego Inspektora Sanitarnego, przekazuje preparaty szczepionkowe stanowiące rezerwę przeciwepidemiczną kraju.

§ 14.

1. W przypadku wystąpienia nadmiernych zapasów danego preparatu szczepionkowego państwowi inspektorzy sanitarni podejmują działania w celu przekazania przechowywanego zapasu preparatów szczepionkowych do innych stacji sanitarno-epidemiologicznych lub wymiany preparatów szczepionkowych na preparaty o dłuższym terminie ważności, w celu zapobieżenia powstaniu strat spowodowanych upłynięciem terminu ich ważności.
2. O fakcie wystąpienia nadmiernych zapasów oraz o podjętych działaniach, o których mowa w ust. 1, państwowy inspektor sanitarny informuje niezwłocznie organ wyższego stopnia.

§ 15.

1. Podmioty przechowujące i dystrybuujące preparaty szczepionkowe przechowują je nie dłużej niż do czasu upłynięcia terminu ich ważności.
2. W przypadku upłynięcia terminu ważności preparatów szczepionkowych dalsze postępowanie z nimi musi być zgodne z zasadami gospodarowania odpadami określonymi w ustawie z dnia 27 kwietnia 2001 r. o odpadach (Dz. U. Nr 62, poz. 628, późn. zm.[3]).

§ 16.

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

MINISTER ZDROWIA

[2] Zmiany wymienionej uwagi zostały ogłoszone w Dz. U. z 2003 r. Nr 45, poz. 391 i Nr 199, poz. 1938 oraz z 2004 r. Nr 96, poz. 959, Nr 173, poz. 1808 i Nr 210, poz. 2135.
[3] Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2002 r. Nr 41, poz. 365, Nr 113, poz. 984 i Nr 199, poz. 1671, z 2003 r. Nr 7, poz. 78, z 2004 r. Nr 96, poz. 959, Nr 116, poz. 1208 i Nr 191, poz. 1956 oraz z 2005 r. Nr 25, poz. 202, Nr 90, poz. 758, Nr 130, poz. 1087, Nr 175, poz. 1458 i 1462 i Nr 180, poz. 1495.

Nowe formularze zgłoszeń

Od dnia 13 października br. obowiązuje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2005 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie wzorów formularzy zgłoszeń podejrzenia zakażenia lub zachorowania na chorobę zakaźną, rozpoznania zachorowania na chorobę zakaźną oraz podejrzenia lub stwierdzenia zgonu z powodu choroby zakaźnej oraz sposobu ich przekazywania (Dz.U. Nr 186 poz. 564).

Określa ono sposób przesyłania formularzy, co do którego stosuje się odpowiednio przepisy o udostępnianiu dokumentacji medycznej wydane na podstawie art. 18 ust. 6 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 91 poz.408).

W tym samym dniu weszły w życie przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2005 r. w sprawie wzorów formularzy zgłoszeń dodatnich wyników badań laboratoryjnych w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych oraz sposobu ich przekazywania (Dz.U. Nr 186 poz.1563).

Przepisy określają wzory następujących formularzy zgłoszeń:
- dodatniego wyniku badania laboratoryjnego w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych,
- dodatniego wyniku badania laboratoryjnego potwierdzającego zakażenie gruźlicą,
- dodatniego wyniku badania laboratoryjnego potwierdzającego zakażenie wirusem ludzkiego upośledzenia odporności (HIV),
- dodatniego wyniku badania laboratoryjnego potwierdzającego zakażenie kiłą, rzeżączką, nierzeżączkowymi zakażeniami dolnych odcinków narządów
- moczowo-płciowych i innymi chlamydiozami oraz rzęsistkowicą.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2005 r.

w sprawie wzorów formularzy zgłoszeń dodatnich wyników badań laboratoryjnych w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych oraz sposobu ich przekazywania (Dz.U.05.186.1563)

Na podstawie art. 21 ust. 7 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.

Ustala się:

1) wzór formularza zgłoszenia dodatniego wyniku badania laboratoryjnego w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych, określonych w wykazie, o którym mowa w art. 3 ust. 2 ustawy o chorobach zakaźnych i zakażeniach, stanowiący załącznik nr 1 do rozporządzenia;
2) wzór formularza zgłoszenia dodatniego wyniku badania laboratoryjnego potwierdzającego zakażenie gruźlicą, stanowiący załącznik nr 2 do rozporządzenia;
3) wzór formularza zgłoszenia dodatniego wyniku badania laboratoryjnego potwierdzającego zakażenie wirusem ludzkiego upośledzenia odporności (HIV), stanowiący załącznik nr 3 do rozporządzenia;
4) wzór formularza zgłoszenia dodatniego wyniku badania laboratoryjnego potwierdzającego zakażenie kiłą, rzeżączką, nierzeżączkowymi zakażeniami dolnych odcinków narządów moczowo-płciowych i innymi chlamydiozami oraz rzęsistkowicą, stanowiący załącznik nr 4 do rozporządzenia.

