Wrzesień 2007 Nr 2/3 (29/30) ISSN 1641-3350

PSPE

EPIDEMIO INFORMATOR

PIELĘGNIARKA LOGICZNA

Kwartalnik Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Epidemiologicznych

29/30

Komitet Organizacyjny X Jubileuszowego Zjazdu PSPE w Krakowie

---

Serdeczne podziękowania dla

Komitetu Organizacyjnego

za pracę i czas poświęcony na przygotowanie
X Jubileuszowego Zjazdu Polskiego Stowarzyszenia
Pielęgniarek Epidemiologicznych w Krakowie

składa Zarząd PSPE

X Zjazd PSPE w obiektywie.

Wrzesień 2007
Nr 2/3 (29/30)

Koncert jesienny

Za oknem pada deszcz
Na piecu skrzypce stroi świerszcz
Dziewczyny płaczą bo skończyło
się już lato
I słychać tylko gdzieś
Koncert jesienny na dwa świerszcze
i wiatr w kominie
W ogrodzie zasnął pod gruszą chochoł
I śni o pięknej dziewczynie
A strach na wróble przydrożne
wierzby liczy
Tańcząc w objęciach polnej myszy
Koncert, koncert, koncert jesienny
na dwa świerszcze
I wiatr w kominie
Koncert co z babim latem odpłynie
Pnie drzew pokryły się dawno mchem
Wiatr rozwiał jeszcze jeden dzień
A na ścierniskach pozapalały się ogniska
W oddali snuje się...
Koncert jesienny...
Wywietrzał dawno zapach żniw
Szczelnie zamknięto wszystkie drzwi
Ludzie czekają. Może jutro będzie biało?
Pod piecem cicho śpi
Koncert jesienny na dwa świerszcze
i wiatr w kominie
Uciekł na drogę, pokochał wierzbę
I nagle gdzieś się rozpłynął
A strach na wróble leży samotny w polu
Mysz go rzuciła, uciekł do stodoły
Koncert, koncert, koncert jesienny
na dwa świerszcze
I wiatr w kominie, dziś ze świerszczami
Zasnął już na zimę

Słowa: W. Niżynski
www.poema.pl

SPIS TREŚCI

OD REDAKCJI

ECHA KRAKOWSKIEGO ZJAZDU

Być albo nie być? Jesteś czy Cię nie ma? ... 5
Co wiemy o nowym Zarządzie? ... 5-6
„coś rodzi się i coś przemija, ale zostaje po nas ślad..." ... 7
Powstanie i rozwój pielęgniarstwa epidemiologicznego ... 7
Morowe powietrze – AIDS – Szkic historii i perspektyw epidemiologii ... 8-9
Organizacja pracy w Oddziale Intensywnej Terapii Ginekologii i Położnictwa jako istotny czynnik profilaktyki zakażeń ... 9-12
Zastosowanie badań naukowych w pielęgniarstwie ... 13-15

JAKOŚĆ A ZAKAŻENIA

Bez jakości dziś ani rusz ... 16-17
Rola i zadania pielęgniarki epidemiologicznej w certyfikacji systemu zarządzania ... 18-19
Jakość w pielęgniarstwie – Rola personelu łącznikowego w wykrywaniu zakażeń szpitalnych ... 19-20
Świadoma zgoda pacjenta podstawowym warunkiem legalności interwencji medycznej ... 21-22
Sprawozdanie z I sympozjum naukowo-szkoleniowego „Bezpieczna Sterylizacja" ... 22-23

Z NASZYCH DOŚWIADCZEŃ

Materiały informacyjne na temat przebiegu, profilaktyki i nadzoru epidemiologicznego Inwazyjnej Choroby Meningokokowej ... 23-24
Co to jest zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych i posocznica (sepsa) meningokokowa? ... 25-26
Antybiotykoterapia jako czynnik ryzyka zakażeń szpitalnych w Oddziale Intensywnej Terapii ... 26-29
Warunki pracy pielęgniarek w aspekcie czynników zagrożenia zdrowotnego ... 29-31
HIV/AIDS mity a rzeczywistość ... 31-32

AKTY PRAWNE

Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi ... 33-34
Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie pobierania i przechowywania próbek żywności przez zakłady żywienia zbiorowego typu zamkniętego ... 35

CIEKAWOSTKI, NOWINKI

Co jeszcze można znaleźć w Internecie? ... 36-39

Drogie Koleżanki!
Szanowni Państwo!

Po dłuższej przerwie oddajemy w Państwa ręce nowy numer „Pielęgniarki Epidemiologicznej". W dużej części jest on poświęcony echom X jubileuszowego Zjazdu w Krakowie, który przyniósł nam wiele zmian. Przede wszystkim wybór nowego Zarządu PSPE.
Poddamy się wspomnieniom o Krakowie, przybliżymy sylwetki członków nowego Zarządu. Ponieważ nie wszyscy z nas mogli przyjechać na Zjazd do Krakowa, drukujemy materiały, które były prezentowane podczas wykładów.

W ostatnim czasie wiele szpitali kładzie coraz większy nacisk na zagadnienie jakości. Zakażenia szpitalne stanowią w łańcuchu jakościowym bardzo ważne ogniwo, dlatego w rozdziale „Jakość a zakażenia" zamieściliśmy artykuły, które przybliżą to zagadnienie, mogą stać dla Pielęgniarek Epidemiologicznych materiałem edukacyjnym i będą pomocne w przygotowaniach do audytów i certyfikacji.

W tym numerze znajdziecie również informacje dotyczące tego, co dzieje się w środowisku Pielęgniarek Epidemiologicznych, aktualnych przepisów prawnych, materiały na temat Inwazyjnej Choroby Meningokokowej oraz kilka nowinek ze stron internetowych.
Życzymy miłej lektury.

Redakcja

Wydawca:
Polskie Stowarzyszenie
Pielęgniarek Epidemiologicznych
ul. Medyków 12
40-752 Katowice

Redaktor Naczelny:
mgr Dorota Czechowska
e-mail: dczechowska@op.pl
kom. 667-676-422

Zespół redakcyjny:
mgr Dorota Czechowska
mgr Mirosława Malara
mgr Beata Ochocka
spec. Rita Pawletko
dr n przyr. Grzegorz Ziółkowski
dr n. med. Mariusz Czechowski

Adres Redakcji:
ul. Medyków 12
40-752 Katowice

Konto bankowe:
BANK POLSKA KASA OPIEKI S.A.
I Oddział w Katowicach
ul. Chorzowska 1
40-121 Katowice
47 1240 1330 1111 0010 1495 6109

Zarząd PSPE:
Prezes – mgr Mirosława Malara
Z-ca Prezesa – mgr Renata Jakobi

Członkowie Zarządu:
spec. Rita Pawletko
spec. Bożena Prządka
spec. Małgorzata Sobania

Adres Zarządu PSPE:
ul. Medyków 12
40-752 Katowice
e-mail: pspe@onet.pl
www.pspe.pl

Nakład:
1000 egzemplarzy
Dla członków PSPE bezpłatny.

ZAPRASZAMY DO WSPÓŁPRACY!

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

Maszynopis w formie elektronicznej w formacie WORD (wersja 6 lub nowsza) można przesłać pocztą elektroniczną
na adres: dczechowska@op.pl lub pspe@onet.pl
lub na innym nośniku elektronicznym (dyskietka, płyta CD)
na adres redakcji:
Redakcja Pielęgniarki Epidemiologicznej, ul. Medyków 12, 40-752 Katowice

Objętość tekstu nie powinna przekraczać 10 stron standardowego maszynopisu. Prosimy także o podanie najważniejszych informacji o autorze: nazwisko i imię, miejsce pracy, dokładny adres, numer telefonu i e-mail.
W tekście należy stosować polską typografię, właściwą symbolikę, prawidłowy zapis liczb i jednostek. Wzory matematyczne zapisywać za pomocą narzędzi dostępnych w pakiecie biurowym.
Pozycje piśmiennictwa należy umieszczać zgodnie z kolejnością ich cytowania w tekście, zapisywać je za pomocą numerów w nawiasach kwadratowych. Dołączone rysunki i zdjęcia przygotowane w formie elektronicznej powinny być zapisane w jednym z wymienionych formatów: cdr, tif, jpg, lub eps. Natomiast fotografie przesłane do nas drogą elektroniczną powinny posiadać rozdzielczość 300 dpi oraz rozszerzenie 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.

Redakcja nie ponosi odpowiedzialności za treść ogłoszeń, reklam i tekstów sponsorowanych.

Być albo nie być? Jesteś czy Cię nie ma?

Czas, wykorzystany albo nie, płynie niezależnie, zarówno od wykorzystania, jak i od nas, i tak oto X Zjazd za nami. Każdy z tych dziesięciu zjazdów nauczył nas czegoś nowego, każda kadencja również. Wciąż zdobywamy nową wiedzę, szczególnie o nas samych. Wiele emocji towarzyszy naszym zjazdom, X również, jak wszystkie wcześniejsze, był niezwykły. Niezależnie od naszych emocji jak zwykle cel został zrealizowany: odbyło się Walne Zgromadzenie Członków, doskonale przygotowane wykłady i w końcu po raz trzeci w historii naszego Stowarzyszenia wybory nowego Zarządu. Gratuluję wszystkim naszym koleżankom, wybierającym jak i wybranym. Jednak przede wszystkim podziękowania należą się pierwszemu Prezesowi Stowarzyszenia – Joli Janik za ciężką pracę nad tworzeniem Stowarzyszenia, jak również Bogusi Bober za kontynuację. Być może zbyt mało czasu poświęciłyśmy wspomnieniom, ale to jeszcze przed nami. Czy był to udany zjazd, czy był to udany czas, czy nie, to subiektywna ocena każdej z nas, zarówno tego zjazdu, jak i poprzednich. Należy w tym miejscu przypomnieć, że miejsce i organizatora zjazdu wybiera Walne Zgromadzenie Członków, najwyższa władza Stowarzyszenia. Komitet organizacyjny otrzymał pełnomocnictwo Walnego Zgromadzenia Członków do zorganizowania zjazdu i wykonał zadanie, poświęcając swój czas, starając się zadowolić naszych członków. Mam nadzieję, że to docenimy, przynajmniej te koleżanki, które chociaż raz organizowały zjazd. Dziękuję. Chciałabym przypomnieć, że niezależnie od miejsca i ceny nigdy nie udało się zebrać quorum podczas zjazdu, chociaż w zjeździe uczestniczyło tylu członków Stowarzyszenia, że quorum powinno być. A może chwila refleksji: Statut oprócz praw, określa również obowiązki członków zwyczajnych, można przecież zostać członkiem wspierającym bez obowiązku bywania na walnym. Dla tych, którzy nie chcą bywać lub nie mogą, to dobre rozwiązanie; przede wszystkim przestaną blokować działania Stowarzyszenia, a oprócz walnego, na którym nie bywają, nic nie tracą, może jednak poprawę zacznijmy od siebie. A może każda z nas poświęci chociaż jedną godzinę w roku na rzecz Stowarzyszenia, jest nas około 600, byłoby nieźle. W Statucie czytamy:

§ 15
Członek zwyczajny ma obowiązek:

a) brać aktywny udział w realizacji celów statutowych Stowarzyszenia,
b) przestrzegać postanowień Statutu, regulaminów i uchwał władz Stowarzyszenia,
c) regularnie opłacać składki i inne świadczenia obowiązujące w Stowarzyszeniu.

Dziesiąty Zjazd za nami, a przed nami dziesięciolecie – 23 grudnia 1998 roku Sąd Wojewódzki w Krakowie Wydział I Cywilny dokonał wpisu Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Epidemiologicznych z siedzibą w Krakowie do rejestru stowarzyszeń. Jak pamiętają najstarsi „członkostwem" członkowie Stowarzyszenia, szukaliśmy kronikarza. Najwyższy czas na zebranie archiwalnych zdjęć i materiałów z działalności Stowarzyszenia. Kto się tym zajmie? Zróbmy coś dla siebie, dziesiąte urodziny to czas na podsumowania i wspomnienia. Kto jest prawdziwą skarbnicą wspomnień? Z pewnością Jola Janik, Bogusia Bober, kto jeszcze? Czekamy na wspomnienia, również z regionów. Jesteśmy czy nas nie ma? Tak naprawdę poznajmy się, mamy wspólne cele i wspólne problemy i, mam nadzieję, wspólne wspomnienia.

Małgorzata Sobania
Zarząd PSPE

Co wiemy o nowym Zarządzie?

Mirosława Malara
Prezes PSPE
mgr socjologii
Specjalistka Pielęgniarstwa Epidemiologicznego

Miejsce pracy:
Górnośląskie Centrum Zdrowia Dziecka i Matki
ul. Medyków 16
Katowice

W zawodzie pracuje 19 lat, od 2000 r. pełni funkcję pielęgniarki epidemiologicznej w Górnośląskim Centrum Zdrowia Dziecka i Matki w Katowicach oraz Kierownika Działu Epidemiologii i Higieny Szpitalnej.

W 1988 r. rozpoczęła pracę w Górniczym Centrum Medycznym w Katowicach Ochojcu jako pielęgniarka-instrumentariuszka Bloku Operacyjnego Kardiochirurgii. Ukończyła Specjalistyczny Kurs Podstawowy dla pielęgniarek-instrumentariuszek, a następnie Specjalistyczny Kurs Zawodowy.

W 1996 r. odbyła staż w Klinice Kardiochirurgii Dzieci i Dorosłych w Strasburgu (Francja).

W latach 1996-1998 brała udział w zagranicznych zjazdach organizowanych dla pielęgniarek operacyjnych, m.in. w Belgii, Szwecji i we Włoszech. Zdobytą podczas tych wyjazdów wiedzę i doświadczenie wykorzystała podczas opracowania „Standardów w kardiochirurgii", jest również współautorką książki „Pielęgniarstwo operacyjne".

Umiejętność współpracy w zespole, solidna realizacja wydawanych poleceń, zdolność do pracy samodzielnej – bez nadzoru przełożonego, zainteresowanie językami obcymi pozwoliły w 1998 r. na podjęcie blisko trzyletniego kontraktu w prywatnej Klinice Kardiochirurgii w Coswig (Niemcy). Po powrocie pojawiła się szansa podjęcia nowe-

go wyzwania, jakim było stanowisko pielęgniarki epidemiologicznej w Górnośląskim Centrum Zdrowia Dziecka i Matki w Katowicach.

Ukończyła studia na Uniwersytecie Śląskim w Katowicach, Wydziale Nauk Społecznych Instytutu Socjologii, kierunek Zarządzanie Pracą Socjalną oraz specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego.

Od 2005 do 2007 r. pełniła funkcję Wiceprezesa PSPE.

Przewodnicząca Komitetu Organizacyjnego IX Zjazdu PSPE w Wiśle w 2006 r. Aktywnie pracuje na rzecz pielęgniarek epidemiologicznych, jest kierownikiem specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego przy Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Katowicach.

Zdobywa wiedzę i przekazuje ją innym, aby środowisko szpitalne doceniło nasz zawód.

Rita Pawletko

Członek Zarządu PSPE

Miejsce pracy:
Wojewódzki
Szpital Specjalistyczny
im. Świętej Barbary nr 5
pl. Medyków 1
41-200 Sosnowiec

Pielęgniarka dyplomowana, specjalistka pielęgniarstwa epidemiologicznego. W zawodzie pracuje 30 lat. Na stanowisku pielęgniarki epidemiologicznej 7 lat oraz 3 lata jako pielęgniarka łącznikowa w Zespole Zakażeń Szpitalnych. W roku 1998 ukończyła kurs doskonalący „Profilaktyka i zwalczanie zakażeń szpitalnych" w Katowicach. W roku 2000 kurs dokształcający w zakresie pielęgniarstwa epidemiologicznego w Warszawie. W roku 2005 specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego. W poprzedniej kadencji była członkiem Komisji Rewizyjnej PSPE.

Jest drugą kadencję delegatem i członkiem Komisji ds. Kształcenia przy Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Katowicach. Była współorganizatorem IX Zjazdu PSPE w Wiśle. Prowadzi wykłady na kursach dla pielęgniarek z „Organizacji i zarządzania" moduł – Zakażenia Szpitalne.

Renata Jakobi

Wiceprezes PSPE

Miejsce pracy:
Wielospecjalistyczny Szpital
Miejski w Bydgoszczy
ul. Szpitalna 19
85-665 Bydgoszcz

Pielęgniarka dyplomowana, specjalistka w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego. W zawodzie pracuje 19 lat. Od 2004 roku zatrudniona na stanowisku pielęgniarki epidemiologicznej w Wielospecjalistycznym Szpitalu Miejskim im. dr. Emila Warmińskiego w Bydgoszczy.

W 2001 roku ukończyła studia magisterskie w zakresie edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia, w 2002 roku studia podyplomowe w zakresie ubezpieczeń zdrowotnych, w roku 2003 studia podyplomowe w zakresie organizacji i zarządzania w ochronie zdrowia. W 2002 r. ukończyła Policealne Studium Administracji i otrzymała dyplom technika administracji.

Małgorzata Sobania

Członek Zarządu PSPE

Miejsce pracy:
Pomorskie Centrum Chorób
Zakaźnych i Gruźlicy
ul. Smoluchowskiego 18
Gdańsk

Pielęgniarka dyplomowana, specjalistka pielęgniarstwa epidemiologicznego. W zawodzie pracuje od 25 lat, na stanowisku pielęgniarki epidemiologicznej od 11 lat w Pomorskim Centrum Chorób Zakaźnych i Gruźlicy. W pierwszej kadencji PSPE była członkiem Komisji Rewizyjnej, członek Zarządu PSPE II Kadencji. Jest Przewodniczącą Zespołu Pielęgniarek Epidemiologicznych województwa pomorskiego przy Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Gdańsku, organizuje spotkania regionalne. W 2000 roku na konferencji w Cetniewie wygrała konkurs na logo Stowarzyszenia. Organizowała dwie konferencje Stowarzyszenia, jest współautorką książki „Higiena powierzchni szpitalnych".

Bożena Prządka

Członek Zarządu PSPE

Miejsce pracy:
Szpital Specjalistyczny
im. prof. Alfreda Sokołowskiego
ul. Sokołowskiego 11
70-891 Szczecin – Zdunowo

Pielęgniarka dyplomowana, specjalistka w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego oraz specjalistka pielęgniarstwa operacyjnego. W zawodzie pracuje od 27 lat, w tym na stanowisku pielęgniarki epidemiologicznej od 10 lat. W 2001 r. ukończyła studia pedagogiczne o specjalności doradztwo społeczne. Aktywnie pracuje na rzecz pielęgniarek epidemiologicznych, od 2000 roku jest Przewodniczącą Zachodniopomorskiego Zespołu Pielęgniarek Epidemiologicznych. Członek PSPE od początku powstania Stowarzyszenia, członek Zarządu PSPE II Kadencji. Organizowała Zjazd Stowarzyszenia w Międzyzdrojach oraz cykliczne Warsztaty Szkoleniowe dla Pielęgniarek Epidemiologicznych Regionu Zachodniopomorskiego.

Redakcja

„coś rodzi się i coś przemija, ale zostaje po nas ślad....„

W dniach 23-25 kwietnia w Krakowie odbył się X jubileuszowy Zjazd Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Epidemiologicznych. Był to zjazd sprawozdawczo-wyborczy. Te trzy dni to oprócz ogromu wiedzy, którą przekazali nam prelegenci podczas wykładów, także wspomnienia i podsumowanie pracy, jaką wspaniała grupa osób zrobiła na rzecz rozwoju pielęgniarstwa epidemiologicznego w Polsce.

Podczas zjazdu towarzyszyło nam motto „coś rodzi się i coś przemija, ale zostaje po nas ślad...” (Joseph Stein). Ten ślad to publikacje, broszury, procedury i standardy, kwartalnik „Pielęgniarka Epidemiologiczna”, otwarcie specjalizacji z pielęgniarstwa epidemiologicznego i działalność na rzecz integracji środowiska i wzmocnienia pozycji pielęgniarki epidemiologicznej w Polsce. Pielęgniarki epidemiologiczne są widoczne, aktywne na zjazdach, konferencjach krajowych i zagranicznych, podnoszą swoje kwalifikacje, uzyskują tytuły zawodowe specjalisty pielęgniarstwa epidemiologicznego, awansują, odnoszą sukcesy naukowe, aktywnie uczestniczą w działalności innych organizacji zajmujących się prewencją zakażeń szpitalnych.

Za to wszystko, za motywację i wsparcie w naszych wspólnych sprawach i wyzwaniach dnia codziennego chcemy serdecznie podziękować ustępującemu Zarządowi. Przed nowym Zarządem wielkie wyzwania. Jak sprostamy powierzonym nam zadaniom, ocenicie sami. Jednak na sukces nie jest w stanie zapracować kilka osób wchodzących w skład Zarządu Stowarzyszenia. To zaangażowanie wszystkich jego członków.

Mirosława Malara
Prezes Polskiego Stowarzyszenia
Pielęgniarek Epidemiologicznych

Powstanie i rozwój pielęgniarstwa epidemiologicznego

Chociaż początki zawodu pielęgniarki epidemiologicznej można odnosić do słynnych postaci, które stworzyły zawód pielęgniarki w ogóle, to pierwsza pielęgniarka epidemiologiczna została zatrudniona w 1960 roku w Stanford University Hospital (USA). W latach 60. zeszłego wieku ukształtował się model działania, w którym wykształcona pielęgniarka stanowiła łącznik pomiędzy personelem leczniczym a lekarzem-epidemiologiem szpitalnym. Dopiero w latach 70., kiedy większość szpitali w USA zatrudniło pielęgniarki epidemiologiczne, zostały stworzone podstawy określenia ich osobnego zawodu, a nie tylko funkcji. Za szpitalami amerykańskimi podążyły szpitale na całym świecie i w 1978 roku zanotowano zatrudnienie pielęgniarek epidemiologicznych w szpitalach 37 krajów. Stanowisko pielęgniarki epidemiologicznej istnieje w polskich szpitalach od niedawna. Po raz pierwszy nazwa stanowiska pojawiła się w rozporządzeniu ministra zdrowia w grudniu 1999. Dzięki stworzeniu odpowiedniej specjalizacji liczba pielęgniarek epidemiologicznych w Polsce bardzo szybko wzrosła, zaś powołanie Stowarzyszenia spowodowało ugruntowanie osobnej pozycji tego zawodu. Obecnie większość polskich szpitali zatrudnia właściwie wykształcone pielęgniarki epidemiologiczne.

Perspektywy rozwoju tego zawodu można przewidzieć, śledząc dyskusje toczące się w podobnych, ale największych i najbardziej rozwiniętych stowarzyszeniach w USA, Kanadzie i Wielkiej Brytanii. Wynika z nich, że zawód pielęgniarki epidemiologicznej jest coraz bardziej obciążony zadaniami: obowiązki zawodowe członków amerykańskiego Stowarzyszenia Profesjonalnych Pracowników Kontroli Zakażeń i Epidemiologii (APICE) wzrosły przez 20 lat działalności o 145%, niestety przy nie podwyższających się zasobach finansowych. Niewątpliwie ważnym, a dotąd nie zrobionym krokiem w rozwoju zawodu w Polsce, jest znaczniejszy udział pielęgniarek epidemiologicznych w ocenie jakości opieki zdrowotnej w szpitalach. Należy go uczynić w celu zrównoważenia nakazowego traktowania kontroli zakażeń szpitalnych, ponownie zagrażającego stworzonemu przed kilku laty i już nieźle ugruntowanemu koncyliarnemu modelowi kontroli wewnątrz szpitala.

Prof. dr. hab. n. med. P. B. Heczko
Katedra Mikrobiologii
Uniwersytet Jagielloński
Collegium Medicum
Praca prezentowana na X jubileuszowym Zjeździe PSPE w Krakowie.

Morowe powietrze – AIDS

Szkic historii i perspektyw epidemiologii

Dziesiąty, jubileuszowy Zjazd PSPE jest świetną okazją, by przypomnieć sobie, jak rosła świadomość i wiedza związana z zagadnieniami chorób zakaźnych. Masowe zachorowania ludzi zdarzały się od zarania dziejów i były nazywane plagami lub morowym powietrzem.

Pierwsze pisane wzmianki związane z profilaktyką śmiertelnego zagrożenia znajdujemy w nakazach Mojżesza. Zwraca on szczególną uwagę na kwarantannę i separację chorych. Egipcjanie, Grecy i Rzymianie skupili uwagę na czystości otoczenia i higienie ciała – do miast doprowadzono wodę, usuwano nieczystości, karano brudasów. Codzienny pobyt w łaźniach, nacieranie skóry oliwą stało się stylem życia. Jednak pomory systematycznie występowały w miarę zagęszczania populacji i przenosiły się wraz z większą skłonnością do podróżowania.

W okresie Bizancjum i Średniowiecza dbano bardziej o ducha niż o ciało, wprowadzono nakazowe ograniczenia kąpieli, nie wypadało myć się bez odzieży i najlepiej bardzo rzadko. Ulice miast zalegały grube warstwy odchodów zwierząt i ludzi. Panował brud i fetor. Szczurołapy nie nadążały z walką ze szczurami. Powszechna stała się obecność pcheł i wszy. Epidemie zabierały całe miasta i armie. W niektórych rejonach morowe powietrze zabijało 40-50% populacji. Choroby zakaźne, jak np. trąd, traktowano jako karę Boga za grzechy.

W czasie Renesansu i Oświecenia sytuacja sanitarna w Europie poprawiła się, ale spustoszenie wywołał pierwszy „import" w postaci syfilisu. Niestety, nastąpił też „eksport" „morowego powietrza" do Ameryki Północnej. Indianie zostali zdziesiątkowani głównie z powodu chorób zakaźnych, a nie w wyniku walk.

W okresie od średniowiecza do XIX w. spostrzeżenia o początku i rozprzestrzenianiu się „morowego powietrza" nie doprowadziły wprawdzie do zrozumienia istoty zjawiska i skutecznego leczenia, ale ludzie wpadli za to na diabelski pomysł wykorzystania „zarazy" jako oręża wojny. Przerzucano np. katapultą za mury obleganych miast zwłoki zmarłych lub wrzucano je do studni. Indianom rozdawano zapchlone koce i ubrania powodując epidemie dżumy.

W pierwszej połowie XIX w., wraz z rozwojem sieci szpitali, kształceniem coraz większej liczby lekarzy stosujących coraz nowsze techniki zabiegowe, paradoksalnie pojawił się nowy wróg: zakażenie ran. Otwarte złamania kończyn, zabrudzona ziemią rana, np. postrzałowa, poród w szpitalu, operacje doprowadzały do śmierci nieraz do 30% pacjentów. Genialny zmysł obserwacji i dedukcja doprowadziły Ignacego Semmelweisa do odkrycia, że „choroby gorączkowe" mogą przenosić się od pacjenta do pacjenta na rękach personelu. Jego teoria nie przebiła się do szerokiej świadomości świata medycznego nie tylko dlatego, że był introwertykiem, ale głównie z tej przyczyny, że nie umiał wskazać, co mianowicie jest „tym czymś", co przenosi się na rękach lekarzy.

Drzwi do komnaty z tajemnicami zakażeń uchylił dopiero chemik Ludwik Pasteur. Wykrył on czynnik zakaźny choroby jedwabników. Potem analizował procesy fermentacji. Udowodnił, że przyczyną fermentacji i gnicia są drobnoustroje (1860). Z chemika zmienił się w ojca bakteriologii. Opisał pierwszy sposób dezynfekcji termicznej, czyli pasteryzacji. Jego prace obaliły ostatecznie teorię samorództwa. Dzieło życia zwieńczył – dosyć przypadkowo – opisaniem odporności nabytej i zastosował pierwsze szczepienia, stając się ojcem po raz drugi – tym razem profilaktyki zakażeń. Ludwik Pasteur jest też twórcą aseptyki (1878).

Opierając się m.in. na pracach Pasteura, irlandzki lekarz Joseph Lister opracował koncepcję dezynfekcji chemicznej i mimo potężnego oporu środowiska zdołał wypromować tę metodę. W ten sposób ocalił życie milionom ludzi. Do dezynfekcji stosował kwas karbolowy. Joseph Lister jest twórcą antyseptyki.

Drugi przełom w zrozumieniu chorób „gorączkowych" zawdzięczamy Robertowi Kochowi. Jako pierwszy wykazał związek pomiędzy konkretną bakterią a zachorowaniem (wąglik), dał absolutnie najważniejsze podstawy bakteriologii (techniki hodowli i namnażanie bakterii, podłoża, techniki barwienia, początki klasyfikacji), wykrył i opisał spory, opisał prątki gruźlicy jako czynnik etiologiczny choroby. Roberta Kocha można nazwać ojcem bakteriologii lekarskiej.

Potem, gdy pokazano już drogę, nazwano czynnik etiologiczny chorób zakaźnych, kolejne odkrycia posypały się szybko.

Szeroko wprowadzono sterylizację w autoklawach. Rozpoczęto też leczenie chorób zakaźnych: najpierw Paul Ehrlich wprowadził salvarsan, potem wprowadzono sulfonamidy, aż w końcu penicylinę (Alexander Fleming). Rozpoczęła ona erę antybiotyków.

W wyniku badań prowadzonych między innymi w Warszawie i Petersburgu przez D. Iwanowskiego (pracował nad chorobą mozaikową tytoniu) po raz pierwszy odkryto „zarazki przesączalne", czyli wirusy.

Ulepszając preparat Listera, wyprodukowano w Berlinie (Lysoform – 1900) chyba pierwszy na świecie powszechnie używany preparat dezynfekcyjny. Niewiele później firma z Francji (Anios) zaczęła produkować preparaty dezynfekcyjne stosowane w przemyśle spożywczym na szeroką skalę.

Na przełomie wieków „zaraza" znalazła wreszcie personifikację w postaci mikroorganizmów. „Choroby gorączkowe" nazwano zakaźnymi. Nauczono się zwalczać mikroorganizmy w środowisku i zabijać je we wnętrzu ciała. Potem ruszyła lawina odkryć trwająca do dziś: poznano patofizjologię procesu zapalnego, opisano reakcje odpornościowe organizmu.

Dzisiaj postęp w mikrobiologii wyznacza postęp w technice, elektronice i biochemii, żeby wymienić tylko mikroskop elektronowy, testy ELISA i metodę PCR. Tempo odkryć nie słabnie. Tylko od chwili, gdy zaprzestałem pracy zawodowej jako lekarz „odkryto" AIDS, priony, Ebolę, SARS. Okazało się też, że mikroorganizmy są przyczyną owrzodzeń żołądka, licznych chorób nowotworowych i chorób z autoimmunoagresją.

Jakie nadzieje i zagrożenia niesie przyszłość?

Nadzieje to nowe leki, preparaty dezynfekcyjne i metody sterylizacji oraz nowe metody zwalczania chorób zakaźnych. Do zagrożeń zaliczyć można powstawanie mikroorganizmów odpornych na antybiotyki, przekraczanie przez mikroorganizmy bariery międzygatunkowej. Zagrożeniem jest to, że medycyna coraz lepiej chroni życie osób starszych, dzieci i pacjentów o obniżonej odporności – są oni naturalnym celem ataku mikroorganizmów chorobotwórczych.

Sądzę, że osiągnięcie sukcesu w zwalczaniu i zapobieganiu chorobom zakaźnym, związanym z mikroorganizmami, zależy nie tylko od leków, chemii, techniki sterylizacji, ale także od świadomości pacjentów i personelu medycznego, jasnych i konsekwentnie przestrzeganych procedur higienicznych na każdym etapie naszej pracy. Nauka dała nam wiedzę i narzędzia – teraz wszystko zależy od nas – czyli często od Zespołu Zapobiegania Zakażeniom Szpitalnym. Panie pielęgniarki epidemiologiczne są na pierwszej linii frontu! Życzę Paniom z okazji X Zjazdu PSPE żelaznej woli i sukcesów w pracy!

dr med. Michał Zabłocki

Praca prezentowana na X jubileuszowym Zjeździe PSPE w Krakowie.

Organizacja pracy w Oddziale Intensywnej Terapii Kliniki Ginekologii i Położnictwa jako istotny czynnik profilaktyki zakażeń

Powstanie Oddziału Intensywnej Terapii w Zespole Klinik Ginekologii i Położnictwa było uzasadnione kilkoma ważnymi względami:

1. ośrodek tzw. trzeciej referencji musi zapewnić pełne leczenie i diagnostykę specjalnej grupie pacjentek z całego makroregionu,
2. w ośrodku uniwersyteckim szczególną pozycję – oprócz patologii ciąży – ma wielospecjalistyczna operacyjna onkologia ginekologiczna,
3. organizacja systemu intensywnych terapii w Szpitalu Uniwersyteckim opiera się na kilkunastu oddziałach zlokalizowanych w poszczególnych grupach oddziałów klinicznych, celem uzyskania lepszej efektywności leczenia, podlega dalszej subspecjalizacji.

Powyższe aspekty spowodowały, że nowy OIT (oddział intensywnej terapii) od samego początku istnienia (praktycznie styczeń 2007 r.) „wpisał się" w zagadnienie zapobiegania i kontroli zakażeń w budynku. Oprócz powszechnie znanych problemów, zwrócono uwagę na trzy nowe grupy czynników ryzyka: rolę anestezjologii w powstawaniu infekcji pozabiegowych oraz organizację redukcji ryzyka zakażeń opartą o EBM (evidence based medicine) i ustalenie priorytetów przyjęć na oddział.

Infekcje pozabiegowe (surgical site infections; SSI) są nadal poważnym źródłem powikłań i śmiertelności okołozabiegowej. Stanowią – po zakażeniach dróg moczowych – drugą najczęstszą przyczynę zakażeń szpitalnych (17% w USA). Te infekcje prowadzą do dłuższych hospitalizacji, dłuższych pobytów w oddziałach ICU, zwiększonej śmiertelności i zwiększonych kosztów leczenia. Trudności z przewidywaniem liczby infekcji zależą od rodzaju zabiegu, chirurga, pacjenta (każdy ma inny profil ryzyka) i szpitala.

Choć wiadomo, że w zapobieganiu zakażeń najważniejsza jest sterylność techniki zabiegowej, to jednak ważna też jest rola anestezjologa. Zakażenia zwykle manifestują się kilka – kilkanaście dni po zabiegu; ale najbardziej krytyczne w powstawaniu infekcji są pierwsze godziny po zakażeniu.

Sześć pooperacyjnych czynników ryzyka powstania infekcji pozabiegowej, w których kontroli istotną rolę odgrywają anestezjolodzy:

1. **Hipotermia –** niewielka, pooperacyjna rzędu 34°–36°C, często obserwowana u pacjentów. W grupie chorych pozabiegowych z normotermią (37°C +/-0,3°C) częstość SSI wyniosła 5,8%, a w grupie z umiarkowaną hipotermią (34,4°C +/-0,4°C) aż 18,8% (2). W grupie 290 pacjentów (wykluczono z badania tych, u których wykonano transfuzję krwi okołozabiegowo) normotermicznych (36,2°C +/-0,2°C) częstość SSI wyniosła 2% w porównaniu z pacjentami hipotermicznymi (35,4°C +/-0,4°C) – 11,5% (3). Ponadto pacjenci normotermiczni przebywali średnio 1 tydzień krócej w szpitalu, mieli znacznie więcej kolagenu wokół rany, wcześniej byli żywieni doustnie i dzień wcześniej mieli usunięte szwy z rany. Przyczyna zwiększonej częstości SSI: zmniejszenie perfuzji tkanki podskórnej (vasoconstrictio) i redukcja dostarczania tlenu (neutrofile tracą zdolność oksydacyjnej lizy bakterii, nie tworzą wolnych rodników).
2. **Hiperoksja –** dostarczanie tlenu tkankom zabezpiecza głównie jego wiązanie z Hb (tlenu bezpośrednio rozpuszczonego w krwi jest niewiele), ale tkanka podskórna zużywa bardzo niewiele tlenu (0,7 ml/100 ml krwi) w porównaniu z życiowo ważnymi narządami – tę ilość może zabezpieczyć tlen rozpuszczony w krwi pod warunkiem dobrej perfuzji tkanki. Ale średnie Ppozakomórkowe O2 w tkance podskórnej wynosi 60 mmHg / stąd trudność w oddawaniu tlenu od Hb / zabieg = uraz + zniszczenie lokalne mikrokrążenia / zwiększona odległość dla dyfundującego tlenu / brak tlenu do czynności neutrofilów, rozwoju kolagenu i nabłonka. Hipoteza: pacjentom pooperacyjnym należy podawać wyższe stężenia tlenu. Praca: tlen śródoperacyjnie oraz pooperacyjnie przez 2 godz. podawany w stężeniu 80% i 30%; wyniki: częstość SSI statystycznie niższa przy wyższym stężeniu wdechowym tlenu (całkowita redukcja ryzyka 7%; tzw. relative risk reduction 45%) (4). Inna praca nie wykazała tej zależności (różne metodologie). (5). Obecnie panuje przekonanie, że trudno osiągnąć FiO2 80% śródoperacyjne, ale możliwa jest tlenoterapia przez 2-6 godz. pooperacyjnie.

3. **Okołooperacyjna gospodarka płynami –** kluczowa dla zapewnienia dobrej perfuzji tkanek. Zwykle w okresie okołozabiegowym płyny wyrównują deficyt spowodowany „przepisowym pozostawaniem na czczo przed zabiegiem", utratą płynów do tzw. trzeciej przestrzeni, utratą krwi oraz aby zapewnić prawidłowe parametry hemodynamiczne. Pacjenci umiarkowanie hipowolemiczni dobrze znoszą tę sytuację, bo płyn pozanaczyniowy przenika do naczyń (zachowany rzut serca i czynność nerek), ale dzieje się to kosztem perfuzji tkanki podskórnej (niskie ciśnienia parcjalne tlenu/większa częstość SSI). Zwiększenie objętości wewnątrznaczyniowej skutkuje wzrostem ciśnień parcjalnych tlenu w tkance podskórnej. Jednak żadna z dotychczasowych prac nie wykazała spadku SSI u pacjentów agresywnie leczonych płynami (tak krystaloidami, jak i koloidami) w okresie okołozabiegowym (przewodnienie przewodu pokarmowego skutkuje dłuższą dysfunkcją?) (6, 7).
4. **Hiperglikemia –** od dawna wiadomo, że pacjenci z cukrzycą przedstawiają wyższe ryzyko infekcji. Zastosowanie insuliny do restrykcyjnego utrzymania glikemii < 110 mg% pozwoliło u krytycznie chorych zredukować śmiertelność z 8,0% do 4,6%, niezależnie od tego, czy mieli wcześniej cukrzycę (8). Istnieje też wiele dowodów na zmniejszenie ryzyka SSI przy stałej kontroli glikemii w chirurgii (9) i kardiochirurgii (66% zmniejszenie infekcji głębokich mostka po torakotomii, jeśli poziom glikemii u cukrzyków wynosił 150–200 mg% (10). Hiperglikemia redukuje przejściowo liczbę leukocytów, deaktywuje immunoglobuliny i frakcję C3 dopełniacza poprzez nieenzymatyczną glikozylację. W cukrzycy ponadto występują zaburzenia czynnościowe neutrofilów (chemotaksja, fagocytoza).
5. **Transfuzja krwi** niesie z sobą ryzyko infekcji, ale nie do porównania są wcześniejsze badania (przetaczano wtedy pełną krew) z obecnymi (kkcz zawiera < 10% osocza i < 5% leukocytów). Zmniejszenie ryzyka = transfuzja autologicznej krwi zamiast allogenicznej. Obecnie dyskutuje się sprawę immunomodulacji poprzez transfuzję obcych leukocytów kkcz i osocza; powinno się stosować leukoredukcję w transfuzji. Dane z Kanady są obiecujące, ale nie wykazały zmniejszenia SSI (11).
6. **Profilaktyka antybiotykowa –** obecnie najbardziej widoczne działanie. Cel = uzyskać poziom antybiotyku w krwi i tkankach przewyższający MIC (minimum inhibitory concentration) mikroorganizmów, które prawdopodobnie wtargną do organizmu. Kilka elementów jest tu ważnych:

a) czas podania – klasyczna praca sugerowała 1 godz. przed nacięciem powłok (12). Obecnie wiemy, że musi być czas między podaniem antybiotyku, a jego MIC w tkankach i krwi wynosi od 60 do 120 min dla wankomycyny. Profilaktyka antybiotykowa kończy się do 24 godz.
b) wybór antybiotyku – idealnie, jeśli profilaktyka celowana jest na najpowszechniej spotykane mikroorganizmy, a nie na wszystkie możliwe, bo to doprowadziłoby do selekcji szczepów opornych na antybiotyki. W większości przypadków (nie wpływając na przewlekle skolonizowane narządy) profilaktyka obejmuje florę skóry (Streptococci i Staphylococci); cefalosporyna I generacji (np. cefazolin) w tani sposób likwiduje groźbę SSI; w chirurgii jamy brzusznej antybiotyki skierowane przeciw G (-) i beztlenowym mikroorganizmom będą odpowiednie (np. cefoxitin i cefotetan). Obecnie trwają dyskusje, czy wankomycyna może być włączona do profilaktyki antybiotykowej u chorych z wykrytym MRSA (methicillin-resistant Staphylococcus aureus).
c) chorzy uczuleni na beta-lactamy (częstość od 5% do 20% operowanej populacji, lecz w rzeczywistości kilkakrotnie rzadziej). Wczesne badnia z cefalosporynami wykazały krzyżową reakcję u wszystkich uczulonych na penicylinę (reakcja anafilaktyczna u 8%) (13). Dlatego standardowo unikano cefalosporyn u pacjentów z alergią na penicylinę; nie brano pod uwagę, że wówczas cefalosporyny miały łańcuch boczny podobny do łańcucha bocznego penicyliny oraz były śladowo zanieczyszczone penicyliną w procesie syntezy. Obecnie wykazano praktycznie bezpieczeństwo kliniczne w podawaniu cefalosporyn u uczulonych na penicylinę (14).