§ 2.

1. Formularze zgłoszeń, określone w § 1, kierownik laboratorium wykonującego badania mikrobiologiczne, serologiczne i molekularne:
   1) przesyła pocztą, w kopertach opatrzonych wyraźnym adresem zwrotnym nadawcy lub
   2) przesyła elektronicznie, jeżeli pozwalają na to techniczne możliwości nadawcy i odbiorcy w formie przesyłek kodowanych lub
   3) przekazuje bezpośrednio osobie upoważnionej do ich odbioru za pokwitowaniem - w sposób zapewniający pełną ochronę przed ujawnieniem zawartych w formularzu informacji.
2. Przy przesyłaniu formularzy zgłoszeń, o których mowa w § 2, stosuje się odpowiednio przepisy o udostępnianiu dokumentacji medycznej wydane na podstawie art. 18 ust. 6 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 91, poz. 408, z późn. zm.[2])".

§ 3.

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 i Nr 199, poz. 1938 oraz z 2004 r. Nr 96, poz. 959, Nr 173, poz. 1808 i Nr 210, poz. 2135.

[2]Zmiany wymienionej ustawy zostały opublikowane w Dz. U. z 1992 r. Nr 63, poz. 315, z 1994 r. Nr 121, poz. 591, z 1995 r. Nr 138, poz. 682 i Nr 141, poz. 692, z 1996 r. Nr 24, poz. 110, z 1997 r. Nr 104, poz. 66 i Nr 121, poz. 769, z 1998 r. Nr 106, poz. 668, Nr 117, poz. 756 i Nr 162, poz. 1115, z 1999 r. Nr 28, poz. 255 i 256 i Nr 84, poz. 935, z 2000 r. Nr 3, poz. 28, Nr 12, poz. 136, Nr 43, poz. 489, Nr 84, poz. 948 i Nr 120, poz. 1268, z 2001 r. Nr 5, poz. 45, Nr 88, poz. 961, Nr 100, poz. 1083, Nr 111, poz. 1193, Nr 113, poz. 1207, Nr 126, poz. 1382, 1383 1384 i Nr 128, poz. 1407, z 2002 r. Nr 113, poz. 984, z 2003 r. Nr 45, poz. 391, Nr 124, poz. 1151 i 1152, Nr 171, poz. 1663, Nr 213, poz. 2081 i Nr 223, poz. 2215 oraz z 2004 r. Nr 210, poz. 2135 i Nr 273, poz. 2703.

Załączniki do rozporządzenia Ministra Zdrowia
z dnia 8 września 2005 r. (poz. 1563)

Załącznik nr 1

WZÓR

Pieczątka laboratorium	Formularz zgłoszenia dodatniego wyniku badania laboratoryjnego w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych [1]	Adresat: Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w .....
Resortowy kod identyfikacyjny zakładu opieki zdrowotnej/laboratorium [2] Część I. Nr ks. rej. Część II. TERYT Część III. Podmiot, który utworzył zakład Część IV. Specjalność komórki organizacyjnej	Uwaga: [1] Nie dotyczy potwierdzeń zakażenia HIV lub prątkami chorobotwórczymi oraz zakażeń przenoszonych drogą płciową zgłaszanych na odrębnych formularzach. Zgłoszenia należy dokonać w ciągu 24 godzin zgodnie z art. 21 ust. 1 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o chorobach zakaźnych i zakażeniach (Dz. U. Nr 126, poz. 1384, z późn. zm.) [2] Laboratoria wypełniają zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 16 lipca 2004 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych dla zakładów opieki zdrowotnej oraz szczegółowych zasad ich nadawania (Dz. U. Nr 170, poz. 1797, z późn. zm.) oraz decyzją o rejestracji zakładu. [3] Wypełniają laboratoria, w przypadku gdy nr PESEL nie został nadany, wpisywany jest wówczas nr paszportu, dowodu osobistego lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość.	

I. ROZPOZNANO

1. Czynnik chorobotwórczy: .....

2. Data rozpoznania (dd/mm/rrrr) ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

Metoda diagnostyczna:

☐ preparat bezpośredni ☐ badanie bakteriologiczne ☐ badanie wirusologiczne ☐ badanie serologiczne

☐ badanie molekularne ☐ inne (wpisać jakie) .....