Współcześnie stosowane algorytmy:

- test skórny na penicylinę nie prognozuje reakcji uczuleniowej na cefalosporyny;
- wartość prognostyczną ma dodatni test skórny na cefalosporyny u każdego pacjenta, który miał wcześniej reakcję anafilaktyczną po podaniu penicyliny;
- analiza kosztów wykazała, że przeprowadzenie testów skórnych u wszystkich uczulonych na penicylinę (z wywiadu) jest tańsze od rutynowego stosowania wankomycyny;
- alternatywnie, pacjenci z umiarkowanymi reakcjami uczuleniowymi na penicylinę mogą mieć podane cefalosporyny;
- uczuleni na cefalosporyny powinni otrzymywać w profilaktyce wankomycynę i klindamycynę;
- pacjenci rzeczywiście uczuleni na penicylinę będą również uczuleni na inne środki (reakcja anafilaktyczna).

W oddziałach intensywnej terapii powinni być leczeni tylko chorzy, u których rozpoznaje się w sposób obiektywny szanse na wyzdrowienie oraz powrót chorego do społeczeństwa. Zgodnie z minimalnym standardem zapotrzebowania na stanowiska intensywnej terapii ilość łóżek powinna stanowić do 10% w szpitalach uniwersyteckich (2%-5% wszystkich łóżek w innych szpitalach) wg oświadczenia Konsultanta Krajowego w dziedzinie Anestezjologii i Intensywnej Terapii z 23.02.2007 w liście do Prezesa NFZ, Ministra Zdrowia i Prezesa PTAiIT.

Określenie priorytetu potencjalnych przyjęć do oddziału intensywnej terapii:

Priorytet 1

Chorzy w stanie bezpośredniego zagrożenia życia, który wynika z destabilizacji parametrów układów krążenia i oddechowego. Brak limitów w udzielanej terapii wspomagającej.

Priorytet 2

Chorzy wymagający intensywnego monitorowania, którzy mogą potrzebować wdrożenia inwazyjnych technik leczenia w każdej chwili. Brak limitów w udzielanej terapii wspomagającej.

Priorytet 3

Chorzy krytycznie, których stan zdrowia poprzedzający wystąpienie stanu zagrożenia życia, jak też zaawansowanie aktualnie toczącego się procesu chorobowego ograniczają w znacznym stopniu szanse na wyzdrowienie (czyli osiągnięcie korzyści z przyjęcia do oddziału intensywnej terapii). Przykład: zaawansowana choroba nowotworowa, terminalność stanu zdrowia. Zakres stosowanych środków i technik inwazyjnych może zostać ograniczony a priori (np.niepodejmowanie resuscytacji).

Priorytet 4

Chorzy, których przyjęcie do oddziału intensywnej terapii jest nieuzasadnione, wymaga indywidualnej analizy przypadku i zgody ordynatora oddziału.

Priorytet 4.1.

Chorzy w „zbyt dobrym stanie", by wynieść korzyść z hospitalizacji w oddziale IT, lecz procedura medyczna, która może wpłynąć na dalszy proces leczniczy, może być wykonaa tylko w oddziale IT.

Priorytet 4.2.

Chorzy z nieuleczalną chorobą terminalną, którzy stoją w obliczu zagrażającej śmierci („zbyt chorzy", aby hospitalizacja w oddziale IT mogła wpłynąć na zmianę niepomyślnego rokowania). Wyjątki: chorzy w trakcie specjalnego programu terapeutycznego, potencjalni dawcy narządów.

Przykłady zaburzeń wartości parametrów fizjologicznych, będących wskazaniem do przyjęcia do OIT

- Tętno < 40 i > 150/min (> 130/min, jeśli wiek > 65 r.ż.),
- Średnie CTK < 60 mmHg, pomimo odpowiedniej resuscytacji płynowej (1500 ml) lub potrzeba stosowania leków preryjnych,
- Rozkurczowe CTK > 110 mmHg plus jedno z poniższych:
  - obrzęk płuc,
  - encephalopatia,
  - niedokrwienie mięśnia sercowego,
  - tętniak rozwarstwiający aortę,
  - rzucawka lub stan przedrzucawkowy (rozkurczowe CTK > 100 mmHg),
  - krwotok podpajęczynówkowy (rozkurczowe CTK > 100 mmHg)

Częstość oddechów > 35/min (utrzymujący się) i niewydolność oddechowa PaO2 < 55 mmHg przy FiO2 > 0,4 (ostre), K+ > 6,5 mEq/l (ostre), pH < 7,2 lub > 7,6, poziom glukozy w surowicy > 800 mg%, Poziom Ca++ > 15 mg%, temperatura ośrodkowa < 32°C.

Oblicza się, że około 25% wszystkich infekcji szpitalnych i 90% nowo powstających występuje w oddziałach IT. Ta statystyka wykazuje 10-krotną dysproporcję w stosunku do oddziałów (oddziały IT zwykle stanowią około 2 do 5% wszystkich łóżek szpitalnych) (15). Obok zestawiono podstawowe zagadnienia, o których ważności musi być świadomy personel OIT.

Różnice pomiędzy kolonizacją i infekcją. Organizm ludzki ma swoją florę bakteryjną wskutek stałej „kolonizacji" przez mikroorganizmy o niskiej wirulencji; zwykle te mikroorganizmy chronią przed nadmiernym rozwojem potencjalnie patogennych szczepów. Pewne narządy są w stanie zdrowia trwale chronione przez śluzówkowe bariery immunologiczne (usta, przewód pokarmowy), inne powinny być wolne od mikroorganizmów (naczynia krwionośne, drogi moczowe). W stanie choroby fizyczna i immunologiczna ochrona przestaje działać – kolonizacja przechodzi w infekcję (gdyż wszystkie bakterie są potencjalnie patogenne, jeśli żyją tam, gdzie ich nie powinno być).

Endogenne patogeny. W endogennej infekcji wzrost szczepów patogennych ma źródło w jednym lub kilku miejscach nie sterylnych (np. jama ustna, przewód pokarmowy, skóra, drogi moczowe), zwykle wskutek umieszczenia tam cewników i/lub wskutek zmniejszenia zdolności obronnych gospodarza. Antybiotyki, redukując część normalnej flory, ułatwiają rozwój innym mikroorganizmom.

Infekcja krzyżowa stanowi 1/3 wszystkich infekcji w oddziałach IT; zwykle jest obserwowana po 5–7 dniach pobytu pacjenta i jest przenoszona przez personel. Zapobieganie to przestrzeganie reguł aseptyki/higieny/kontroli itp. Wczesna identyfikacja potencjalnie przenoszonych patogennych mikroorganizmów (np. gruźlicy) powinna skutkować izolacją zainfekowanego pacjenta, czyli redukcją ryzyka transmisji. Niektóre patogeny, jak np. Pseudomonas aeruginosa, są bardzo rzadko spotykane, ale w szpitalach zwykle przeżywają i mogą stanowić od 30% aż do 100% infekcji krzyżowych, szczególnie u chorych sztucznie wentylowanych lub u oparzonych.

Antybiotykooporność. Zwykle jest wynikiem nadmiernego stosowania antybiotyków o szerokim spektrum, które dziesiątkują normalną florę i ułatwiają rozwój opornych na nie patogenów. Ponadto, sama ekspozycja na antybiotyki indukuje oporność poprzez liczne mechanizmy:

a) indukcję enzymów,
b) często zlecaną, w celu prewencji lub opanowania nowych infekcji wewnątrzszpitalnych, zmianę klasy antybiotyków,
c) mutację genu w komórce i rozprzestrzenienie zmiany poprzez mechanizm pozachromosomalny (plazmidy, bakteriofagi, transposony, jak w oporności na penicyliny, karbapenemy i cefalosporyny przez metalo beta-laktamowy operon),
d) w inny sposób (np. wśród enterokoków oporność na wankomycynę przez powstanie Van-A i Van-B operonów, u Acinetobacter oporność na aminoglikozydy, fluorochinolony i in. poprzez rozwój tzw. OXA-klonów),
e) „wrodzoną" oporność na pewne klasy antybiotyków (np. Enterococci na cefalosporyny, Proteus i Klebsiella na penicyliny, Pseudomonas aeruginosa na większość antybiotyków).

Mikroorganizmy wielooporności-owe (multi-resistant) **w oddziałach IT** to 15 potencjalnie patogennych szczepów odpowiedzialnych za wszystkie infekcje w OIT. Zwykle dzieli się je na takie, które istnieją normalnie u zdrowego człowieka (Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae, Moraxella catarrhalis, Escherichia coli, Candida albicans, MSSA) oraz egzogenne, kolonizujące chory organizm pacjenta (6 szczepów aerobowych G[-] bacilli, czyli Klebsiella, Enterobacter, Citrobacter, Proteus, Morganella, Serratia, Acinetobacter, Pseudomonas i MRSA). Pojawiły się też szczepy S. aureus oporne na glikopeptydy (GISA) i wankomycynę (VISA).

MRSA, znany od 1961 r., oporność zakodowana w chromosomie (gen oporności mec-A). Ludzie są naturalnym gospodarzem dla S. aureus (głównie nosogardziel, skóra, krocze); MSSA jest częściej obserwowany u chorych na kroplówkach, cukrzyków insulinozależnych, osób z chorobami skórnymi itp., MRSA natomiast (< 1% występowania w populacji i do 10% w populacji szpitalnej, głównie u leczonych antybiotykami, pacjentów pozabiegowych i wskutek infekcji krzyżowej od innego pacjenta). Szczepy EMRSA-15 i EMRSA-16 są oporne na fluorochinolony. Śmiertelność spowodowana MRSA wzrosła 15-krotnie w ostatniej dekadzie.

Inne (VRE – vancomycin-resistant enterococci i **MRA** – multi-resistant Acinetobacter). VRE są efektem popularności cefalosporyn, nie działających na enterokoki; nadmierny ich rozwój i selekcja VRE zbiegły się w czasie ze zwiększonym użyciem wankomycyny skierowanej przeciw MRSA i Clostridium difficile. MRA, głównie szczep Acinetobacter baumannii, głównie kolonizuje ciężko chorych, mechanicznie wentylowanych i posiadających cewnik w żyłach centralnych pacjentów; podaje się, że może być przyczyną

zgonów 30% do 53% chorych w oddziałach IT; obecnie główny problem mikrobiologiczny w OIT w całej Europie.

„Line"-associated bacteraemia **(infekcja „odcewnikowa")**. Wszystkie cewniki stanowią wrota zakażenia; gdyż mikroorganizmy z zewnątrz (od skóry) wnikają do jam ciała, często wytwarzając „biofilmy" i inne czynniki „przylepiające się" do drenów. Częstość kolonizacji jest wprost proporcjonalna do długości czasu pozostawienia cewnika. Zwykle powinno się kontrolować cewniki 2xdz; jeśli podejrzewa się infekcję spowodowaną cewnikiem OCŻ, wówczas trzeba pobrać materiał z cewników ośrodkowego i obwodowego; obecność kultur bakteryjnych w obu źródłach, a szczególnie tej samej kultury w obu (tlenowym i beztlenowym) pobranych materiałach, wyhodowanych w ciągu 24 godz., potwierdza zakażenie „odcewnikowe".

Zapobieganie powstawaniu antybiotykooporności w OIT. Materiał mikrobiologiczny powinien zawsze – o ile to możliwe – być pobrany przed rozpoczęciem antybiotykoterapii (cel: ograniczenie stosowania nieskutecznych antybiotyków); czas i dawkowanie antybiotyków (odpowiednie stężenie w tkankach) powinny być określone. Pozwoli to na szybsze przejście do podawania antybiotyków drogą doustną.

a) **Zalecenia lokalne,** głównie poprzez stosowanie tzw. restrykcyjnego podawania pewnych antybiotyków jedynie krytycznie chorym i tym, którzy albo nie zareagowali na zastosowane antybiotyki z I i II linii terapii, albo u których wykazano wieloporność.
b) **Testy na czułość** (np. prosty pasek E-test) celem ustalenia MIC (minimal inhibitory concentration) i MBC (minimal bactericidal concentration); antybiotyki o umiarkowanym działaniu są wycofywane, a z tzw. II linii sprawdzane in vitro i oceniane in vivo. Należy pamiętać, że często jest niemożliwe wykrycie laboratoryjne wszystkich patogenów.
c) **Stosowanie antybiotyków o wąskim spektrum działania** („starszych, takich jak penicyliny, gentamycyna, trimetoprim itp.) – zawsze wtedy, gdy tylko to możliwe. Monoterapia zmniejsza prawdopodobieństwo antagonizmu leków, toksyczności i niepożądanych reakcji; w Szwecji np. udało się dzięki temu zredukować występowanie Clostridium difficile.
d) **Antybiotykoterapia łączona (kombinowana) –** podraża koszty, może indukować oporność, brak dostatecznych danych o jej skuteczności (choć wyjątkiem jest Mycobacterium tuberculosis).
e) **Cykliczność stosowania –** jak w dawnej „trójpolówce" w rolnictwie; czasowe wycofanie jednego z antybiotyków może spotęgować później jego skuteczność (?).
f) **Całkowita i selektywna dekontaminacja przewodu pokarmowego** – profilaktyczne zniszczenie nosicielstwa tlenowych G(-) Bacilli i S. Aureus z pozostawieniem miejscowej, korzystnej flory poprzez doustne podanie nie wchłaniających się antybiotyków (polimyksyna E / tobramycyna); ponadto konieczność przynajmniej 2xtyg. monitorowania patogenów z gardła i odbytu chorego.
g) **Szczepionki** – np. przeciw MRSA, C. difficile i Ps. Aeruginosa są bliskie wprowadzeniu do klinik.
h) **Immunoterapia –** na razie nieskuteczna.
i) **Terapia larwami owadów –** obiecujące pierwsze doniesienia.
j) **Ograniczanie wstępu do oddziałów IT**
k) **Mycie rąk i sprzętu**
l) **Jednorazowe ubrania i akcesoria**
m) **Screening personelu**
n) **Maski**
o) **Unikanie niedoborów w zatrudnieniu** (przepracowanie = unikanie procedur)
p) **Monitorowanie zakażeń**
q) **Zgłaszanie przypadków nietypowych** (np. wykrycie gruźlicy u pacjenta z niewydolnością krążenia).

Krzysztof Zając

Praca prezentowana na X jubileuszowym Zjeździe PSPE w Krakowie.

Piśmiennictwo:

Mauermann W.J., Nemergut EC: *The Anesthesiologist's Role In the Prevention of Surgical Site Infections; Anesthesiology 2006;105:413-421).*

Kurz A., Sessler DI,. Lenhardt R.: *Perioperative normothermia to reduce the incidence of surgical wound infection and shorten hospitalization. Study of Wound Infection and Temperature Group. New Engl. J. Med. 1996; 334:1209-1215.*

Flores-Maldonado A., Medina-Escobedo CE, Rios-Rodriguez HM. et al.: *Mild perioperative hypothermia and the pisk of wound infection. Arch Med. Res 2001; 32:227-231.*

Dellinger EP.: *Increasing inspired oxygen to decrease surgical site infection: Time to shift the quality improvement research paradigm. JAMA 2005;294:2091-2092.*

Pryor KO., Fahey TJ. III, Lien CA., Goldstein PA: *Surgical site infection and the routine use of perioperative hyperoxia in a general surgical population: A randomized controlled trial. JAMA 2004;291:79-87.*

Kabon B., Akca O., Taguchi A. et al.: *Supplemental intravenousccrystalloid administration does not reduce the pisk of surgical wound infection.* Anesth Analog 2005; 101:1546–1553 oraz Nisanevich V., Felsenstein I., Almogy G. et al.: *Effect of intraoperative fluid management on outcome after intraabdominal surgery. Anesthesiology 2005;103:25-32.*

Fergusson D., Khanna MP., Tinmouth A et al.: *Transfusion of leukoreduced red blond Wells may decrease postoperative infections. Two meta-analyses of randomized controlled trials. Can J. Anaesth. 2004;51:417-424.*

Nisanevich V., Felsenstein I., Almogy G. et al.: *Effect of intraoperative fluid management on outcome after intraabdominal surgery. Anesthesiology 2005;103:25-32.*

van der Berghe G., Wouters P., Weekers F. et al.: *Intensive insulin therapy in the critically ill patients. N. Engl. J. Med. 2001;345:1359-1367.*

Bron M., Troll H., Jordan J.: Perioperative glycemic control and surgical site infection. Anesth Analg 2005;100:S172.

Polk HC. Jr, Lopez-Mayor JF.: Postoperative wound infection: *A prospective study of determinant factors and prevention. Surgery 1969;66:97-103.*

Furnary AP., Zerr KJ., Grunkemeier GI. et al.: *Continuous intravenous insulin infusion reduces the incidence of deep sternal wound infection In diabetic patients after cardiac surgical procedures. Ann. Thorac. Surg. 1999;67:352-360.*

Allen S.: *Prevention and control of infection In the ICU. Current Anaesthesia and Critical Care 2005;16:191-199.*

Petz LD.: *Immunologic cross-reactivity between penicillins and cephalosporins: A review.* J. Infect. Dis. 1978;137:74–79.

Daulat S., Solensky R., Earl HS. et al.: *Safety of cephalosporin administration to patients with historie of penicillin allergy. J. Allergy Clin. Immunol. 2004;113:1220-1222.*

Zastosowanie badań naukowych w praktyce pielęgniarskiej

Wykonywanie zawodu pielęgniarki wiąże się ściśle z kształceniem, zdobywaniem doświadczenia na drodze refleksyjnej praktyki oraz wykorzystaniem w praktyce naukowych podstaw wiedzy. Art. 18 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej określa, że pielęgniarka wykonuje zawód zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, dostępnymi jej metodami i środkami oraz obowiązującymi z zasadami etyki zawodowej.

W codziennej praktyce pielęgniarka podejmuje decyzje dotyczące wyboru metod i środków pielęgnowania. Podstawą do podejmowania trafnych decyzji jest rozpoznanie sytuacji chorego, czyli postawienie diagnozy pielęgniarskiej i dostępne możliwości postępowania – wiedza, umiejętności i doświadczenia pielęgniarki odgrywają tu istotną rolę. Właściwy wybór metod pielęgnowania wymaga dobrej znajomości odpowiednich, wiarygodnych i aktualnych danych z badań naukowych. Decydując o metodach i środkach postępowania, w żadnym wypadku nie można pominąć wartości wyznawanych przez chorego oraz jego preferencji [1,2].

Praktykę pielęgniarską lub innego pracownika zajmującego się ochroną zdrowia, w której uwzględnia się: sytuację kliniczną chorego, dane z badań naukowych, system wartości chorego i jego preferencje oraz umiejętności i doświadczenia pielęgniarki – określa się jako evidence based practice (EBP). Termin EBP wywodzi się z pierwotnego określenia evidence based medicine (EBM) wprowadzonego przez Gordona Guyatta, profesora medycyny i epidemiologii klinicznej z Mc Master University w Hamilton w Kanadzie w 1991 roku.

Evidence based medicine to świadome, jasne i uzasadnione stosowanie najwyższej jakości aktualnych dowodów (czyt. wyników badań) w procesach decyzyjnych, dotyczących opieki nad indywidualnymi pacjentami [3].

Ryc. 1. Uwarunkowania decyzji podejmowanych w opiece nad chorymi według zasad EBM [3].

1. Dz.U. Nr 91, poz. 410

Kliniczne mistrzostwo to sprawność, biegłość i wydawanie racjonalnego osądu. Jest nabywane dzięki profesjonalnemu doświadczeniu, obserwowaniu następstw podjętych decyzji, działań i umacniane dzięki refleksji w działaniu. Refleksja w działaniu oznacza rozumienie sytuacji i własnego działania niezależnie od świadomej analizy rozumowej, przyczyniając się do budowania doświadczenia. Uczenie się przez doświadczenie jest tradycyjną formą kształcenia zawodowego w pielęgniarstwie, znaną od czasów Florence Nightingale. Ten model uczenia, zwany „mistrz-uczeń", stanowił rodzaj wzorca i był oparty na naukowych podstawach wiedzy. Długotrwałe doświadczenie praktyczne daje pielęgniarce głębokie spojrzenie na wspólne wzorce i indywidualne różnice w sytuacjach poszczególnych pacjentów. Do istotnych korzyści wyniesionych z refleksji w praktyce należy nabywanie wiedzy, świadomość własnego działania, zmiana perspektywy widzenia danej sytuacji, możliwość wprowadzenia różnych innowacji do opieki nad chorym [4,5].

Ważnym elementem możliwie najlepszej opieki jest aktywne włączenie chorego w proces decydowania. Pacjenci jako odbiorcy usług są najbardziej zainteresowani efektem stosowanych procedur, zwłaszcza ci z chorobami przewlekłymi. Założeniem nowego sposobu praktykowania, zwanego EBM, jest prawo chorego do informacji i możliwość odrzucenia nieakceptowanej formy leczenia czy innego postępowania i wyboru preferowanej metody.

W Polsce skrót EBP zastąpiono określeniem POWAP, czyli praktyka oparta na wiarygodnych i aktualnych publikacjach, oraz PUN, czyli praktyka uzasadniona naukowo [3, 4]. Istotą założeń PUN jest systematyczne i konsekwentne wykorzystanie sprawdzonych wyników badań w codziennej praktyce oraz eliminowanie postępowania o małej skuteczności i nieuzasadnionych kosztach. Aktualnym wyzwaniem PUN jest zwiększenie klinicznej skuteczności prowadzącej do poprawy jakości opieki i obniżenia kosztów. Za najbardziej wiarygodne według EBM uważane są badania eksperymentalne randomizowane, z podwójną ślepą próbą, wykonane na dużych, reprezentatywnych grupach. Zgodnie z przyjętymi etapami EBM/EBN (evidence based nursing) korzystanie z wyników badań obejmuje:

1. Formułowanie jasnego pytania związanego z problemem klinicznym.
2. Zapoznanie się z wiarygodną empirycznie literaturą.
3. Dokonanie krytycznej oceny wyników pod względem ich wiarygodności i rzetelności.
4. Wprowadzenie danych do praktyki.
5. Przeprowadzenie oceny następstw wymaga określonych umiejętności, m.in. trafnego i jasnego formułowania pytań, krytycznej analizy dostępów literatury naukowej. Oprócz wymienionych umiejętności, innym podstawowym warunkiem działania zgodnie z aktualną wiedzą jest swobodny dostęp do literatury naukowej [6].

W latach 70. w Stanach Zjednoczonych, Anglii, Australii i krajach skandynawskich ukazały się prace przedstawiające wykorzystanie badań naukowych przez pielęgniarki oraz przyczyny rozdźwięku między teorią i praktyką pielęgniarską. W pracach tych zwrócono uwagę na różne bariery o charakterze subiektywnym i obiektywnym. Kilku autorów wskazało na głębsze i bardzo złożone podłoże tego zjawiska. Do przyczyn przepaści pomiędzy teorią i praktyką pielęgniarską autorzy zaliczyli: bazowanie zawodu na umiejętnościach technicznych i sprawności manualnej, ambicje środowiska naukowego i zamiar wykazania, że pielęgniarstwo przestało być zawodem pomocniczym, brak własnego paradygmatu badawczego i prawie całkowite przejęcie wzorca metodologicznego z nauk społecznych, zwłaszcza socjologii i psychologii [7].

Ponadto autorzy zwracają uwagę, iż większość badań podejmowanych przez reprezentantki zawodu ma charakter sondażowy, z wykorzystaniem różnego rodzaju kwestionariuszy odwołujących się do subiektywnych ocen respondentów. Z punktu widzenia EBM wartość tych badań jest ograniczona [4,6].

W opinii innych autorów czynnikiem determinującym wykorzystanie wyników badań w praktyce jest postawa samych pielęgniarek wobec badań naukowych. Większość z nich wykazuje bierność, brak motywacji, zainteresowania oraz przekonania co do małej wartości wyników prowadzonych przez pielęgniarki badań. Wśród czynników obiektywnych wymienia się brak autonomii, niemożność zmiany procedury opieki nad chorym przez pielęgniarki, słabą współpracę z innymi członkami zespołu terapeutycznego, brak ekspertów ds. badań naukowych w miejscu pracy, a także brak czasu i środków finansowych [8,9].

Współczesne pielęgniarstwo, podobnie jak cały system ochrony zdrowia stoi przed ogromnym wyzwaniem. Wzrasta bowiem zapotrzebowanie na usługi zdrowotne, ponieważ zwiększa się liczba ludzi w podeszłym wieku, przewlekle chorych i niepełnosprawnych. Z drugiej strony drastyczne ograniczenia finansowe, redukcja zatrudnienia zmniejszają szansę pielęgniarstwa na wywiązanie się wobec pacjenta i społeczeństwa z zawodowej odpowiedzialności. W tej sytuacji nieodzowne staje się poszukiwanie możliwie najlepszych i najefektywniejszych form opieki pielęgniarskiej i wykorzystanie koncepcji PUN. Koncepcja zakłada, że wyniki badań naukowych wskażą dowody na postępowanie i interwencje pielęgniarskie możliwie najskuteczniejsze i mało kosztowne.

W procesie dochodzenia do praktyki opartej na rzetelnych dowodach naukowych można wyodrębnić kilka etapów [10].

1. Pierwszy etap – szacowanie potrzeby zmian w praktyce. Etap ten polega na zastanawianiu się nad swoją codzienną praktyką, kształtowaniu nawyku podawania jej w wątpliwość, sprawdzaniu i kwestionowaniu zasadności podejmowanych interwencji. Pomocne w tym etapie może być stawianie sobie pytań:
   - Czy wiem, dlaczego robię to w taki sposób?

2. Termin kliniczny należy odnieść do wszystkich relacji terapeutycznych bez względu na miejsce, w którym zachodzą.

- Co leży u podstaw mojego działania (wiedza, rutyna)?
- Jaka jest przyczyna wykonywania tych samych działań w różny sposób?
- Czy chcę coś zmienić w swojej pracy i dlaczego?

Stawianie pytań w codziennej praktyce, jej ocena oraz identyfikacja problemu jest pierwszym i zasadniczym krokiem na drodze wiodącej do zwiększenia skuteczności opieki.

2. Drugi etap obejmuje połączenie problemu z interwencjami i wynikami. W tym etapie konieczne jest użycie wystandaryzownego systemu klasyfikacji i porozumiewania się, rozpoznanie potencjalnych interwencji i aktywności, selekcja wyników i wskaźników.
3. Etap trzeci to synteza dowodów naukowych, polegająca na dotarciu do sprawdzonej wiedzy naukowej i jej umiejętna analiza, synteza, ocena pod względem: wartości, przydatności, wiarygodności i możliwości wykorzystania w praktyce.
4. Czwarty etap zawiera plan zmian praktyki. Na podstawie najmocniejszych i najbardziej obiektywnych argumentów określa się propozycję zmian, ustala potrzebne zasoby, planuje się proces wdrożeniowy oraz ustala spodziewane wyniki.
5. Piąty etap obejmuje wdrożenie i ocenę skutków wprowadzonych zmian w praktyce. Realizacja tego etapu daje możliwość wskazania racjonalności i skuteczności sposobu interwencji oraz sprawności opieki.
6. Etap szósty wiąże się z zachowaniem integralności i utrzymaniem zmian poprzez: wydanie rekomendacji do zmian, prezentowanie w zespole propozycji edukacji, wdrażanie opracowanych standardów do praktyki, monitorowanie procesu i wyników.

W opisanym modelu dochodzenia do praktyki opartej na wynikach badań ważna jest umiejętność korzystania z doniesień naukowych. Istnieją trzy główne sposoby korzystania z tych doniesień. Pierwszy sposób polega na samodzielnym odszukaniu pojedynczych badań, jak również posługiwaniu się opracowaniami stanowiącymi ich syntezę. Drugim sposobem poszerzenia wiedzy jest korzystanie z opracowanych standardów. Standardy mogą być opracowane na podstawie istniejących wytycznych lub niezależnie od ich istnienia, choć zawsze zgodnie z określoną metodologią i przy przestrzeganiu zasad EBM. Trzecim źródłem wiedzy o aktualnych doniesieniach naukowych są wytyczne (practice quidelines). W krajach zachodnich główną rolę w upowszechnianiu aktualnej wiedzy medycznej odgrywają wytyczne, opracowywane zgodnie zasadami EBM przez profesjonalne organizacje, wiodące ośrodki lub specjalistów zajmujących się danym problemem zdrowotnym. Wytyczne są to zbiory rekomendacji (przewodników) dotyczących określonego problemu zdrowotnego, pomocne pielęgniarce w procesie podejmowania decyzji i często wykorzystywane przez nauczycieli i studentów w procesie dydaktycznym. Wprowadzenie wytycznych i standardów ma przede wszystkim:

- zapewnić dostęp do aktualnej wiedzy medycznej,
- poprawić proces podejmowania decyzji,
- służyć poprawie jakości świadczonych usług medycznych,
- umożliwić opracowanie narzędzi do oceny jakości usług medycznych,
- stanowić zabezpieczenie przed prawnymi skutkami niepowodzeń, w przypadku postępowania zgodnego z wytycznymi,
- pozwolić na optymalizację kosztów i jakości świadczeń zdrowotnych.

Umiejętność swobodnego poruszania się w świecie doniesień naukowych i nieustanna weryfikacja wiedzy zgodnej z zasadami EBM powinny stać się standardem postępowania każdej pielęgniarki – nie należy jednak przez to rozumieć, że kontakt międzyludzki, empatia i profesjonalne wsparcie odchodzą w zapomnienie.

Maria Kózka
Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa
Wydział Ochrony Zdrowia CM UJ Kraków
Praca prezentowana na X jubileuszowym Zjeździe PSPE w Krakowie.

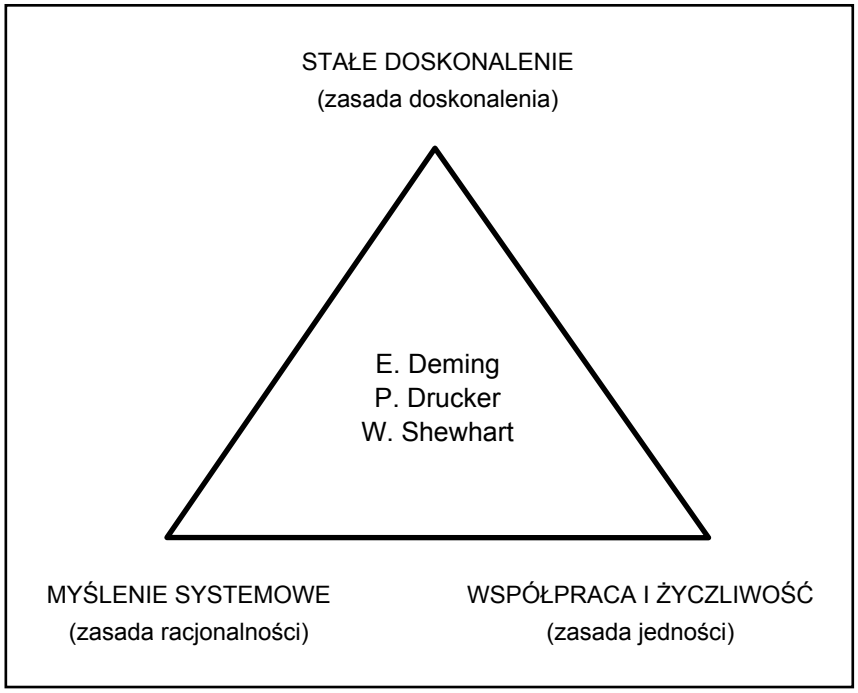
Piśmiennictwo:

1. Cross S.J.: Chester F.M.: *Evidence – based medicine: a new journal to help doctors identify the information they need B M J 1995, 310, 1085-1086*
2. Jaeschke R., i inni: *Evidence based medicine (EBM), czyli praktyka medyczna oparta na wiarygodnych i aktualnych publikacjach (POWAR). Medycyna Praktyczna, 1998, 1, 143-150*
3. Haynes R.B. and others: *Transfering evidence from reserch into practice: The role of clinical care research evidence in clinical decisions. Evid.- Based Med. 1996 Nov/Dec.196-197*
4. Lenartowicz H.: *Praktyka pielęgniarska uzasadniona naukowo. Materiały Zjazdowe I Podlaskiej Konferencji Pielęgniarstwa. Białystok 2000, 17-24*
5. Clarke Ch. James, Kelly J.: Reflektive practice: *Previewing the issues and refocusing the debate. Journal Nursing Stady 1996, 2, 171-180*
6. Cullum N., DiCenso A., Ciliska D.: *Evidence-based nursing: an introduction. Nurs Stand., 1997, 11, 30-33*
7. McCaughan D., Thompson C., Cullum N., Sheldon T., Thompson DR.: *Acute care nurses' perception of barriers to using research information in clinical decisionmakong. J. Adv. Nurs., 2002, 39, 46-60*
8. Bonell Ch.: *Evidence – based nursing a stereotyped view of quantitative and experimental research could work against professional autonomy and authority. J.Adv. Nurs.1999, 30(1), 18-23*
9. Retsas A.: *Barriers to using research evidence in nursing practice. J.Adv.Nurs.2000, 31, 500-506*
10. Rosswurm M.A., Larrabee J.H.: *A model for change to evidence-based practice. Clinical Scholarship, 1999, 31(4), 317-322*

„Bez jakości dziś ani rusz”

Jakość jest jednym z podstawowych, znanych przez ludzi terminów specjalistycznych. Ma w teorii i w praktyce wiele różnych znaczeń. Z pojęciem jakości spotykamy się, gdy mowa o produkcie lub usłudze. Dobrej lub złej jakości może być telewizor, samochód, pączek, a także dobrej lub złej jakości może być obsługa klienta w restauracji, banku lub pacjenta w szpitalu. Rozbieżności w interpretacji tego pojęcia wynikają z faktu, że problemem jakości zajmują się zarówno inżynierowie, ekonomiści, filozofowie, jak i psychologowie, medycy oraz inni. Jakość jest pojęciem, które związane jest z ludzkością od czasów starożytnych. Jest jednym z tych pojęć, które niełatwo poddają się próbom ścisłego definiowania. Jedną z przyczyn takiego stanu rzeczy jest fakt, że jakość nie jest pojęciem jednoznacznym. Wszyscy w zasadzie zgadzamy się co do tego, że jakość powinna być dobra, nie zawsze jednak do końca wiemy, jak tę jakość oceniać (czym ją mierzyć) oraz jak zapewnić jej osiągnięcie. Z okresu PRL znane są nam niektóre tak typowe dla tamtych czasów metody dbania o jakość: plakaty w halach produkcyjnych, transparenty na płotach, system przodowników pracy i wreszcie gdzieniegdzie komórki kontroli jakości prowadzące wyrywkową ocenę jakości produkcji. O jakości usług nie mówiło się prawie w ogóle.

Wszystkie powyżej wymienione „metody” nie przyczyniały się do poprawy jakości. Zależała ona niezmiennie od tego, czy ludzie pracujący przy produkcji chcieli i potrafili o nią dbać. Często chcieli, ale nie potrafili, bo nie stwarzano im po temu żadnych warunków. Innym razem potrafili, ale nie chcieli, gdyż oceniano ich za przekraczanie planów, a nie za jakość. Podobne błędy popełniano również i w Europie Zachodniej oraz USA. Tam jednak poziom techniczny produkcji był znacznie wyższy, warunki ekonomiczne i socjalne zupełnie inne, a więc i lepsze warunki, aby dbać o jakość. Prawdziwej jednak rewolucji w sferze jakości dokonali Japończycy za sprawą pewnego Amerykanina. Dziś coraz więcej firm amerykańskich i europejskich wprowadza metodę Deminga do swojej codziennej praktyki.



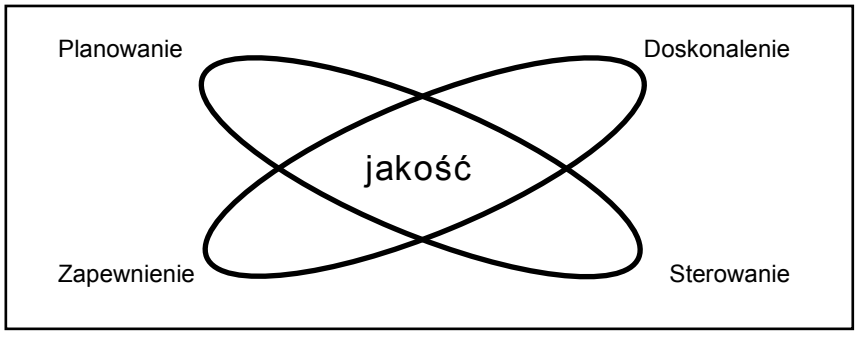
Doktryna jakości w zarządzaniu

Systemy zarządzania jakością mogą pomagać organizacjom w zwiększeniu zadowolenia klienta. Klienci/pacjenci żądają wyrobów/usług o właściwościach, które spełniają ich potrzeby i oczekiwania. Podejście uwzględniające system zarządzania jakością zachęca organizacje do analizowania wymagań klienta/pacjenta, określania procesów przyczyniających się do otrzymywania wyrobu/usług akceptowanego przez klienta/pacjenta i utrzymania tych procesów pod nadzorem.

Podejście do opracowania i wdrożenia systemu zarządzania jakością obejmuje kilka kroków, a mianowicie:

– określenie potrzeb i oczekiwań klientów/pacjentów i innych zainteresowanych stron;
– ustanowienie w organizacji polityki jakości i celów dotyczących jakości;
– określenie procesów i odpowiedzialności niezbędnych do osiągnięcia celów dotyczących jakości;
– określenie i zapewnienie zasobów niezbędnych do osiągnięcia celów dotyczących jakości;
– ustanowienie metod pomiaru skuteczności i efektywności każdego procesu;
– zastosowanie tych pomiarów do określania skuteczności i efektywności każdego procesu;
– określenie środków zapobiegających niezgodnościom i eliminujących ich przyczyny;
– ustanowienie i zastosowanie procesu ciągłego doskonalenia istniejącego systemu zarządzania jakością.

Akredytacja jest uznanym i cenionym na całym świecie narzędziem poprawy jakości świadczonych usług medycznych, ale nie tylko. Jest to formalne uznanie kompetencji określonej



placówki w zakresie dokładnie zdefiniowanych zadań. Akredytacja (z łac. credo – wierzę) polega na zawierzeniu organizacji-szpitalowi, że jak najlepiej wypełnia swoje funkcje wobec pacjentów. Ta wiara oparta jest na kompleksowej ocenie dokonywanej na miejscu w szpitalu przez odpowiednio wyszkolonych wizytatorów.