II. DANE OSOBY ZAKAŻONEJ

1. Nazwisko

2. Imię

3. Data urodzenia (dd/mm/rrrr) ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

4. Nr PESEL

5. Inny nr identyfikacyjny [3]

6. Płeć (M, K)

7. Obywatelstwo: .....

Adres zamieszkania (czasowego pobytu)

8. Kod pocztowy ☐☐ – ☐☐☐

9. Miejscowość

10. Gmina

11. Ulica

12. Nr domu

13. Nr lokalu

Adres zameldowania na stałe miejsce pobytu (wypełnić, jeżeli adres zameldowania jest inny niż adres zamieszkania /czasowego pobytu)

14. Kod pocztowy ☐☐ – ☐☐☐

15. Miejscowość

16. Gmina

17. Ulica

18. Nr domu

19. Nr lokalu

III. INNE INFORMACJE

1. Data pobrania próby (dd/mm/rrrr) ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

2. Badana próba pochodziła:

☐ od chorego hospitalizowanego, adres szpitala .....

☐ od chorego ambulatoryjnego

☐ została pobrana z innego powodu (jaki)

☐ była badaniem przesiewowym

3. Rozpoznanie będzie podlegało weryfikacji w krajowym ośrodku ds. diagnostyki mikrobiologicznej lub serologicznej ☐ TAK ☐ NIE

4. Nazwa krajowego ośrodka referencyjnego ds. diagnostyki .....

IV. DANE ZGŁASZAJĄCEGO KIEROWNIKA LABORATORIUM

Pieczątka imienna ..... podpis ..... telefon kontaktowy (.....) .....

Załącznik nr 2

WZÓR

Pieczątka laboratorium	**Formularz zgłoszenia dodatniego wyniku badania laboratoryjnego potwierdzającego zakażenie gruźlicą**[1]	Adresat: **Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny** w ..... (lub nazwa wskazanej jednostki) .....
Resortowy kod identyfikacyjny zakładu opieki zdrowotnej/laboratorium [2] **Część I. Nr ks. rej.** _____ **Część II. TERYT** _____ **Część III. Podmiot, który utworzył zakład** ____ **Część IV. Specjalność komórki organizacyjnej** ____	**Uwaga:** (1) Zgłoszenia należy przekazać w ciągu 24 godzin od chwili rozpoznania zakażenia do państwowego wojewódzkiego inspektora sanitarnego lub wskazanej przez niego specjalistycznej jednostki właściwej w zakresie gruźlicy i chorób płuc zgodnie z art. 21 ust. 2 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o chorobach zakaźnych i zakażeniach (Dz. U. Nr 126, poz. 1384, z późn. zm.). (2) Laboratoria wypełniają zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 16 lipca 2004 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych dla zakładów opieki zdrowotnej oraz szczegółowych zasad ich nadawania (Dz. U. Nr 170, poz. 1797, z późn. zm.) oraz decyzją o rejestracji zakładu. (3) Wypełniają laboratoria, w przypadku gdy nr PESEL nie został nadany, wpisywany jest wówczas nr paszportu, dowodu osobistego lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość.	

I. ROZPOZNANO

2. Data rozpoznania (dd/mm/rrrr) __ / __ / ____

1. Prątki chorobotwórcze .....

Metoda diagnostyczna:

☐ **preparat bezpośredni** ☐ **hodowla** ☐ **badanie serologiczne** ☐ **badanie molekularne**

☐ **inne (wpisać jakie)** ..... **materiał diagnostyczny (wpisać jaki)** .....

II. DANE OSOBY ZAKAŻONEJ

1. Nazwisko

2. Imię **3. Data urodzenia (dd/mm/rrrr)** / / **4. Nr PESEL**

5. Inny nr identyfikacyjny [3] **6. Płeć (M, K)** **7. Obywatelstwo:**

Adres zamieszkania (czasowego pobytu)

8. Kod pocztowy - **9. Miejscowość**

10. Gmina

11. Ulica **12. Nr domu** **13. Nr lokalu**

Adres zameldowania na stałe miejsce pobytu (wypełnić, jeżeli adres zameldowania jest inny niż adres zamieszkania /czasowego pobytu)

14. Kod pocztowy - **15. Miejscowość**

16. Gmina

17. Ulica **18. Nr domu** **19. Nr lokalu**

III. INNE INFORMACJE

1. Data pobrania próby (dd/mm/rrrr) __ / __ / ____

2. Badana próba pochodziła:

☐ **od chorego hospitalizowanego, adres szpitala** ..... ☐ **od chorego ambulatoryjnego**

☐ **została pobrana z innego powodu (jaki)** ☐ **była badaniem przesiewowym**

3. Rozpoznanie będzie podlegało weryfikacji w krajowym ośrodku referencyjnym ds. diagnostyki gruźlicy ☐ TAK ☐ NIE

4. Nazwa krajowego ośrodka referencyjnego ds. diagnostyki gruźlicy .....

IV. DANE ZGŁASZAJĄCEGO KIEROWNIKA LABORATORIUM

Pieczątka imienna ..... podpis ..... telefon kontaktowy (.....) .....

Załącznik nr 3

WZÓR

Pieczątka laboratorium	**Formularz zgłoszenia dodatniego wyniku badania laboratoryjnego potwierdzającego zakażenie wirusem ludzkiego upośledzenia odporności (HIV)** [1]	Adresat **Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny** **w** .....