Według Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia akredytacja jest to zewnętrzny proces oceny, który dotyczy instytucji zdrowotnej, dobrowolnie poddającej się ocenie opartej na określeniu stopnia zgodności z wcześniej znanymi standardami akredytacyjnymi, przeprowadzony przez bezstronną, niezależną placówkę akredytacyjną, która przyznając akredytacje, wydaje stosowne świadectwo. Podstawowe cele akredytacji to:

– poprawa jakości świadczeń zdrowotnych,
– rozpoznanie zakładów oferujących świadczenia o wyższej jakości,
– pobudzanie aktywności pracowników na rzecz jakości,
– osiągnięcie ściślejszego współdziałania wewnątrz zakładu na rzecz jakości,
– obiektywizacja samoocen,
– ułatwienie uzyskania umów z płatnikami na usługi medyczne.

Akredytacja /wizytacja/ prowadzona jest przez profesjonalistów z określonej dziedziny, w tym przypadku lekarzy, pielęgniarki i menedżerów opieki zdrowotnej, współpracujących z CMJ, którzy są na stałe zatrudnieni w innych szpitalach lub organizacjach. Ocena dokonywana jest na podstawie specjalnie przygotowanego zestawu standardów akredytacyjnych, opublikowanych i dostępnych dla wszystkich zainteresowanych procesem akredytacji. W chwili obecnej w fazie projektowej opracowano nowe standardy akredytacyjne, które zapewne w niedługim czasie zastąpią stare.

W wyniku akredytacji pacjent otrzymuje lepszą opiekę i świadczenia, ponieważ szpital akredytowany wytrwale oraz systematycznie dąży do doskonalenia własnych produktów i usług w celu zaspokojenia potrzeb i oczekiwań pacjentów. Certyfikat akredytacyjny staje się dla pacjenta znakiem, że dana jednostka leczy dobrze i można jej zaufać. Korzyści z akredytacji nie ograniczają się tylko do pacjenta.

Charakterystyka wybranych koncepcji zapewniających poziom jakości usług w ochronie zdrowia.

Sposób zapewnienia	Akredytacja	Certyfikacja
Podstawa zapewnienia i rozwoju	Standardy Programu Akredytacji	Normy ISO serii 9000
Zakres stosowania	Uznawane w danym kraju	Uznawane na całym świecie

Akredytacja niesie ze sobą usprawnienie funkcjonowania szpitala jako jednostki i całego systemu opieki zdrowotnej. Cały system zdrowotny powinien być nastawiony na maksymalne wykorzystanie środków, którymi dysponuje, dla możliwie najpełniejszego zaspokojenia potrzeb społeczeństwa.

Na całym świecie pobyt w szpitalu wiąże się w znacznym stopniu z ryzykiem zakażenia szpitalnego. W wielu krajach nauczono się radzić sobie z tym problemem. W Polsce jest to temat jeszcze niestety niezwykle wstydliwie przemilczany. W naszym kraju obowiązuje rozporządzenie nakładające na szpitale obowiązek rejestracji zakażeń szpitalnych. Zawiera ono dokładne wskazówki, w jakiej formie i komu informacje te powinny być raportowane. System ten opiera się na monitorowaniu wyników z mikrobiologii, a tego typu badania wykonuje się w Polsce rzadko, więc większość przypadków niestety „ucieka" ze statystyki. Wada tego systemu tkwi już w samym procesie rejestracji, który niestety nie wychwytuje w wiarygodny sposób wszystkich przypadków zakażeń szpitalnych. Oprócz tego znaczna część szpitali wciąż ukrywa prawdę o skali problemu zakażeń szpitalnych obawiając się, aby te informacje nie przedostały się do prasy i aby nie przylgnęła do nich etykietka szpitala, w którym umierają ludzie z powodu zakażenia.

Rejestrować i monitorować zakażenia szpitalne powinny wszystkie placówki ochrony zdrowia. W ramach procesu akredytacji powinny wdrożyć wiele procedur higienicznych, dotyczących personelu i jego ochrony, a przede wszystkim monitorować zakażenia szpitalne. Wizytatorów-audytorów podczas odwiedzin w szpitalach interesuje, w jaki sposób radzą one sobie z problemem infekcji szpitalnych: jaką wdrażają antybiotykoterapię, w jaki sposób kontrolują rozchód leków, czy realizują receptariusz szpitalny, czy i ile wykonują posiewów. Procedury w wielu szpitalach są opisane, jednak często niestety nieprzestrzegane.

Na palcach jednej ręki można policzyć szpitale, które z ogólnych kosztów działalności wydzielają dodatkowe wydatki poniesione z tytułu złej jakości, w tym zakażeń szpitalnych. Są to najczęściej prywatne firmy medyczne (szpitale, kliniki), w przypadku których rachunek ekonomiczny jest prosty: bardziej opłaca się inwestować w jakość usługi, niż płacić ewentualne odszkodowania pacjentom.

W dzisiejszych czasach, aby nasze produkty i usługi stały się konkurencyjne na rynku, konieczne jest wdrożenie systemu zarządzania jakością, a i często akredytacji tak, aby we właściwy sposób zarządzać procesami (w odpowiedni sposób je mierzyć i monitorować oraz zarządzać zebraną informacją), komunikacją wewnętrzną i właściwie zinterpretowanymi różnymi informacjami. Polskie szpitale muszą dostosować się do reguł gry na wspólnym rynku. Często może to być wręcz wymuszone przez klientów zarówno w Polsce, jak i za granicą, ponieważ w UE certyfikat jest już standardem. Zdobywając takie certyfikaty jakości, śmiało możemy stwierdzić, że dbamy o jakość i bezpieczeństwo pacjenta, że świadczymy usługi na miarę szpitala XXI wieku.

mgr inż. Jarosław Bugajski
Specjalista ds. Jakości
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny
im. św. Barbary w Sosnowcu

Rola i zadania pielęgniarki epidemiologicznej w certyfikacji systemu zarządzania

Celem wdrażania zarządzania jakością usług medycznych jest uświadomienie całemu zespołowi (kierownictwu oraz personelowi), że zakład, który chce osiągnąć długotrwały sukces rynkowy, powinien być w zgodzie z jakością.

Zakład-szpital powinien postrzegać oferowanie i realizację swoich usług jako wartość nadrzędną dla pacjenta. Jako wartość należy postrzegać dostępność do świadczeń zdrowotnych poprzez bezpieczne i prawidłowe usługi. Realizacja i efekty systemu zarządzania pociągają za sobą szereg czynności, które ujednolica system pracy z wdrażanymi procedurami i standardami.

Należy pamiętać, że podstawową rolę na różnych płaszczyznach odgrywa pacjent. To właśnie on najwięcej zyskuje, otrzymując w efekcie lepszą opiekę i świadczenia.

Korzyścią z wdrażania certyfikowania systemu zarządzania jakością jest nie tylko poprawa jakości opieki nad pacjentem. System zarządzania jakością oparty jest na normach ISO 9001:2000 i usprawnianiu funkcjonowania jednostek służby zdrowia, poprawia strategię marketingu, popularyzuje dobre wzory organizacyjne, rozwija inicjatywę, sprzyja konkurencyjności placówek służby zdrowia, redukuje koszty oraz zwiększa efektywność placówek. W szczególności wdrażanie, a za nim certyfikacja daje nam:

– Systematyczną poprawę jakości świadczonych usług.
– Wzrost zaufania pacjenta do placówek medycznych.
– Kreowanie zaufania personelu do własnej placówki medycznej i wpływ na poprawę atmosfery i klimatu pracy powoduje wzrost zaangażowania pracowników w sprawy zakładu opieki zdrowotnej.
– Nadanie certyfikatu przez renomowaną instytucję certyfikującą poprawia wizerunek szpitala.
– Monitorowanie jakości rozpoznawania i leczenia chorób zgodnie ze specyfiką szpitala.
– Stałe szkolenia i podnoszenie kwalifikacji zawodowych przez zatrudniony personel.
– Udzielanie pełnej informacji o postępowaniu w leczeniu.
– Ocena satysfakcji pacjenta poprzez wypełnianie ankiet.

W system wprowadzania zarządzania jakością zaangażowane są wszystkie komórki organizacyjne szpitala, a w szczególności Zespół ds. Zakażeń Szpitalnych, w tym pielęgniarka EPIDEMIOLOGICZNA.

Rola pielęgniarki epidemiologicznej opiera się na ciągłym nadzorowaniu przestrzegania obowiązujących procedur, wyciąganiu wniosków poprzez indywidualne i grupowe szkolenia, jak i zalecenia na piśmie, przypominające o zasadach zapobiegania przenoszeniu zakażeń szpitalnych. / M.in. „Postępowanie p./epidemiczne podczas pobierania badań u noworodków", „Zabezpieczenie pobranego materiału i bezpieczny transport", „Zapobieganie infekcjom liniowym", „Zasady sprzątania sal zabiegowych, operacyjnych i boksów porodowych przy racjonalnym użyciu środków chemicznych"./

Działania p./epidemiologiczne obejmują również:

Opracowanie i wdrożenie materiałów pomocniczych celem ujednolicenia postępowania epidemiologicznego w szpitalu, m. in.:

- „Podstawowe instrukcje zapobiegania zakażeniom szpitalnym dla personelu medycznego"
- „Podstawowe instrukcje zachowania higieny w kuchenkach oddziałowych"
- „Kwalifikacja zakażenia szpitalnego, zasady monitorowania i rejestracji zakażeń szpitalnych"
- Opracowanie planów higieny w formie piktogramów dla poszczególnych jednostek organizacyjnych /kuchnia, pralnia, sterylizacja, laboratorium, Dział Higieny itp./ celem ujednolicenia postępowania higienicznego z zastosowaniem odpowiednich środków zgodnie z wymaganymi procedurami.
- Szkolenia pracowników szpitala wszystkich komórek organizacyjnych udokumentowane podpisem osób przeszkolonych.
- Udział w przetargach na dezynfekcję i środki czystości.
- Zmiana listy dostępnych środków dezynfekcyjnych /po przetargu/ oraz wymiana tabel środków dezynfekcyjnych.
- Nadzór i kontrola nad dystrybucją i przechowywaniem środków dezynfekcyjnych.
- Udział w audytach wewnętrznych jako audytor wiodący lub pomocniczy.
- Ścisła współpraca z pełnomocnikiem ds. Zintegrowanego Systemu Zarządzania.
- Współpraca z Zakładem DDD zgodnie z podpisaną umową.
- Przedstawienie raportów półrocznych i rocznych z rejestracji zakażeń szpitalnych Dyrekcji szpitala, ordynatorom oraz do Powiatowej Stacji Sanitarno Epidemiologicznej zgodnie z Rozporządzeniem.

Bardzo ważną rolę odgrywa współpraca z kierownikami wszystkich komórek organizacyjnych szpitala, a w szczególności z przełożoną szpitala. Bez współpracy i ciągłych kontaktów z tymi osobami nie sposób sprostać wszystkim wymaganiom. Wszyscy mamy świadomość o konieczności ustawicznego podnoszenia swoich kwalifikacji poprzez szkolenia wewnętrzne i zewnętrzne. Wprowadzanie coraz to lepszych usług wiąże się z ustawiczną przemianą mentalności zatrudnionych ludzi.

Audyt zewnętrzny u pielęgniarki epidemiologicznej jest podsumowaniem wszystkich spraw dotyczących pracy w zakresie przestrzegania obowiązujących

zasad i procedur epidemiologicznych. Szczególny nacisk położony jest na dokumentację prowadzoną w komórkach organizacyjnych, wszelkie zapisy wykonanych procedur, dokumentację pacjenta, a w szczególności wiarygodność zgłaszania zakażeń szpitalnych potwierdzonych podpisem i pieczątką lekarza, oraz ich rejestr i raportowanie.

Praktyczne podejście w systemie zarządzania jakością opiera się na wykazaniu umiejętności doboru oraz stosowania właściwych technik dla rozwiązywania wielu pojawiających się problemów.

Grażyna Toczek
Szpital Wielospecjalistyczny
w Gliwicach, ul. Kościuszki1

Jakość w pielęgniarstwie – Rola personelu łącznikowego w wykrywaniu zakażeń szpitalnych

We współczesnym pielęgniarstwie opartym na wiedzy i diagnozie pielęgniarskiej nie można mówić o podnoszeniu jakości świadczonych usług wobec pacjenta bez kontroli zakażeń szpitalnych.

Współczesne pielęgniarstwo dąży do podnoszenia jakości świadczonych wobec pacjenta usług. Ważnym elementem jakości jest bezpieczeństwo pacjenta i personelu. Jedną z form tego bezpieczeństwa jest redukowanie ryzyka zakażeń u pacjentów i personelu. W zakładzie muszą istnieć procedury wewnętrzne oparte na wytycznych i przepisach krajowych, nadzorujące tę tematykę. Redukowanie ryzyka zakażeń to także monitorowanie u pacjentów czynników ryzyka ich wystąpienia. Ważną rolę w monitorowaniu takich czynników odgrywa w oddziale personel, tzw. łącznikowy. Jest to najczęściej pielęgniarka pracująca na jedną zmianę, która zna pacjentów na bieżąco. Najlepiej nie łączyć tej funkcji z funkcją pielęgniarki oddziałowej, która ma do rozwiązania problemy natury organizacyjnej i nie może poświęcić tak wiele czasu na obserwację pacjentów. Dobrze tę funkcję sprawują pielęgniarki opatrunkowe lub zabiegowe. Pielęgniarki łącznikowe są w oddziale przedłużeniem ręki pielęgniarki epidemiologicznej, która nie ma możliwości dotarcia do wszystkich pacjentów, u których może dojść do zakażenia.

Zespoły kontroli zakażeń szpitalnych powołane zostały w zakładach na mocy Ustawy o chorobach zakaźnych i zakażeniach z dnia 6 września 2001 roku. Funkcjonowanie w zakładzie zespołu nie nakazuje powoływania personelu łącznikowego. Dla zakładu, w którym jakość świadczonych wobec pacjenta usług ma znaczenie, dobrze wyszkolony personel łącznikowy jest niezbędnym elementem funkcjonowania kontroli zakażeń szpitalnych.

Personel łącznikowy jest w szpitalu „przedłużeniem ręki" pielęgniarki epidemiologicznej i lekarza ds. kontroli zakażeń szpitalnych. Zadania pielęgniarek łącznikowych wynikają z zadań pielęgniarki epidemiologicznej, która pracuje w oparciu o Ustawę z dnia 6 września 2001 roku o chorobach zakaźnych i zakażeniach. Główne zadania pielęgniarki epidemiologicznej wynikają z Art.10, 11 i 12 tej Ustawy.

Zadania wynikające z Art.10 dotyczą bezpośrednio kierowników. Realizacja zadań przeniesiona jest w dużym stopniu na zespół ds. kontroli zakażeń szpitalnych, np.: bieżący dozór i przestrzeganie standardów higieny wewnątrzzakładowej, zapewnienie , w razie potrzeby, warunków do izolacji pacjentów szczególnie podatnych na zakażenia szpitalne, ale również na kierowników komórek, tzn. ordynatorów i oddziałowe czy personel łącznikowy.

Zadania wynikające z Art. 11 zobowiązują kierowników zakładów do bieżącej oceny sytuacji epidemiologicznej w zakładzie i do prowadzenia rejestrów zakażeń szpitalnych. Te zadania można zrealizować jedynie przy współpracy lekarz-pielęgniarka z oddziału i członkowie zespołu, tj. mikrobiolog, lekarz ds. kontroli zakażeń szpitalnych i pielęgniarka epidemiologiczna, jedna na 250 łóżek szpitalnych zgodnie z 12 Art. Ustawy o chorobach zakaźnych i zakażeniach.

Zadania wynikające z Art.12 pkt 3 tej Ustawy, dotyczącego zadań zespołu kontroli zakażeń, to: nadzór nad przestrzeganiem procedur zapewniających ochronę przed zakażeniami zakładowymi, analiza występujących zakażeń szpitalnych, opracowywanie raportów o występowaniu zakażeń szpitalnych oraz szkolenia personelu w zakresie zasad, praktyki i metod kontroli zakażeń. Zespół ds. kontroli zakażeń szpitalnych nie ma możliwości realizacji zadań wynikających z Ustawy ani ponoszenia odpowiedzialności na właściwą ich realizację bez współpracy z personelem oddziału.

W naszym zakładzie personel pielęgniarski łącznikowy został powołany Zarządzeniem dyrektora razem z Zespołem ds. kontroli zakażeń szpitalnych i Komitetem ds. kontroli zakażeń.

Zakres obowiązków pielęgniarki/położnej łącznikowej jest określony w następujący sposób:

- pielęgniarka łącznikowa jest pośrednikiem między pielęgniarką epidemiologiczną szpitala a oddziałem,
- bierze udział w pracach Zespołu ds. kontroli zakażeń szpitalnych w oddziale,
- przekazuje najnowsze informacje dotyczące profilaktyki zakażeń szpitalnych w oddziale,
- zapoznaje się z dokumentacją pacjenta (Karta rejestracji zakażenia szpitalnego, Karta rejestracji drobnoustroju alarmowego),
- w porozumieniu z pielęgniarką oddziałową (na oddziałach zabiegowych) nadzoruje proces postępowania przed operacją i po operacji (przygotowanie pola operacyjnego, wykonywanie opatrunków po zabiegu operacyjnym),
- w porozumieniu z pielęgniarką oddziałową nadzoruje przestrzeganie standardów i zasad izolacji pacjentów, uczestniczy w procesie

wczesnego rozpoznawania zakażeń u pacjentów,
– zgłasza pacjentów podejrzanych o zakażenie szpitalne do pielęgniarki epidemiologicznej,
– prowadzi kartę monitorowania czynników ryzyka wystąpienia zakażenia w oddziale.

Czynniki ryzyka wystąpienia zakażenia w oddziale mogą być rejestrowane dla wszystkich typów oddziałów. Szczególnie ważne są w oddziałach szczególnego ryzyka zakażeń. Do takich oddziałów można zaliczyć oddziały intensywnej terapii czy opieki, a także oddziały zabiegowe. We wszystkich typach oddziałów można rejestrować takie czynniki, jak:
– antybiotyki podawane drogą dożylną i doustną,
– założone wkłucie obwodowe,
– założony cewnik do pęcherza moczowego,
– podwyższona temperatura,
– pacjent z IV poziomu opieki (leżący),
– pacjent z odleżyną.

Dla oddziałów zabiegowych ważne są takie czynniki jak:
– pacjent po zabiegu operacyjnym i rana operacyjna (czysta, skażona, zakażona),
– pacjent przyjęty do szpitala z raną innego pochodzenia, typu skażona czy brudna, np.: oparzenie (świeże czy kilkudniowe), żylakowate owrzodzenie podudzi, otarcia po wypadku.

Najlepiej jest, jeśli w oddziale zabiegowym rolę pielęgniarki łącznikowej pełni pielęgniarka wykonująca opatrunki u pacjentów, która może na bieżąco oceniać rodzaj rany, na której wykonuje opatrunek. Pielęgniarka łącznikowa, prowadząc Kartę monitorowania czynników wystąpienia zakażenia w oddziale, sporządza pewnego rodzaju raport epidemiologiczny oddziału. Jest on wykorzystywany nie tylko przez pielęgniarkę epidemiologiczną, ale także przez personel oddziału, który pracując w systemie zmianowym, może szybko zapoznać się z liczbą osób, których dotyczy dany czynnik ryzyka. Karta może być wykorzystana także do zapisywania nazwisk pacjentów, których monitorujemy np.: pacjentów z miejscem chirurgicznym skażonym lub zakażonym, pacjentów przyjętych z raną brudną. Wpisywanie nazwisk na odwrocie Karty monitorowania czynników ryzyka wystąpienia zakażenia bardzo ułatwia pracę pielęgniarki epidemiologicznej. Może ona bez pomocy personelu oddziału szybko zapoznać się z pacjentami wymagającymi jej zainteresowania. Personel łącznikowy jest wektorem ukierunkowującym pielęgniarkę epidemiologiczną na konkretnych pacjentów, u których doszło do zakażenia lub może do takiego zakażenia dojść. Jest to bardzo ważna rola personelu łącznikowego, ponieważ :
– skraca czas wyszukiwania pacjentów, u których może dojść do zakażenia szpitalnego,
– umożliwia dotarcie do pacjentów na wszystkich oddziałach w ciągu jednego dnia,
– zwraca uwagę na mikrobiologiczne wyniki pacjentów, którzy mają podejrzenie zakażenia,
– umożliwia kilkudniową obserwację tego samego pacjenta bez sporządzania specjalnych notatek,
– przyspiesza wprowadzenie izolacji pacjentów, u których wyhodowano drobnoustroje alarmowe.