Resortowy kod identyfikacyjny zakładu opieki zdrowotnej/laboratorium [2]

Część I. Nr ks. rej.

Część II. TERYT

Część III. Podmiot, który utworzył zakład

Część IV. Specjalność komórki organizacyjnej

Uwaga:
[1] Zgłoszenia należy przekazać w ciągu 24 godzin od chwili rozpoznania zakażenia do państwowego wojewódzkiego inspektora sanitarnego zgodnie z art. 21 ust. 3 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o chorobach zakaźnych i zakażeniach (Dz. U. Nr 126, poz. 1384, z późn. zm.).
[2] Laboratoria wypełniają zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 16 lipca 2004 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych dla zakładów opieki zdrowotnej oraz szczegółowych zasad ich nadawania (Dz. U. Nr 170, poz. 1797, z późn. zm.) oraz decyzją o rejestracji zakładu.
[3] W przypadku zastrzeżenia danych przez pacjenta należy wypełnić wyłącznie pola oznaczone gwiazdką w sposób zgodny z instrukcją.
[4] W przypadku zastrzeżenia danych przez pacjenta należy wpisać INICJAŁY imienia i nazwiska lub HASŁO
[5] Wypełniają laboratoria, w przypadku gdy nr PESEL nie został nadany, wpisywany jest wówczas nr paszportu, dowodu osobistego lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość.
[6] W przypadku zastrzeżenia danych przez pacjenta zamiast miejscowości należy wpisać nazwę województwa.
[7] W przypadku zastrzeżenia danych przez pacjenta zamiast nazwy gminy należy wpisać MIASTO lub WIEŚ.

I. ROZPOZNANO

2. Data rozpoznania (dd/mm/rrrr) __ / __ / ____

1. Zakażenie wirusem ludzkiego upośledzenia odporności (HIV)

Metoda diagnostyczna:

☐ **badanie serologiczne** ☐ **test potwierdzenia Western-blot** ☐ **badanie wirusologiczne** ☐ **badanie molekularne**

☐ **Inne (wpisać jakie)** .....

II. DANE OSOBY ZAKAŻONEJ [3]

1. Nazwisko[4] *

2. Imię **3. Data urodzenia (dd/mm/rrrr)** __ / __ / ____ **4. Nr PESEL**

5. Inny nr identyfikacyjny[5] **6. Płeć (M, K)*** **7. Wiek *** **8. Obywatelstwo***

Adres zamieszkania (czasowego pobytu)

9. Kod pocztowy - **10. Miejscowość** [6] *

11. Gmina [7] *

12. Ulica **13. Nr domu** **14. Nr lokalu**

Adres zameldowania na stałe miejsce pobytu (wypełnić, jeżeli adres zameldowania jest inny niż adres zamieszkania /czasowego pobytu)

15. Kod pocztowy - **16. Miejscowość**

17. Gmina

18. Ulica **19. Nr domu** **20. Nr lokalu**

III. INNE INFORMACJE

1. Data pobrania próby (dd/mm/rrrr) __ / __ / ____

2. Badana próba pochodziła:

☐ **od chorego hospitalizowanego, adres szpitala** .....

☐ **zostala pobrana z innego powodu (jaki)**

☐ **od ciężarnej**

☐ **była badaniem przesiewowym**

3. Rozpoznanie będzie podlegało weryfikacji w krajowym ośrodku referencyjnym ds. diagnostyki HIV ☐ **TAK** ☐ **NIE**

4. Nazwa krajowego ośrodka referencyjnego ds. diagnostyki zakażeń HIV .....

IV. DANE ZGŁASZAJĄCEGO KIEROWNIKA LABORATORIUM

Pieczątka imienna ..... podpis ..... telefon kontaktowy (.....) .....

Załącznik nr 4

WZÓR

Pieczątka laboratorium	**Formularz zgłoszenia dodatniego wyniku badania laboratoryjnego potwierdzającego zakażenie kiłą, rzeżączką, nierzeżączkowymi zakażeniami dolnych odcinków narządów moczowo-płciowych i innymi chlamydiozami oraz rzęsistkowicą** [1]	Adresat: **Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny** w ..... (lub nazwa wskazanej jednostki)

Resortowy kod identyfikacyjny zakładu opieki zdrowotnej/laboratorium [2]

Część I. Nr ks. rej. |_|_|_|_|_|_|_|_|

Część II. TERYT |_|_|_|_|_|_|

Część III. Podmiot, który utworzył zakład |_|_|

Część IV. Specjalność komórki organizacyjnej |_|_|_|_|

Uwaga:

[1] Zgłoszenia należy przekazać w ciągu 24 godzin od chwili rozpoznania zakażenia do państwowego wojewódzkiego inspektora sanitarnego lub wskazanej przez niego specjalistycznej jednostki właściwej w zakresie chorób przenoszonych drogą płciową, zgodnie z art. 21 ust. 3 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o chorobach zakaźnych i zakażeniach (Dz. U. Nr 126, poz. 1384, z późn. zm.).

[2] Laboratoria wypełniają zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 16 lipca 2004 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych dla zakładów opieki zdrowotnej oraz szczegółowych zasad ich nadawania (Dz. U. Nr 170, poz. 1797, z późn. zm.) oraz decyzją o rejestracji zakładu.

[3] Wypełniają laboratoria, w przypadku gdy nr PESEL nie został nadany, wpisywany jest wówczas nr paszportu, dowodu osobistego lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość.

I. ROZPOZNANO

1. Zakażenie drobnoustrojem przenoszonym drogą płciową .....

2. Data rozpoznania (dd/mm/rrrr) __ / __ / ____

Metoda diagnostyczna:

☐ **badanie serologiczne** ☐ **badanie bakteriologiczne** ☐ **preparat bezpośredni**

☐ **inne (wpisać jakie)** ..... ☐ **materiał diagnostyczny (wpisać jaki)** .....

II. DANE OSOBY ZAKAŻONEJ

1. Nazwisko

2. Imię **3. Data urodzenia (dd/mm/rrrr)** **4. Nr PESEL**

5. Inny nr identyfikacyjny [3] **6. Płeć (M, K)** **7. Obywatelstwo:** .....

Adres zamieszkania (czasowego pobytu)

8. Kod pocztowy - **9. Miejscowość**

10. Gmina

11. Ulica **12. Nr domu** **13. Nr lokalu**

Adres zameldowania na stałe miejsce pobytu (wypełnić, jeżeli adres zameldowania jest inny niż adres zamieszkania /czasowego pobytu)

14. Kod pocztowy - **15. Miejscowość**

16. Gmina

17. Ulica **18. Nr domu** **19. Nr lokalu**

III. INNE INFORMACJE

1. Data pobrania próby (dd/mm/rrrr) __ / __ / ____

2. Badana próba pochodziła:

☐ **od chorego hospitalizowanego, adres szpitala** ..... ☐ **od ciężarnej**

☐ **została pobrana z innego powodu (jaki)** ..... ☐ **była badaniem przesiewowym**

3. Rozpoznanie będzie podlegało weryfikacji w krajowym ośrodku referencyjnym ☐ **TAK** ☐ **NIE**

4. Nazwa krajowego ośrodka referencyjnego .....

IV. DANE ZGŁASZAJĄCEGO KIEROWNIKA LABORATORIUM

Pieczątka imienna ..... podpis ..... telefon kontaktowy (.....) .....

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2005 r.

zmieniające rozporządzenie w sprawie wzorów formularzy zgłoszeń podejrzenia zakażenia lub zachorowania na chorobę zakaźną, rozpoznania zachorowania na chorobę zakaźną oraz podejrzenia lub stwierdzenia zgonu z powodu choroby zakaźnej oraz sposobu ich przekazywania (Dz.U.05.186.1564)

Na podstawie art. 20 ust. 10 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.

W rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 kwietnia 2003 r. w sprawie wzorów formularzy zgłoszeń podejrzenia zakażenia lub zachorowania na chorobę zakaźną, rozpoznania zachorowania na chorobę zakaźną oraz podejrzenia lub stwierdzenia zgonu z powodu choroby zakaźnej oraz sposobu ich przekazywania (Dz. U. Nr 90, poz. 853) wprowadza się następujące zmiany:

1) § 4 otrzymuje brzmienie: „§ 4.1. Formularze zgłoszeń określone w § 1 pkt 1 – 4, lekarz lub felczer:
   1) przesyła pocztą, w kopertach opatrzonych wyraźnym adresem zwrotnym nadawcy i nadrukiem „dokumentacja medyczna” lub
   2) przesyła elektronicznie, jeżeli pozwalają na to techniczne możliwości nadawcy i odbiorcy, w formie przesyłek kodowanych lub
   3) przekazuje bezpośrednio osobie upoważnionej do ich odbioru za pokwitowaniem
      - w sposób zapewniający pełną ochronę przed ujawnieniem zawartych w formularzu informacji.

   2. Przy przesyłaniu formularzy zgłoszeń, o których mowa w § 1 pkt 1 - 4, stosuje się odpowiednio przepisy o udostępnianiu dokumentacji medycznej wydanena podstawie art. 18 ust. 6 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 91, poz. 408, z późn. zm.[2])).”.

2) w załącznikach nr 1 - 5 do rozporządzenia odnośnik drugi otrzymuje brzmienie: „ (2) Zakłady opieki zdrowotnej wypełniają zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 lipca 2004 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych dla zakładów opieki zdrowotnej oraz szczegółowych zasad ich nadawania (Dz. U. Nr 170, poz. 1797 i Nr 238, poz. 2402) oraz z decyzją o rejestracji zakładu. Praktyki lekarskie wypełniają tylko część I i II kodu.”.