Monitorowanie czynników ryzyka wystąpienia zakażenia w oddziale daje możliwość przygotowania sprawozdania z danego miesiąca, kwartału czy roku i spojrzenia na problem w określonym przedziale czasu. Długoletnie monitorowanie czynników ryzyka wystąpienia zakażenia w naszym szpitalu od 2000 roku daje możliwość porównywania danego czynnika na przestrzeni lat lub porównywania do poprzednich lat. W naszym zakładzie w ciągu tych lat został wypracowany i udoskonalony system monitorowania. Na początku wdrażania systemu monitorowania czynników ryzyka i nawiązywania współpracy z pielęgniarkami łącznikowymi zaangażowanie pielęgniarki epidemiologicznej musi być dosyć intensywne i regularne. Zorganizowanie pracy, ustalenie jednolitej interpretacji prowadzonych obserwacji wymaga częstych spotkań i rozmów. Aby uzyskać zadowolenie i obopólną korzyść na linii oddział-pielęgniarka epidemiologiczna trzeba zainwestować czas i nadzór nad wprowadzanym systemem.

W profilaktyce zakażeń szpitalnych współpraca zespołu kontroli zakażeń szpitalnych z pionem pielęgniarskim jest niezbędna. Właściwe rozpoznanie i zakwalifikowanie chorych do wystąpienia u nich zakażenia szpitalnego jest procesem wymagającym dostarczenia i zweryfikowania informacji z różnych źródeł, tj. oddziału (personel łącznikowy), Laboratorium mikrobiologicznego (mikrobiolog – członek zespołu), pielęgniarki epidemiologicznej, która powinna te informacje sprawdzić i zweryfikować razem z lekarzem ds. Kontroli zakażeń szpitalnych.

W oddziałach szczególnego ryzyka zakażeń szpitalnych rola personelu łącznikowego wzrasta wraz z ryzykiem, które się tam pojawia. Tylko personel łącznikowy jest w stanie obserwować procedury wykonywane w danym oddziale w naturalnej sytuacji, wyłapywać momenty, w których wzrasta ryzyko zakażeń, zgłaszać te zagrożenia i wspólnie z zespołem i kierownictwem szukać rozwiązań zmniejszających to ryzyko.

Szkolenia prowadzone przez pielęgniarkę epidemiologiczną dostarczają informacji i podnoszą świadomość osób uczestniczących w szkoleniach, ale bez praktycznego wykorzystania tych wiadomości, przekazania ich osobom, które nie mogły brać bezpośredniego udziału w szkoleniu informacje ulegają naturalnemu zanikowi i nie mają wpływu na pracę osób, których dotyczyły.

Personel łącznikowy powinien mieć świadomość, że na nim ciąży odpowiedzialność za ocenę w jakim stopniu szkolenie ma wpływ na pracę z pacjentem. Bez tej świadomości nie ma postępu w jakości wykonywanych procedur, nie ma zwrotnej informacji dla pielęgniarki epidemiologicznej.

Pielęgniarka epidemiologiczna ma możliwość bezpośredniej i pośredniej oceny sytuacji, np.: obserwacja bezpośrednia procedury, audyt wewnętrzny lub analiza zużycia materiałów, ale to pielęgniarka łącznikowa może ukierunkować obserwację czy analizę. Są to bezcenne uwagi, które zawsze szanuję i uwzględniam przy podejmowaniu decyzji, tworzeniu procedur, formułowaniu wniosków.

mgr Elżbieta Czapska
- pielęgniarka epidemiologiczna
SP ZOZ ZZ w Makowie Mazowieckim
Praca prezentowana
na XI Ogólnopolskiej Konferencji
„Jakość w opiece zdrowotnej" w Krakowie

Świadoma zgoda pacjenta podstawowym warunkiem legalności interwencji medycznej

Świadoma zgoda pacjenta na stosowane procedury diagnostyczne i terapeutyczne jest podstawowym warunkiem legalności interwencji medycznej. Fundamentalnym prawem pacjenta, dającym gwarancję poszanowania jego podmiotowości, jest prawo wyrażania bądź odmowy zgody na udzielenie określonych świadczeń medycznych, po uzyskaniu należytej informacji (Art. 19 ust. 1 p. 3 Ustawy o Zakładach Opieki Zdrowotnej z dnia 30 sierpnia 1991 r., Dz. U. 1991 nr 91, poz. 408 z późn. zm.). Dobrowolnie, świadomie i swobodnie wyrażona zgoda pacjenta na wszystkie zabiegi diagnostyczne i terapeutyczne jest podstawą działania lekarza. Poszanowanie autonomii chorego wyznacza granice legalności interwencji medycznej i jest warunkiem dopuszczalności procedur medycznych. Wyrażając zgodę na postępowanie diagnostyczne i terapeutyczne, pacjent akceptuje ryzyko wykonywanego świadczenia i przejmuje je na siebie.

Udzielona przez pacjenta zgoda nie może mieć charakteru ogólnego. Powinna dotyczyć konkretnego świadczenia (zakres przedmiotowy), które ma być wykonane przez konkretnego lekarza (zakres podmiotowy). Sąd Najwyższy w orzeczeniu I CR 403/72 zajął stanowisko, „że brak sprzeciwu pacjenta lub też złożony przez niego automatycznie podpis na dokumencie stwierdzającym historię choroby nie może być potraktowany jako zgoda na zabieg".

Konieczne jest, aby lekarz uzyskiwał zgodę pacjenta na wszelkie zabiegi – nie tylko terapeutyczne, ale również diagnostyczne, gdyż często łączą się one z ryzykiem dla zdrowia pacjenta. W świetle obowiązujących przepisów Ustawy o Zakładach Opieki Zdrowotnej i Ustawy o Zawodzie Lekarza w zakres pojęcia świadczenia zdrowotnego wchodzi: badanie będące podstawową czynnością lekarza polegającą na oględzinach ciała i badaniu fizykalnym, diagnozowanie i leczenie, a także zapobieganie. Zgody pacjenta wymaga również przyjęcie do szpitala. Prawo pacjenta do wyrażenia zgody na wykonywane świadczenia zdrowotne to również prawo do odmowy poddania się proponowanym (stosowanym) procedurom i zabiegom. Po stronie lekarza rodzi obowiązek uzyskania zgody na dokonanie świadczenia zdrowotnego, bądź obowiązek powstrzymania się od działań w przypadku odmowy pacjenta.

Formę zgody reguluje art. 32 ust. 7 Ustawy o Zawodzie Lekarza, który stanowi, że zgoda może być wyrażona ustnie albo przez takie zachowanie, które w sposób nie budzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się proponowanym czynnościom medycznym, z wyłączeniem świadczeń medycznych, z którymi może łączyć się ryzyko dla pacjenta. Zgoda pacjenta musi więc być wyraźna i świadoma, a gdy dotyczy to zabiegów o podwyższonym ryzyku, czyli ryzyku większym od przeciętnego – zgoda pacjenta musi być pisemna. Brak sprzeciwu pacjenta na dokonanie zabiegu nie może być uważany za wyraz jego zgody, gdyż nie ujawnia jego woli w sposób dostateczny. Zgoda powinna być wyrażona w sposób świadomy i swobodny, co oznacza, że brak jednej z tych cech powoduje jej bezskuteczność, tzn. w świetle prawa uważa się ją za niezłożoną. Istotnym elementem jest również moment uzyskania zgody na działania medyczne. Lekarz powinien uzyskać zgodę pacjenta przed przystąpieniem do wykonania świadczenia zdrowotnego; uzyskanie zgody po wykonaniu procedury medycznej nie ma mocy prawnej.

Jeśli pacjent jest ubezwłasnowolniony lub niezdolny do świadomego wyrażenia zgody albo małoletni, wymagana jest:

- zgoda zastępcza przedstawiciela ustawowego, opiekuna faktycznego czy też sądu opiekuńczego; lub
- zgoda kumulatywna (podwójna), co oznacza np., że pacjent, który ukończył lat 16, ma prawo wyrazić swoją wolę (zgodę) obok zgody przedstawiciela ustawowego lub sądu opiekuńczego. W przypadku kolizji woli pacjenta i jego przedstawiciela ustawowego czy opiekuna faktycznego decydujące jest stanowisko sądu opiekuńczego.

Zgoda pacjenta nie oznacza jednak, że lekarz ma prawo dokonać każdego zabiegu. Wykonanie zabiegu jest ingerencją w organizm pacjenta i musi być uzasadnione jego stanem zdrowia. Za postępowanie sprzeczne z zasadami wiedzy medycznej lekarz może ponieść odpowiedzialność, od której nie zwolni go zgoda pacjenta.

Zgoda złożona przez pacjenta zawsze ma charakter odwołalny, tzn. pacjent może cofnąć udzieloną zgodę w każdym czasie, bez żadnych konsekwencji. Działanie lekarza bez uzyskania zgody pacjenta lub innych uprawnionych osób jest dopuszczalne tylko w szczególnych przypadkach określonych przepisami prawa (Ustawa z dnia 5.12.1996 r. o zawodzie lekarza, Dz. U. z 2002 r., Nr 76, poz. 691) tzn.:

- W sytuacji, gdy pacjent wymaga niezwłocznej pomocy lekarskiej, a ze względu na stan zdrowia lub wiek nie może wyrazić zgody i nie ma możliwości porozumienia się z jego przedstawicielem ustawowym lub opiekunem faktycznym. Decyzję taką lekarz powinien w miarę możliwości skonsultować z innym lekarzem oraz odnotować ten fakt w dokumentacji medycznej – art. 33 ww. Ustawy.
- Lekarz może wykonać zabieg operacyjny lub zastosować metody leczenia lub diagnostyki, stwarzające podwyższone ryzyko dla pacjenta, tylko wtedy, gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania zgody groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia. W tym przypadku lekarz również ma obowiązek zasięgnąć opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności, oraz odnotować ten fakt w dokumentacji medycznej pacjenta – art.34 ust. 7 i 8 w związku z art. 4 ust. 3 ww. Ustawy.

Przytoczone powyżej sytuacje, uprawniające lekarza do podjęcia działania bez wymaganej zgody pacjenta dotyczą w szczególności osób ubezwła-

snowolnionych i małoletnich, jak również osób mających pełną zdolność do czynności prawnych, które z powodu utraty przytomności lub zaburzeń psychicznych nie są zdolne do świadomego wyrażenia i udzielenia zgody.

Wykonując świadczenia medyczne bez zgody pacjenta, lekarz narusza dobra osobiste chorego i godzi w jego wolność. Działanie takie w świetle prawa pociąga za sobą odpowiedzialność za wyrządzoną krzywdę. Podważa również kompetencje działającego bez zgody lub z przekroczeniem jej zakresu oraz powoduje utratę zaufania w przyszłości. Autonomia pacjenta i jego zgoda mają zasadnicze znaczenie we wzajemnych relacjach pacjent – lekarz, oparte są na konstytucyjnych prawach jednostki do prywatności, nienaruszalności cielesnej i wolności osobistej (art. 30 Konstytucji RP). Strach przed chorobą, ból, niezrozumiałe procedury diagnostyczne i lecznicze, obce i nieprzyjazne środowisko nie wpływają pozytywnie na stan zdrowia pacjenta. Poszanowanie indywidualności, przyjazne nastawienie, zapewnienie bezpieczeństwa łagodzi stres i buduje zaufanie. Nabyte w ten sposób doświadczenie rzutuje na kształtowanie relacji z personelem medycznym w przyszłości. Każdy z nas był, jest lub będzie pacjentem – cierpiącym, potrzebującym pomocy człowiekiem. Może warto o tym pamiętać.

mgr Monika Puszer
Pełnomocnik Dyrektora
ds. Zintegrowanego Systemu Zarządzania
Samodzielny Publiczny Centralny Szpital
Kliniczny im. prof. Kornela Gibińskiego
ŚAM w Katowicach

Sprawozdanie z I sympozjum naukowo-szkoleniowego

BEZPIECZNA STERYLIZACJA

W czerwcu br. w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym im. A. Mielęckiego w Katowicach odbyło się I Sympozjum naukowo-szkoleniowe „Bezpieczna Sterylizacja".

Wygłoszone referaty dotyczyły, głównie specyfiki pracy Centralnych Sterylizatorni.

Pierwszy wykład:

CENTRALNA STERYLIZATORNIA W ŁAŃCUCHU JAKOŚCI

Poświęcony sprawom bardzo istotnym i trudnym, przedstawiał przemiany związane z wdrażanymi Systemami Jakości w placówkach służby zdrowia. Proces ten dotyczy jednostek mających bezpośredni kontakt z pacjentem, jak również wszystkich innych, które są ściśle powiązane z nimi w łańcuchu świadczeń medycznych.

Prelegent przedstawił w sposób obrazowy, jak powinien wyglądać System Zarządzania Jakością przeprowadzony w Centralnej Sterylizatorni.

Drugie wystąpienie dotyczyło:

PROBLEMÓW MYCIA MASZYNOWEGO I DEZYNFEKCJI

Każda z osób, która wie na, czym polega proces sterylizacji, doskonale zdaje sobie sprawę, jak istotną rolę w tym procesie stanowi jego pierwszy element tzn. mycie i dezynfekcja. Bez prawidłowego przeprowadzenia mycia i dezynfekcji nie możemy mówić o skutecznej sterylizacji. W swojej prezentacji wykładowca przedstawił najistotniejsze elementy, które mają bardzo duży wpływ na jakość mycia i dezynfekcji. Mówił o jakości wody używanej do tego procesu, o problemach, które wynikają ze stosowania zbyt twardej wody i o skutkach, jakie są tego efektem. Zdjęcia narzędzi z powstałymi nalotami, przebarwieniami czy ze zmianami spowodowanymi korozją mówiły same za siebie.

W dzisiejszych czasach producenci zaopatrują rynek w sprzęt medyczny, który nie może zostać poddany sterylizacji w wysokiej temperaturze, dlatego też kolejny z zaproszonych do udziału w sympozjum mówił o:

STERYLIZACJI NISKOTEMPERATUROWEJ – PLAZMIE

Treść prezentacji pozwoliła na bliższe poznanie i wgłębienie się w proces sterylizacji niskotemperaturowej. Prelegent przedstawił ten proces krok po kroku, mówił o warunkach koniecznych do spełnienia, by był on skuteczny. Istotnym elementem tego typu sterylizacji, co podkreślał prelegent, jest bezpieczeństwo dla pacjenta i personelu.

Zastosowanie sterylizatorów plazmowych ma miejsce już w wielu placówkach służby zdrowia i zdobywa coraz większą rzeszę zwolenników.

JAŁOWE PAKIETY ZABIEGOWE

To temat kolejnego wystąpienia. Dzisiaj placówki służby zdrowia szukają wszędzie oszczędności.Wiadomo, że oprócz sterylnego sprzętu stosowanego u pacjentów, również materiał opatrunkowy, jaki stanowią kompresy gazowe, obłożenia, serwety, tupfery itp., musi być jałowy.

SCHORZENIA KRĘGOSŁUPA U PRACOWNIKÓW CS - PROFILAKTYKA, LECZENIE I REHABILITACJA

To temat kolejnego wystąpienia. Jako że pracę w Centralnej Sterylizatorni charakteryzuje w głównej mierze postawa pionowa, fizjoterapeutka SPSK-M – Honorata Łada- Krzymińska przy pomocy obrazowych zdjęć pracowników Centralnej Sterylizatorni, zwróciła uwagę uczestnikom sympozjum, jakie postawy ciała są nieprawidłowe i jakie mogą w konsekwencji być ich niepożądane skutki. Każdy z nas jest kowalem swojego losu i od każdego z nas w dużej mierze zależy jego zdrowie. Prelegentka przedstawiła kilka sposobów

przeciwdziałania obciążeniom kręgosłupa. Myślę, że zestawy ćwiczeń i wskazówki dotyczące higienicznego trybu życia, które poznaliśmy w czasie jej wystąpienia, przydadzą się każdemu z uczestników, a ich stosowanie pozwoli nam cieszyć się dłużej zdrowiem.

PATOGENY I ZAKAŻENIA – SZUM MEDIALNY CZY JUŻ KONSEKWENCJA?

Temat związany z zakażeniami omówiła pielęgniarka epidemiologiczna SPSK-M, Beata Ochocka. Przybliżyła słuchaczom współczesne największe zagrożenia chorobami zakaźnymi. Omówiła narastający problem oporności drobnoustrojów na antybiotyki i przedstawiła metody prowadzenia profilaktyki zakażeń.

Ostatni prelegent sympozjum poruszał temat:

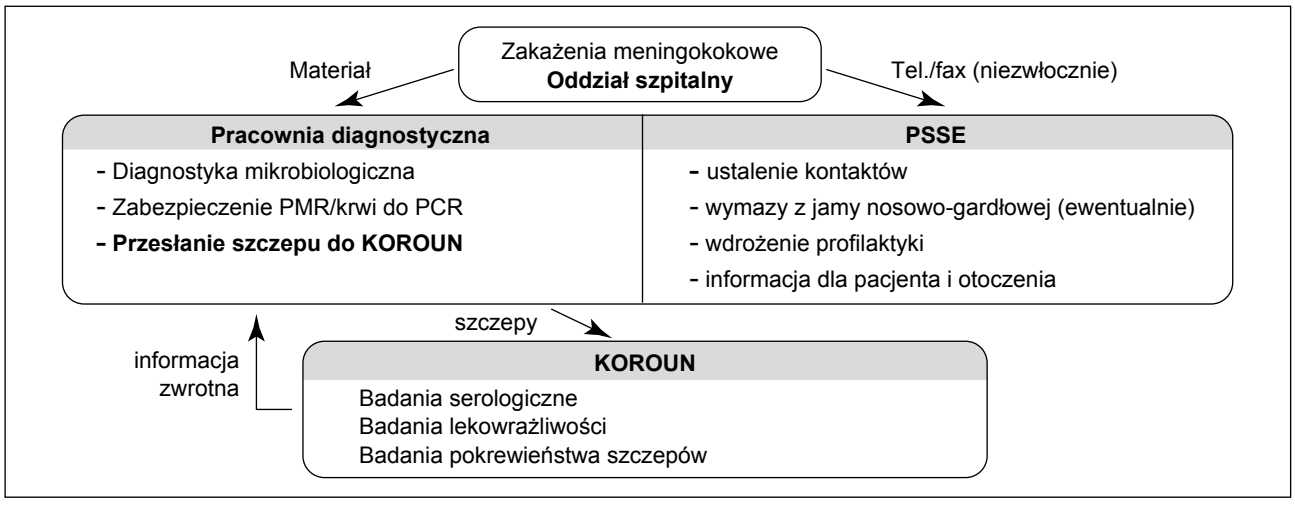
BEZPIECZEŃSTWO PERSONELU MEDYCZNEGO – PROCEDURY ZWIĄZANE ZE STOSOWANIEM RĘKAWICZEK MEDYCZNYCH

Jak ważne jest stosowanie środków ochrony osobistej powinien wiedzieć każdy pracownik służby zdrowia. Jednak dla przypomnienia prelegent przedstawił jeden z elementów ochrony osobistej, jakimi możemy posłużyć się, żeby zadbać o nasze bezpieczeństwo, pracując w placówkach medycznych i nie tylko. Mowa tutaj o rękawiczkach jednorazowego użytku. Wśród nas jest coraz więcej alergików, dlatego też firmy produkujące środki ochrony osobistej poszukują takich rozwiązań, aby stworzyć rękawiczki, które może stosować każdy z nas, również alergik.

mgr Dorota Kudzia-Karwowska
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny
im. A. Mielęckiego w Katowicach
dkarwowska@interia.pl

Materiały informacyjne na temat przebiegu, profilaktyki i nadzoru epidemiologicznego Inwazyjnej Choroby Meningokokowej

1. Inwazyjna Choroba Meningokokowa może wystąpić jako posocznica (sepsa), zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych lub posocznica (sepsa) z zapaleniem opon mózgowo-rdzeniowych.
2. Inwazyjna Choroba Meningokokowa o szybkiej progresji może doprowadzić do zgonu w ciągu kilku godzin od wystąpienia pierwszych objawów.
3. Posocznica (sepsa) meningokokowa bez objawów zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych może szybciej przejść w fazę wstrząsu septycznego i zakończyć się zgonem niż samo zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych.
4. Objawy posocznicy meningokokowej:
   - tachypnoe
   - tachykardia (względna bradykardia jest późnym objawem)
   - bladość powłok
   - gorączka, dreszcze
   - wymioty, bóle brzucha, biegunka
   - wysypka o charakterze purpury, petechii, czasem pęcherzowa – może być nieobecna
   - bóle stawów, mięśni, kończyn
   - drgawki
   - zaburzenia stanu świadomości.
5. O rokowaniu decyduje szybkość rozpoznania choroby i wdrożenia leczenia. Opóźnienie rozpoczęcia leczenia nawet o kilkadziesiąt minut może mieć fatalne skutki. Lekarz pierwszego kontaktu jest zobowiązany do niezwłocznego wdrożenia postępowania medycznego.
6. O podejrzeniu wystąpienia choroby meningokokowej należy niezwłocznie zawiadomić odpowiedniego powiatowego inspektora sanitarnego.
7. Schemat postępowania w przypadku wystąpienia zakażenia meningokokowego:



7. Bezwzględne rozpoczęcie chemioprofilaktyki (najlepiej w ciągu 24 godzin).

Chemioprofilaktyka jest zalecana:

– osobom, które w ciągu 7 dni poprzedzających miały kontakt z chorym na Inwazyjną Chorobę Meningokokową,
– domownikom zamieszkującym z chorym,
– uczniom/studentom/osobom śpiącym w tej samej sali sypialnej co chory,
– studentom dzielącym kuchnie z chorym w jednym akademiku,
– skoszarowanym żołnierzom i funkcjonariuszom,
– osobom mającym krótki kontakt z chorym, jeśli miały bezpośredni kontakt z wydzielinami chorego z dróg oddechowych tuż przed i w trakcie przyjmowania chorego do szpitala,
– osobom prowadzącym resuscytację usta-usta, odsysanie i intubację.

W przypadku trudności w podjęciu decyzji o objęciu chemioprofilaktyką osoby z kontaktu ostateczną decyzję podejmuje osoba opracowująca ognisko zakażenia (PSSE).

W żadnym przypadku chemioprofilaktyka nie powinna być opóźniona z powodu oczekiwania na pobranie lub wynik wymazu z nosogardzieli.

Podawanie chemioprofilaktyki w przypadku pojedynczego zachorowania wydaje się uzasadnione jedynie do 2 tygodni od wystąpienia zachorowania.

8. Osobom kontaktującym się z chorym (również objętym chemioprofilaktyką) należy udzielić informacji o możliwości wystąpienia zachorowania i konieczności zgłaszania się do lekarza.
9. Schemat stosowania antybiotyków w chemioprofilaktyce zakażeń meningokokowych wg wytycznych WHO z 1997 r.
10. Chemioprofilaktyka u kobiet ciężarnych i karmiących:

– w razie konieczności likwidacji nosicielstwa u kobiet ciężarnych i karmiących zalecanym lekiem jest ceftriakson (1 dawka 250 mg domięśniowo).

11. Immunoprofilaktyka

Najskuteczniejszym sposobem zabezpieczenia przed zachorowaniem jest profilaktyka czynna poprzez szczepienie. Należy jednak pamiętać, że szczepionka zabezpiecza tylko przed zakażeniem meningokokami serogrupy C lub/i A i nie zabezpiecza przed zakażeniem grupą B Neisseria meningitidis. Niemowlętom od 2 do 12 miesięcy podaje się dwie dawki szczepionki skoniugowanej z toksoidem błoniczym lub tężcowym w odstępie 2 miesięcy, a osobom po ukończeniu 1 roku życia 1 dawkę.

U dzieci, które ukończyły 2 lata, można zastosować szczepionkę polisacharydową, nieskoniugowaną, przeciw serogrupom A i C Neisseria meningitidis.

Według KOROUN szczepienia zalecane są:

– osobom, które przebyły Inwazyjną Chorobę Meningokokową na koniec leczenia szpitalnego,
– osobom mającym bezpośredni kontakt z chorym, u którego potwierdzono zakażenie wywołane przez Neisseria meningitidis serogrupy C – należy podać szczepionkę pomimo wcześniejszej chemioprofilaktyki.
– niemowlętom w wieku powyżej 2 m-cy, mającym bezpośredni kontakt z chorym, u którego potwierdzono zakażenie wywołane przez Neisseria meningitidis serogrupy A – należy podać szczepionkę polisacharydową A+C, ze względu na brak szczepionki monowalentnej przeciw A.
– dzieciom w wieku powyżej 2 lat, mającym bezpośredni kontakt z chorym, u którego potwierdzono zakażenie wywołane przez Neisseria meningitidis serogrupy W135 lub Y – należy podać czterowalentną szczepionkę polisacharydową A,C,W135,Y.

Materiały informacyjne opracowano w oparciu o publikację „Inwazyjna Choroba Meningokokowa i Inne Bakteryjne Zakażenia Ośrodkowego Układu Nerwowego – zasady postępowania" Anna Skoczyńska, Marcin Kadłubowski, Waleria Hryniewicz – α-medica press 2004.

Objaśnienia skrótów:

PSSE – *Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna*
KOROUN – *Krajowy Ośrodek Referencyjny ds. Diagnostyki Bakteryjnych Zakażeń Ośrodkowego Układu Nerwowego*
PCR – *łańcuchowa relacja polimerazy DNA*
PMR – *płyn mózgowo-rdzeniowy*

Szersze informacje dostępne na stronach:

– Główny Inspektorat Sanitarny – *www.gis.gov.pl*
– Światowa Organizacja Zdrowia – *www.who.int*
– Europejskie Centrum Zapobiegania i Kontroli Chorób – *www.ecdc.eu.int*
– Państwowy Zakład Higieny – *www.pzh.gov.pl*

opracowanie:
dr n. med. Zbigniew Świderek,
lek. med. Alicja Książek
Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny w Katowicach

Antybiotyk	Dawki / 24h		Czas trwania
	u dorosłych	pediatryczne	
Rifampicyna	600 mg	> 1 m-ca – 10 mg/kg <1 m-ca – 5 mg/kg	2 dni (co 12 godzin)
Ciprofloksacyna	500 mg	stosuje się > 18 r.ż.	Pojedyncza dawka
Ceftriakson	250 mg	<15 r.ż. – 125 mg	Pojedyncza dawka

Co to jest zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych i posocznica meningokokowa?

MATERIAŁY EDUKACYJNE

Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych (zomr) to stan zapalny tkanki otaczającej mózg. Może on być powodowany przez bakterie, wirusy i grzyby.

Posocznica (sepsa) to uogólniona odpowiedź organizmu człowieka na zakażenie.

Bakteryjne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych jest bardzo poważną chorobą, która wymaga natychmiastowej pomocy medycznej. To zakażenie wywołują najczęściej meningokoki i pneumokoki. Inne bakterie, takie jak pałeczki hemofilne typu b (Hib), prątki gruźlicy, pałeczki okrężnicy, laseczki Listeria i paciorkowce grupy B, mogą także wywoływać zapalenie opon.

Meningokoki (Neisseria meningitidis) to bakterie, które wywołują groźne zakażenia, takie jak zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych i posocznica (sepsa), wspólnie określane mianem inwazyjnej choroby meningokokowej (IChM).

Istnieje wiele grup tych bakterii. W Polsce najczęściej występują meningokoki grupy B i C. Te ostatnie częściej wywołują ogniska epidemiczne. Inne grupy meningokoków, takie jak Y czy W135, występują w Polsce bardzo rzadko.

Pneumokoki (Streptococcus pneumoniae) mogą wywoływać zapalenie opon i posocznicę (sepsę) oraz inne zakażenia, takie jak zapalenie ucha środkowego lub płuc. Pneumokokowe zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych to bardzo poważne zakażenie; podobnie jak posocznica, jest obarczone wysokim ryzykiem zgonu lub trwałych powikłań.

Wirusowe zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych jest częstsze niż bakteryjne. Takie zakażenia rzadko są śmiertelne (chyba że dojdzie do zapalenia mózgu), ale mogą powodować ciężki stan. Wirusowe zomr może wywoływać wiele wirusów. Niektóre z nich mogą się przenosić drogą kropelkową, inne mogą być obecne w zanieczyszczonej ściekami wodzie. Kontakt z osobą cierpiącą na wirusowe zomr nie zwiększa ryzyka rozprzestrzenienia się tej choroby.

W JAKI SPOSÓB MOŻNA ZACHOROWAĆ NA ZOMR LUB POSOCZNICĘ MENINGOKOKOWĄ?

Meningokoki występują u około 20% zdrowych ludzi w jamie nosowo-gardłowej. Na ogół przenoszą się z człowieka na człowieka przez bliski i długotrwały kontakt z wydzieliną z gardła (bardzo bliskie kontakty). Te bakterie nie przeżywają poza organizmem człowieka, więc nie można się zarazić np. na basenie lub przebywając po prostu w jednym budynku. Ludzie w każdym wieku mogą być nosicielami meningokoków. Nosicielstwo może trwać kilka dni, tygodni lub miesięcy i nie powodować wystąpienia choroby. Bakterie wywołują u nosicieli nawet pewien stopień odporności. Niekiedy jednak przełamują one bariery ochronne organizmu i powodują zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych i/lub posocznicę.

OBJAWY

Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych i posocznica meningokokowa mogą być czasem trudne do rozpoznania w pierwszej fazie zakażenia. Pierwsze objawy mogą być takie same jak w przeziębieniu. Mogą się one rozwinąć w ciągu kilku dni, choć w niektórych przypadkach dochodzi do tego w zaledwie kilka godzin. Okres wylęgania choroby meningokokowej wynosi 2-10 dni. Kolejne objawy nie występują w określonej kolejności, a część z nich może nie wystąpić w ogóle. Musimy pamiętać, że czasem zakażeniu towarzyszyć mogą objawy inne niż przedstawione poniżej.

OBJAWY U NIEMOWLĄT:
- Gorączka – dłonie i stopy mogą być zimne,
- Brak apetytu, wymioty, biegunka,
- Rozpaczliwy płacz, kwilenie,
- Rozdrażnienie,
- Odgięcie głowy do tyłu,
- Osłupienie, pulsujące ciemiączko,
- Senność,
- Wybroczyny (plamy) na skórze.

OBJAWY U DOROSŁYCH I STARSZYCH DZIECI:
- Wymioty,
- Gorączka,
- Ból głowy,
- Sztywność karku,
- Światłowstręt,
- Senność,
- Bóle stawów,
- Drgawki.

Zimne dłonie i stopy przy jednoczesnej wysokiej gorączce oraz wybroczyny na skórze mogą występować również u starszych dzieci i dorosłych.

CO POWINNIŚMY ZROBIĆ?

Jeśli ktoś z naszych bliskich jest chory i podejrzewamy chorobę meningokokową, natychmiast skontaktujmy się z lekarzem.

Opiszmy dokładnie objawy i wspomnijmy, że naszym zdaniem może to być zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych lub posocznica.

Jeśli nie możemy wezwać lekarza, natychmiast zawieźmy chorego do najbliższego szpitala.

Jeśli to inwazyjna choroba meningokokowa, szybkie podjęcie leczenia jest kluczowe dla ratowania życia.

Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych i posocznica wymagają NATYCHMIASTOWEJ pomocy lekarskiej.

WYSYPKA KRWOTOCZNA

U pacjentów z chorobą meningokokową może wystąpić wysypka, która nie blednie pod naciskiem. Wysypka może wystąpić na każdej części ciała w postaci drobnych czerwonych punkcików. W późniejszych stadiach choroby punkty te zlewają się w duże plamy. By sprawdzić, czy wysypka może wskazywać na posocznicę meningokokową, możemy przeprowadzić „test szklankowy". Przyciśnijmy bok szklanki do zmian na skórze. W przypadku zakażenia meningokokowego plamki nie bledną pod naciskiem.

Pamiętajmy, że w niektórych, ale rzadkich przypadkach wysypka może blednąć w pierwszym stadium choroby.

Czasem wysypka występuje na powierzchni gałek ocznych, w miejscach częściowo zakrytych powiekami. Nie czekajmy na wystąpienie wysypki. Może to być ostatni z objawów, który wystąpi u chorego. U części chorych nie występuje wcale.

LECZENIE I ZAPOBIEGANIE

Wirusowe zomr nie podlega terapii antybiotykami, stosuje się leczenie objawowe i troskliwą opiekę nad chorym.

Bakteryjne zomr i posocznica meningokokowa wymagają natychmiastowego leczenia antybiotykami.

Tylko osoby, które miały bardzo bliski kontakt z chorym na inwazyjną chorobę meningokokową, powinny profilaktycznie otrzymać antybiotyk (bliski kontakt oznacza mieszkanie lub spanie w tym samym pomieszczeniu lub głębokie pocałunki). Ludzie uczący się lub pracujący razem z chorym rzadko są narażeni na zakażenie meningokokami.

Osobom z bliskiego kontaktu podaje się antybiotyk w celu zabicia meningokoków, które mogą u nich występować w jamie nosowo-gardłowej (likwidacja nosicielstwa). To zmniejsza ryzyko zachorowania lub przekazania groźnych bakterii kolejnym osobom.

Badania naukowe wskazują, że palenie tytoniu zwiększa ryzyko nosicielstwa meningokoków oraz wystąpienia IChM.

Poza szczepieniami nie jest znany żaden sposób ochrony przed zachorowaniem na Inwazyjną Chorobę Meningokokową.

SYTUACJA W POLSCE I SZCZEPIENIA

W Polsce za ponad połowę przypadków choroby meningokokowej odpowiadają meningokoki grupy serologicznej B, przeciwko którym nie ma skutecznej szczepionki. Od kilku lat wzrasta jednak liczba zakażeń wywoływanych przez grupę C. Grupa serologiczna A w Polsce nie występuje, a inne grupy meningokoków są w naszym kraju niezmiernie rzadkie.

Części zakażeń meningokokowych można zapobiec poprzez szczepienia. W Polsce dostępne są skuteczne szczepionki przeciwko meningokokom grup serologicznych A i C.

Szczepionka przeciwko meningokokom A i C powinna być podawana ludziom wyjeżdżającym w rejony, gdzie te grupy serologiczne wywołują najwięcej zachorowań.

Szczepionki polisacharydowe (wielocukrowe) są skuteczne w około 80% i przeznaczone dla dzieci powyżej drugiego roku życia. Zaszczepienie taką szczepionką daje ochronę na około 3 lata.

Szczepionki koniugowane (tylko przeciwko meningokokom grupy C) są bardzo skuteczne i mogą być stosowane u dzieci powyżej 2 miesiąca życia, zgodnie z załączonym do nich schematem. Ludziom dorosłym podaje się jedną dawkę, która zapewnia długotrwałą ochronę przed zakażeniem.

Co to jest zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych i posocznica (sepsa) meningokokowa?

Odpowiadamy na Twoje pytania dotyczące zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych i posocznicy (sepsy) meningokokowej

- Co to jest?
- Jak się można zarazić meningokokami?
- Objawy
- Jak postępować przy podejrzeniu zakażenia?
- Leczenie i profilaktyka
- Sytuacja w Polsce i szczepienia ochronne

Marcin Kadłubowski,
Waleria Hryniewicz
Materiały edukacyjne
opracowane przez KOROUN

Szczegółowe informacje na temat inwazyjnej choroby meningokokowej można uzyskać, pisząc na adres poczty elektronicznej Krajowego Ośrodka Referencyjnego ds. Diagnostyki Bakteryjnych Zakażeń Ośrodkowego Układu Nerwowego (KOROUN): koroun@cls.edu.pl

Antybiotykoterapia jako czynnik ryzyka zakażeń szpitalnych w Oddziale Intensywnej Terapii

Oddziały Intensywnej Terapii (OIT) zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 10 listopada 2006 roku w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 213, poz.1568), powinny stanowić 2-5% ogólnej liczby łóżek każdego szpitala. To zakażenia szpitalne zgodnie z ustawą o chorobach zakaźnych i zakażeniach z dnia 6 września 2001 roku (Dz. U. Nr 126, poz. 1384), zwane inaczej zakażenia zakładowe w tych oddziałach, stanowią od 20 do 40 % wszystkich rejestrowanych zakażeń szpitalnych, a śmiertelność ogólna wynosi od 12 do 80%. Najczęściej rejestrowane zakażenia szpitalne to zakażenia układu oddechowego związane z mechaniczną wentylacją, zakażenia układu moczowego związane z cewnikiem moczowym oraz zakaże-

nia łożyska naczyniowego związane z cewnikiem centralnym. Pacjenci OIT stanowią 10% wszystkich hospitalizowanych.

W Polsce 16% chorych leczonych na OIT ma objawy sepsy lub ciężkiej sepsy, a śmiertelność w tej grupie wynosi 55%. Prawie 10% zakażeń stanowią infekcje grzybicze, w tym zapalenia płuc prawie 6%. W przypadku fungemii (niemożliwa jest izolacja grzybów pleśniowych z krwi) śmiertelność w tej grupie chorych sięga prawie 40%.

Antybiotykoterapia, a tym samym stosowanie antybiotyków o szerokim zakresie działania, stanowi podstawową metodę leczenia zakażeń na Oddziałach Intensywnej Terapii. Ze względu na ciężkość stanu klinicznego chorych leczonych w OIT oraz stosowanie inwazyjnych procedur wysokiego ryzyka (cewnik naczyniowy, moczowy, żywienie pozajelitowe, terapia respiratorem, tracheostomia, antybiotykoterapia i inne) ponad 50% pacjentów poddawanych jest leczeniu preparatami przeciwbakteryjnymi.

Ten czynnik ryzyka zakażeń nabytych w oddziale powoduje istotną przyczynę wzrostu izolatów wielooopornych szczepów (MDR – multidrug resistant), zwanych też patogenami alarmowymi, należącymi często do drobnoustrojów oportunistycznych łatwo rozprzestrzeniającymi się w warunkach środowiska szpitalnego ze źródeł zarówno endogennych, jak i egzogennych. Alarmowe patogeny szpitalne (Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 marca 2005 roku w sprawie rejestrów zakażeń zakładowych oraz raportów o występowaniu tych zakażeń – Dz. U. Nr 54, poz. 484).

Szczepy wielooporne to przede wszystkim: MRSA (methicillin resistant Staph. aureus), czynnik etiologiczny odcewnikowych zakażeń łożyska naczyniowego (krwi), zakażenia miejsca operowanego (ZMO) oraz zapalenia płuc, głównie VAP (ventilator associated pneumonia). Liczba izolatów Staphylococcus aureus opornych lub o zmniejszonej wrażliwości na wankomycynę, określonej poprzez wartość MIC (minimal inhibitory concentration), tzw. hetero-GISA (glycopeptide intermediate-resistant Staph. aureus), pozostaje na małym poziomie, aczkolwiek izolowane są w Europie i świecie szczepy VRSA (vancomycin resistant Staph. aureus). Aktualne wytyczne (2006) British Society for Antimicrobial Chemotherapy, Hospital Infection Society oraz Infection Control Nurses Association opublikowane w Medycynie Praktycznej 4/2006 wskazują, że w leczeniu zakażeń wrażliwymi szczepami o MIC > 1 mg/l istnieje większe ryzyko niepowodzenia terapii wankomycyną niż w zakażeniach wrażliwymi szczepami o MIC < 1mg/1. Może to oznaczać konieczność stosowania innych antybiotyków w zakażeniach powodowanych przez różne klony MRSA o wartościach MIC 1-4 mg/ml, dlatego u chorych krytycznych, poddawanych leczeniu wankomycyną, zawsze należy oznaczać MIC izolatu MRSA dla tego antybiotyku. Następstwem nieuwzględnienia tych zmian związanych z polimorfizmem II grupy w genie agr (accessory gene regulator) w profilaktyce i leczeniu antybiotykami glikopeptydowymi może być doprowadzenie do selekcji nowych klonów MRSA, ale także MRSE. W Wielkiej Brytanii wyizolowano szczepy MRSA o zmniejszonej wrażliwości na teikoplaninę, oznaczone jako EMRSA –17. Należy również pamiętać, że szczepy Staph. haemoliyticus (CoNS – coagulase negative staphyllococci) wykazują naturalną obniżoną wrażliwość na teikoplaninę.