§ 2.

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 i Nr 199,poz. 1938 oraz z 2004 r. Nr 96, poz. 959, Nr 173, poz. 1808 i Nr 210, poz. 2135.

[2]) Zmiany wymienionej ustawy zostały opublikowane w Dz. U. z 1992 r. Nr 63, poz. 315, z 1994 r. Nr 121, poz. 591, z 1995 r. Nr 138, poz. 682 i Nr 141, poz. 692, z 1996 r. Nr 24, poz. 110, z 1997 r. Nr 104, poz. 661 i Nr 121, poz. 769, z 1998 r. Nr 106, poz. 668, Nr 117, poz. 756 i Nr 162, poz. 1115, z 1999 r. Nr 28, poz. 255 i 256 i Nr 84, poz. 935, z 2000 r. Nr 3, poz. 28, Nr 12, poz. 136, Nr 43, poz. 489, Nr 84, poz. 948 i Nr 120, poz. 1268, z 2001 r. Nr 5, poz. 45, Nr 88, poz. 961, Nr 100, poz. 1083, Nr 111, poz. 1193, Nr 113, poz. 1207, Nr 126, poz. 1382, 1383 i 1384 i Nr 128, poz. 1407, z 2002 r. Nr 113, poz. 984, z 2003 r. Nr 45, poz. 391, Nr 124, poz. 1151 i 1152, Nr 171, poz. 1663, Nr 213, poz. 2081 i Nr 223, poz. 2215 oraz z 2004 r. Nr 210, poz. 2135 i Nr 273, poz. 2703.

Uchwałą Walnego Zgromadzenia z dnia 31 marca 2005 r. składka członkowska od 2006 roku wynosi 50 zł.

Przypominamy, że składkę członkowską należy wpłacić na konto PSPE do 31 marca 2006 r.

ZARZĄD

Wydawnictwa polecane

Standardy żywienia pozajelitowego i żywienia dojelitowego (praca zbiorowa)

PZWL, Warszawa 2005, wydanie I,

Oddychanie i odżywianie są podstawą wszystkich funkcji życiowych. I choć konsekwencje złego odżywiania znane są od dawna, to nauka o leczeniu żywieniowym jest stosunkowo nową, interdyscyplinarną dziedziną medycyny.

W tej książce podano definicje i określenia, przedstawiono metody organizacji wszystkich etapów leczenia żywieniowego i standardy tego leczenia (np. Standard wprowadzania cewnika do żywienia pozajelitowego do żyły głównej; Standard posługiwania się kaniulą, cewnikiem lub portem i linią żylną do żywienia pozajelitowego; Standard postępowania w przypadku podejrzenia zakażenia dostępu żylnego; Standard postępowania w przypadku potwierdzenia zakażenia związanego z dostępem żylnym), określono warunki bezpiecznego prowadzenia takiego leczenia w szpitalu i w domu oraz ograniczenia i wskazania do jego stosowania. Uwzględniono też metody diagnostyki stanu odżywienia pacjenta.

Książka zyskała wiele pozytywnych opinii światowych sław medycznych.

Zarządzanie w pielęgniarstwie.
Podręcznik dla studentów studiów magisterskich wydziałów pielęgniarstwa oraz wydziałów nauk o zdrowiu.

Anna Ksykiewicz-Dorota

Czelej, Lublin 2005, wydanie I,

Dynamiczny rozwój nauki o zarządzaniu wymaga od kierujących instytucjami opieki zdrowotnej, zatrudnionych zarówno na szczeblach strategicznych, jak i podstawowych, aby obok wiedzy o pielęgnowaniu znali najnowsze teorie zarządzania oraz umieli je zastosować w praktyce. Jest to o tyle istotne, że kierowanie organizacjami opieki zdrowotnej, które oferują dobra niematerialne, jest o wiele trudniejsze niż zarządzanie firmami biznesowymi, gdzie najistotniejszym i wymiernym celem jest wypracowanie zysku.

Zarządzanie w pielęgniarstwie podaje te wiadomości, które są przydatne w pełnieniu funkcji zarządczych w ochronie zdrowia i podsystemie pielęgniarstwa (np. procesy decyzyjne, style zarządzania, zarządzanie strategiczne, marketing usług zdrowotnych, zarządzanie zasobami ludzkimi, planowanie zapotrzebowania na opiekę pielęgniarską, system ocen pracowniczych, projektowanie pielęgniarskich stanowisk kierowniczych, zarządzanie jakością, usprawnianie pracy w ochronie zdrowia i podsystemie pielęgniarstwa, ergonomiczna analiza pracy, modele finansowania opieki zdrowotnej, planowanie-budżetowanie-monitoring usług zdrowotnych, wybrane analizy finansowe i ekonomiczne) i jest kontynuacją podręcznika Podstawy organizacji pracy pielęgniarskiej pod tą samą redakcją.

Odcinek dla poczty

Zł ..... gr. .....

słownie złotych/groszy

wpłacający

Dokładny adres

Polskie Stowarzyszenie Pielęgniarek Epidemiologicznych
53-439 Wrocław, Ul. Grabiszyńska 105
BPKO S.A. I Oddział we Wrocławiu, ul.Oławska 2
23124019941111000024977993

Opłata zł ..... gr. .....

Datownik

Podpis przyjm. .....

Potwierdzenie dla banku

Zł ..... gr. .....

słownie złotych/groszy

wpłacający

Dokładny adres

Polskie Stowarzyszenie Pielęgniarek Epidemiologicznych
53-439 Wrocław, Ul. Grabiszyńska 105
BPKO S.A. I Oddział we Wrocławiu, ul.Oławska 2
23124019941111000024977993

Opłata zł ..... gr. .....

Datownik

Podpis przyjm. .....

Odcinek dla posiadacza rachunku

Zł ..... gr. .....

słownie złotych/groszy

wpłacający

Dokładny adres

Polskie Stowarzyszenie Pielęgniarek Epidemiologicznych
53-439 Wrocław, Ul. Grabiszyńska 105
BPKO S.A. I Oddział we Wrocławiu, ul.Oławska 2
23124019941111000024977993

Opłata zł ..... gr. .....

Datownik

Podpis przyjm. .....

Potwierdzenie dla wpłacającego

Zł ..... gr. .....

słownie złotych/groszy

wpłacający

Dokładny adres

Polskie Stowarzyszenie Pielęgniarek Epidemiologicznych
53-439 Wrocław, Ul. Grabiszyńska 105
BPKO S.A. I Oddział we Wrocławiu, ul.Oławska 2
23124019941111000024977993

Opłata zł ..... gr. .....

Datownik

Podpis przyjm. .....

Adiuwant – substancja, która podana razem z antygenem zwiększa zdolność ustroju do odpowiedzi immunologicznej; adiuwantami mogą być składniki komórek bakteryjnych, np. Mycobacterium tuberculosis, Bordatella pertussis, enterotoksyny bakteryjne (LPS) oraz związki chemiczne np. wodorotlenek glinu.

Antagonizm – sytuacja, w której łączy efekt działania dwóch lub większej liczby czynników jest mniejszy niż każdego z nich oddzielnie.

Antroponoza – choroba zakaźna występująca wyłącznie u człowieka.

Antropozoonoza – choroba zakaźna człowieka i zwierząt; zakażenie człowieka jest zazwyczaj następstwem kontaktu z chorym zwierzęciem lub produktami pochodzenia zwierzęcego.

Antygen grasiczozależny – wywołuje odpowiedź immunologiczną, w której biorą udział limfocyty T i B.

Antygen grasiczoniezależny – w odpowiedzi immunologicznej nie uczestniczą limfocyty T; do takich antygenów należy między innymi LPS i deksan.

Antygen zgodności tkankowej – cząsteczki obecne na powierzchni komórek ludzkich, kodowane przez zespół genów określany jako główny układ zgodności tkankowej (major histocompatibility complex – MHC); MHC klasy I występują na powierzchni komórek ludzkich, w tym erytrocytów (w niewielkiej ilości); MHC klasy II występują głównie na limfocytach B, makrofagach, komórkach dendrytycznych i komórkach Langerhansa.

Atopia – nadwrażliwość ze skłonnością do zwiększonej syntezy przeciwciał klasy IgE.

Choroba – zespół niekorzystnych zmian powstałych w wyniku uszkodzenia tkanek i zaburzenia normalnego funkcjonowania organizmu.

Choroba zakaźna – zaburzenie czynnościowe lub strukturalne organizmu gospodarza powstałe w wyniku zakażenia bakterią, wirusem, grzybem lub pierwotniakiem.

Choroba zaraźliwa – choroba zakaźna, która może przenosić się bezpośrednio lub pośrednio z osoby chorej na zdrową (wrażliwą na zakażenie).

Cytokiny (limfokiny, monokiny) – nośniki sygnałów w komunikacji międzykomórkowej; cząsteczki regulujące prolifrację i różnicowanie komórek, mediatory reakcji zapalnych i immunologicznych.

Dezynfekcja bieżąca – ciągłe stosowanie zabiegów dezynfekcyjnych w otoczeniu osób zakaźnie chorych lub nosicieli.

Dezynfekcja końcowa – dezynfekcja w otoczeniu zakaźnie chorych po usunięciu ich z pomieszczenia lub po zakończeniu choroby (okresu zaraźliwości).

Dopełniacz – (układ dopełniacza) – zespół białek oznaczonych od C1 – C9, który po aktywacji niszczy mikroorganizmy uszkadzając ich błonę komórkową; bierze udział w odczynach zapalnych.

Drobnoustroje patogenne – działają szkodliwie na makroustrój w wyniku bezpośredniej inwazji i uszkodzenia tkanek (np. Shigella spp.) lub wytwarzając toksyny (np. Clostridium spp.).

Egzotoksyny (ektotoksyny) – rozpuszczalne substancje białkowe wydzielane przez drobnoustroje; ze względu na mechanizm działania wyodrębniono cytotoksyny, neurotoksyny i enterotoksyny.

Epidemiologia – nauka o przyczynach i prawach szerzenia się chorób w populacji ludzkiej, o ich negatywnych skutkach oraz metodach zapobiegania im.

Epidemiologia chorób zakaźnych i inwazyjnych (epidemiologia bionoz) – dział epidemiologii zajmujący się wyłącznie chorobami wywołanymi przez mikroorganizmy (bakterie, wirusy, grzyby, pierwotniaki) i pasożyty.

Epidemiologia chorób zawodowych – dział epidemiologii zajmujący się badaniem przyczyn występowania zakaźnych i nie zakaźnych chorób zawodowych.

Epidemiologiczna sytuacja – zachorowania, zgony lub inne dane o stanie zagrożenia zdrowia ludności na określonym terenie i w określonym czasie z uwzględnieniem czynników osobniczych i środowiskowych.

Eradykacja – wyeliminowanie wybranych patogenów lub chorób zakaźnych.

Ewazja – unikanie przez drobnoustroje mechanizmów obronnych gospodarza.

Fagocyt – komórka układu immunologicznego zdolna do fagocytozy, czyli pochłonięcia i zniszczenia drobnoustroju; do fagocytów należą leukocyty wielojądrzaste – zwłaszcza neutrofile oraz makrofagi.

Intoksykacja – zmiany chorobowe powstałe w wyniku działania toksyn.

Inwazyjność – zdolność drobnoustroju do przenikania przez bariery ochronne gospodarza, namnażania się i rozprzestrzeniania w jego tkankach.

Kolonizacja – zasiedlenie powierzchni skóry i błon śluzowych organizmu przez mikroorganizmy; jest zwykle bezobjawowa, może jednak być pierwszym etapem infekcji.

Komensalizm – współistnienie, które nie przynosi korzyści ani też szkód.

Komórki immunologicznie kompetentne – komórki zdolne do rozpoznania antygenu i odpowiedzi immunologicznej na ten antygen.

Kontaminacja (skażenie) – zanieczyszczenie drobnoustrojami środowiska nieożywionego (powierzchnie przedmiotów, woda, gleba, pożywienie).

Kordon sanitarny – odgraniczenie obszarów objętych epidemią celu całkowitego odizolowania populacji osób przebywających na obszarach epidemicznych od osób zdrowych.

Kwarantanna – obowiązkowe odosobnienie i obserwacja (przez czas nie krótszy niż okres inkubacji danej choroby) osób lub zwierząt po domniemanym lub rzeczywistym kontakcie z osobami (zwierzętami) zakaźnie chorymi.

Limfocyty B – komórki biorące udział w odpowiedzi humoralnej; po aktywacji i przekształceniu w komórki plazmatyczne są zdolne do syntezy i wydzielania dużej ilości przeciwciał.

Limfocyty T – komórki, które biorą udział w aktywacji fagocytów (limfocyty pomocnicze Th_1) lub limfocytów B (limfocyty pomocnicze Th_2), niszczą komórki gospodarza zakażone patogenami wewnątrzkomórkowymi (limfocyty cytotoksyczne Tc) lub hamują rozwój odpowiedzi immunologicznej (limfocyty supresorowe Ts).

Markery serologiczne – antygeny i/lub kompleksy immunologiczne wykrywane w surowicy chorego w przebiegu określonej infekcji.

Miano patogenne – poziom przeciwciał świadczący o infekcji.

Miano surowicy – najwyższe rozcieńczenie surowicy, w którym występuje jeszcze reakcja serologiczna.

Mutualizm (symbioza) – współistnienie przynoszące wzajemną korzyść.

Jest mi niezwykle miło powiadomić o kolejnym sukcesie naszych koleżanek, które w dniu 27 października br. złożyły egzamin państwowy w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego.
Kolejna 87 osobowa grupa zdała egzamin przed Państwową Komisją Egzaminacyjną powołana przez Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych w Warszawie , uzyskując tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego.
Do egzaminu koleżanki przygotowywały się w:

- *Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie,*
- *Instytucie „Pomnik- CZD" w Warszawie,*
- *G. B. Management Dziale Doskonalenia Średnich Kadr Medycznych we Wrocławiu.*

Gratuluję Paniom bardzo dobrego przygotowania potwierdzonego wynikami egzaminu państwowego i życzę dalszych sukcesów oraz pomyślności w życiu osobistym i zawodowym.

Prezes PSPE