Modyfikacja zasad antybiotykoterapii, określona w receptariuszu szpitalnym, powinna dążyć do szerszego stosowania cefalosporyn I generacji w zakażeniach miejsca operowanego, a rzadsze stosowanie cefalosporyn III generacji, klindamycyny oraz cyprofloksacyny. Powszechne, nieracjonalne stosowanie cefalosporyn III generacji głównie ceftazidimu, fluorochinolonów, makrolidów i aminoglikozydów, miało prawdopodobnie duże znaczenie w selekcji szczepów MRSA w środowisku szpitalnym i CA-MRSA (community acquired MRSA) w środowisku pozaszpitalnym. Dlatego szpitalne programy nadzoru nad zakażeniami szpitalnymi powinny uwzględniać profilaktykę i leczenie zakażeń MRS jako nadzór nad konsumpcją antybiotyków i opornością drobnoustrojów.

Zgodnie z decyzjami Unii Europejskiej (2002/77/EC) wszystkie kraje członkowskie powinny opracować programy zapobiegania szerzeniu się drobnoustrojów alarmowych oraz utworzyć ośrodki monitorujące, które gromadziłyby dane na temat lekooporności i związku konsumpcji leków z narastaniem oporności wśród patogenów szpitalnych i pozaszpitalnych.

Polska poprzez program OPTY, czyli Ogólnopolski Program Monitorowania Lekooporności Drobnoustrojów i Konsumpcji Antybiotyków, została włączona do Europejskiego Systemu Monitorowania Lekooporności (EARS) oraz Europejskiego Systemu Monitorowania Konsumpcji Antybiotyków (ESAC). W Polsce wdrożono również Narodowy Program Ochrony Antybiotyków. Obecnie w Europie istnieje sieć nadzoru epidemiologicznego nad zakażeniami skupiającymi 12 państw i wiele ośrodków badawczych – HELICS.

Także zapisy ustawy o chorobach zakaźnych i zakażeniach w artykule 10 zobowiązują do kontroli stosowanych metod leczenia, w tym antybiotykoterapii.

Nieadekwatne stosowanie w postępowaniu terapeutycznym glikopeptydów przyczyniło się do selekcji enterokoków, głównie E. faecalis i E. faecium o mechanizmie oporności VRE (vancomycin resistant enterococci). Jest to niebezpieczne zjawisko, gdyż pojawiły się także szczepy oporne na linezolid. Jednocześnie rejestruje się duży odsetek szczepów enterokokowych o tzw. oporności wysokiego stopnia na aminoglikozydy (HLAR). Wrażliwość na gentamycynę oznacza możliwość leczenia skojarzonego z penicyliną, ampicyliną, wankomycyną lub teikoplaniną. Należy również pamiętać, że chinupristyna/dalfopristyna może być stosowana wyłącznie wobec szczepów E. faecium, a fosfomycyna (trometamol) wyłącznie wobec szczepów E. faecalis izolowanych z ostrych zakażeń dróg moczowych. Nie bez znaczenia jest również fakt, że w obrębie szczepów Enterococcus casseliflavus/Enterococcus flaveescens i Enterococcus gallinarum występuje naturalna oporność na wankomycynę (fenotyp VanC).

Stosowanie w terapii empirycznej cefalosporyn III generacji oraz karbapenemów w leczeniu chorych w OIT prowadzi bardzo szybko do

selekcji pałeczek Gram-ujemnych z rodziny Enterobacteriaceae o mechanizmie oporności ESBL – wytwarzania beta-laktamaz o rozszerzonym spektrum substratowym i/lub wytwarzania konstytutywnie na wysokim poziomie beta-laktamaz AmpC, oraz wytwarzania metalo-beta-laktamaz MBL.

Drobnoustroje te głównie odpowiedzialne są za zakażenia ran, dróg oddechowych oraz łożyska naczyniowego. W przypadku ciężkich zakażeń oraz w przypadku chorych z czynnikami ryzyka, szczepy ESBL+ należy traktować jako klinicznie oporne również na połączenia antybiotyków beta-laktamowych z inhibitorami beta-laktamaz. U niektórych pałeczek z rodziny Enterobacteriaceae obecność ESBL może być również maskowana przez inne mechanizmy oporności na beta-laktamy, niepodatne na działanie inhibitorów beta-laktamaz. Mogą to być szczepy bakteryjne, które wytwarzają konstytutywnie na wysokim poziomie AmpC lub mają obniżoną przepuszczalność struktur zewnętrznych dla antybiotyków beta-laktamowych.

Niewątpliwie poważnym wyzwaniem terapeutycznym są pałeczki niefermentujące z rodzaju Pseudomonas aeruginosa (ESBL, MBL) oraz Acinetobacter baumannii (MBL). Geny kodujące MBL są przekazywane horyzontalnie pomiędzy pałeczkami różnych gatunków. Szczepy wytwarzające beta-laktamazy typu MBL są oporne na penicyliny, połączenia z inhibitorami beta-laktamaz (słabym induktorem MBL jest piperacylina + tazobaktam), cefalosporyny i karbapenemy. Wykrywaniu MBL powinno się poddawać szczepy pałeczek Gram-ujemnych opornych lub o obniżonej wrażliwości na karbapenemy. Wykrycie szczepu wytwarzającego beta-laktamazę MBL jest równoznaczne ze zgłoszeniem do Państwowej Inspekcji Sanitarnej ogniska epidemicznego.

Rozporządzenie 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 zalicza te drobnoustroje do 2 grupy zagrożenia (Dz. U. Nr 81, poz. 716). Czynniki te, mogą wywoływać choroby u ludzi, mogą być niebezpieczne dla pracowników, ale rozprzestrzenienie ich w populacji ludzkiej jest mało prawdopodobne. Zazwyczaj istnieją w stosunku do nich skuteczne metody profilaktyki lub leczenia. Istotną przyczyną wzrostu częstości izolatów wieloopornych szczepów. takich jak MRS, ESBL, AmpC, MBL, VRE i inne, jest przede wszystkim nadmierna konsumpcja antybiotyków. Stosunkowo łatwo zauważyć korelację między dużą konsumpcją preparatów przeciwbakteryjnych a występowaniem patogenów alarmowych, dlatego też w opracowywanych programach kontroli zakażeń powinno się zwracać uwagę na poważny czynnik ryzyka zakażeń w OIT, jakim jest antybiotykoterapia stosowana w OIT jako element szpitalnej polityki antybiotykowej oraz niedostateczną liczbę personelu pielęgniarskiego w tych oddziałach.

Analiza zużycia antybiotyków przeprowadzana jest przy wykorzystaniu wartości DDD (Definet Daily Dose) oraz wskaźników zużycia antybiotyków DDD/100 osobodni oraz wskaźnika DID (DDD/ per 1000 inhabitants per day – WHO 2002), czyli liczba pacjentów leczonych antybiotykami w przeliczeniu na dzień. Średnio w Polsce w 1997 roku wartość DID wynosiła 2,74, a już w 2002 wynosiła 2,38.

Przeprowadzony w Polsce program ALPAT określił średnie zużycie antybiotyków na oddziałach intensywnej terapii w przedziale 90 – 140 DDD/100 osobodni. Program ten określił również profil antybiotyków stosowanych w OIT na rok 2004. Poziom konsumpcji cefalosporyn określono na 17,5 DDD/ 100 osobodni, a karbapenemów na 9,7 DDD/100 osobodni oraz glikopeptydów na 5,8 DDD/100 osobodni i aminoglikozydów na 14,0 DDD/100 osobodni.

Autorzy programu ALPAT porównali następnie wskaźniki zużycia antybiotyków ze wskaźnikiem występowania liczby alert patogen/1000 hospitalizowanych pacjentów.

Zakresy występowania alert patogen w Polsce podał P. Grzesiowski w publikacji Raport wg wytycznych GIS z maja 2004 roku jako stopień zagrożenia epidemicznego szpitala. Występowanie MRSA w środowisku szpitalnym/oddziałowym określono jako czuły wskaźnik poziomu higieny szpitalnej i przestrzegania procedur kontroli zakażeń oraz izolacji.

Ogólnopolska sieć monitorowania lekooporności i konsumpcji antybiotyków oraz optymalizacji diagnostyki, profilaktyki i terapii zakażeń szpitalnych i bakteryjnych zakażeń ośrodkowego układu nerwowego (OPTY-Neuron-ESAC) w 2006 roku zaplanowała uruchomienie programu monitorowania zakażeń szpitalnych w OIT celem opracowania ogólnopolskich wytycznych oraz interwencji i działań edukacyjnych. Obecne podejście w kontroli i monitorowaniu zakażeń u pacjentów w OIT jest niewystarczające i wymaga nowych rozwiązań szczególnie w obszarze zakażeń krwi oraz zakażeń związanych z wentylacją mechaniczną (VAP).

Dzisiejsze podejście do zakażeń szpitalnych to monitorowanie czynników ryzyka zakażeń, wykorzystywane zarówno w celu aktywnie prowadzonego nadzoru nad jakością i bezpieczeństwem usług medycznych, jak i edukacją personelu medycznego. Uzupełnieniem monitorowania zakażeń szpitalnych jest kontrola konsumpcji antybiotyków stosowanych w profilaktyce okołooperacyjnej, jak i terapii oraz wpływu wskaźnika konsumpcji antybiotyków na wskaźnik liczby określonych patogenów alarmowych.

Problem zakażeń nie jest już tylko sprawą zarezerwowaną dla specjalnych służb powołanych do walki z zakażeniami, ale w coraz większym stopniu staje się problemem całego personelu medycznego szpitala. Walka przy użyciu preparatów działających przeciwko drobnoustrojom to już tylko ostateczność, gdyż nie jest sztuką zaordynować najskuteczniejszy lek na daną chorobę, sztuką jest, by lek był najlepszy dla danego pacjenta.

Nie mniej ważnym czynnikiem ryzyka zakażeń jest nieprzestrzeganie zaleceń dotyczących organizacji OIT w sferze charakterystyki personelu lekarskiego, pielęgniarskiego i paramedycznego.

mgr Dorota Czechowska,
mgr Barbara Tokarz,
dr n. przyr. Grzegorz Ziółkowski,
dr n. med. Mariusz Czechowski
Samodzielny Publiczny
Centralny Szpital Kliniczny
im. prof. Kornela Gibińskiego
ŚAM w Katowicach
Praca prezentowana na V Zjeździe
Komitetów i Zespołów Kontroli
Zakażeń Szpitalnych
Warszawa 12 – 13 czerwca 2007 r.

Tab. 2 Zalecenia Europejskiego Towarzystwa Intensywnej Terapii – Zespołu ds. Minimalnych Wymagań dla Oddziałów Intensywnej Terapii według „Medycyna intensywna i ratunkowa 1998,1,1" przedstawiono poniżej:

Poziom opieki	Stosunek liczby pielęgniarek na zmianie do liczby pacjentów	Przybliżona liczba pielęgniarek potrzebnych na jedno łóżko
III (najwyższy)	1:1	6
II	1:1,6	4
I (najniższy)	1:3	2

Piśmiennictwo:

1. Małgorzata Fleischer, Anna Przondo-Mordarska. *Oporność drobnoustrojów wywołujących zakażenia szpitalne a antybiotykoterapia stosowana na oddziałach intensywnej terapii. Zakażenia 2006,2, 30-32.*
2. Andrzej Kubler. Glicylocykliny *– nowa szansa dla leczenia zakażeń na oddziałach intensywnej terapii. Medycyna intensywna i ratunkowa 2006,9 (2), 105-109.*
3. Waleria Hryniewicz, Agnieszka Sulikowska, Katarzyna Szczypa, Anna Skoczyńska, Agnieszka Łuczak-Kadłubowska, Marek Gniadkowski. *Rekomendacje doboru testów do oznaczania wrażliwości bakterii na antybiotyki i chemioterapeutyki 2006. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego, Warszawa 2006.*
4. Anna Bednarska-Czerwińska, Ewa Karpel, Grzegorz Ziółkowski, Barbara Tokarz. *Im mniej, tym lepiej. Gazeta Szpitalna 2006, 36, 9-11 i 17-19.*
5. Danuta Dzierżanowska (red) *Patogeny zakażeń szpitalnych. Alfa-medica press 2007. Bielsko- Biała*
6. Paweł Grzesiowski, Tomasz Ozorowski. *Rekomendacje i zasady monitorowania zakażeń szpitalnych w chirurgii. Blok operacyjny 2000,3,59-60.*
7. Piotr Heczko. *Powstanie i rozwój pielęgniarstwa epidemiologicznego. Wykład inauguracyjny X jubileuszowego Zjazdu Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Epidemiologicznych. Kraków 23-25 IV 2007.*
8. Paweł Grzesiowski, Anna Rychlewska. *Aktualna sytuacja epidemiologiczna w polskich szpitalach. Podsumowanie raportów wg wytycznych Głównego Inspektora Sanitarnego z maja 2004, dotyczących rejestracji i raportowania zakażeń szpitalnych. Warszawa 2005, www.gis.gov.pl/pdf/dpe/rapor.pdf*
9. Agnieszka Sulikowska. *Konsumpcja antybiotyków a narastanie oporności bakteryjnej. Nowa Medycyna 1999,9,32-34*
10. Jadwiga Wójkowska-Mach, Carl Suetens, Chris de Leat, Małgorzata Bulanda, Jacques Fabry, Piotr Heczko. *Zakażenia miejsca operowanego w polskich szpitalach i europejskim programie Helics. Zakażenia 2005,2,70-73.*

Więcej informacji o projekcie Helics (http://helics.univ-lgon1.fr/)

Warunki pracy pielęgniarek w aspekcie czynników zagrożenia zdrowotnego

Pielęgniarskie stanowisko pracy w zakładzie opieki zdrowotnej rozumiane jest w dwójnasób: jako stanowisko pracy w strukturze organizacyjnej zakładu – na przykład stanowisko odcinkowej, oddziałowej, przełożonej, bądź jako stanowisko robocze – rozumiane jako przestrzeń, na której pielęgniarka wykonuje, realizuje swoje zadania.

Praca pielęgniarek w ujęciu roboczym odbywa się w warunkach narażenia na czynniki szkodliwe. Wśród nich wyróżnia się: czynniki mikroklimatu, czynniki fizyczne, biologiczne, chemiczne, psychiczne, techniczne, organizacyjne, materialne, wymuszona pozycja ciała oraz nieprawidłowe nawyki.

Środowisko pielęgniarskie co raz częściej sygnalizuje potrzebę potwierdzenia zagrożenia zdrowotnego konkretnymi badaniami pokazującymi złożoność problemu. W 2005 roku samorząd pielęgniarek i położnych wystosował apel do społeczności polskiej...

„pielęgniarki i położne pracują w trudnych warunkach. Narażone są na wpływ szkodliwych czynników biologicznych, chemicznych i fizycznych. Do tego dochodzi wielkie obciążenie psychiczne spowodowane odpowiedzialnością za zdrowie i życie pacjentów, zagrożeniem chorobami zawodowymi, a także świadomością, że nie są w stanie utrzymać rodziny".

Apel do społeczeństwa polskiego NRPIP, Warszawa 2005

Tym samym, wychodząc naprzeciw oczekiwaniom grupy zawodowej, prowadzone są badania naukowe dla ukazania istoty problemu i dokonania próby ustalenia strategii wspomagania zdrowia pracowników medycznych.

MATERIAŁ I METODA

W celu poznania warunków pracy pielęgniarek i dokonania wstępnej oceny czynników ryzyka na stanowisku pracy przeprowadzono wśród pielęgniarek województwa śląskiego badanie metodą sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem autorskiego kwestionariusza ankiety.

Ankieta zawierała 35 pytań, w tym siedem stanowiących podstawę informacji ogólnych o respondencie oraz 28 tzw. pytań zasadniczych. Objęta badaniem ankietowym grupa liczyła 188 pielęgniarek.

WYNIKI BADANIA

Największą grupę stanowiły badane grupy wiekowej od 31 do 40 lat (53,3%).Warto podkreślić, iż liczebność tej grupy wiekowej sugeruje potrzebę zwiększenia nacisku na zachęcenie młodzieży do kształcenia w zawodzie pielęgniarki, tak by nie doszło do konieczności zatrudniania pielęgniarek poniżej minimum norm zatrudnienia i bezpieczeństwa pracy.

Czynniki obciążające pielęgniarkę na stanowisku pracy.

W toku badania respondentki udzielały odpowiedzi na pytania dotyczące warunków na stanowisku pracy oraz najczęściej występujących dolegliwości związanych z wykonywaną pracą zawodową. Czynniki obciążające pielęgniarkę podzielono na grupy pozwalające przyporządkować danej grupie zadania realizowane w praktyce zawodowej pielęgniarek (Tab.1).

Analiza uzyskanych w czasie badań informacji pozwoliła na ustalenie, które z czynników w sposób największy obciążają pielęgniarkę na stanowisku pracy. Zdaniem pielęgniarek, pracujących zarówno w podstawowej opiece zdrowotnej, jak i lecznictwie stacjonarnym, czynnikiem najbardziej obciążającym podczas wykonywania pracy zawodowej są czynniki biologiczne.

Warto zwrócić uwagę na odmienność spostrzeżeń pielęgniarek związaną z miejscem pracy: dla pielęgniarek zatrudnionych w przychodni największe zagrożenie stanowią czynniki biologiczne [82,6%], chemiczne [56,5%] i psychiczne [48,2%]. Pielęgniarki zatrudnione w oddziale szpitalnym za najbardziej obciążające wymieniają czynniki organizacyjne [53,7%], psychiczne [48,2%], a dopiero później biologiczne i chemiczne [41,5%].

Zmiana spostrzeżeń związana jest w istotny sposób z istnieniem stanowiska pielęgniarki epidemiologicznej w zakładach opieki zdrowotnej lecznictwa stacjonarnego. Tym samym umacnia się przekonanie o istotnej roli pielęgniarek epidemiologicznych w zakresie zapobiegania występowania zakażeń szpitalnych.

Znaczący jest także fakt, iż nie zawsze, informacja o istnieniu czynnika ryzyka jest równoznaczna ze znajomością źródła emisji. Największą trudność wykazuje znajomość rodzaju promieniowania emitowanego przez określony sprzęt i umiejętność doboru skutecznej ochrony przed działaniem szkodliwym.

Dolegliwości bólowe pielęgniarek

Pielęgniarki niejednokrotnie podczas wykonywanej pracy odczuwają dolegliwości, które łączą z obciążeniem czynnikami na stanowisku pracy. Wśród pierwszych dolegliwości pojawiają się: przyśpieszone tętno, podwyższone ciśnienie krwi, brak apetytu, zdenerwowanie i dyskomfort w porozumiewaniu się z innymi.

Do objawów niepokojących respondentki i zmuszające je do skorzystania z porady lekarza należą objawy ze strony układu ruchu oraz zmiany skórne. W wywiadzie respondentki rzadko wskazują, iż podały swoje miejsce pracy jako ewentualne źródło dolegliwości. Wizyty u lekarza zdarzają się, chociaż rzadziej, w przypadku zaburzeń ze strony narządu wzroku.

Wyniki badań respondentek wskazują, że korzystają z porady lekarza sporadycznie, przy czym porady te dotyczą ewidentnych objawów choroby /wysypka, ból kręgosłupa, objawy grypy/.

Objawy późne, najczęściej dotyczące schorzeń o długotrwałym okresie rozwoju /np. chorób układu krwiotwórczego, wczesne zmiany nowotworowe/, nie są brane pod uwagę. Możliwość ich wystąpienia jest zauważana, ale nie sugeruje konieczności poddania się specjalistycznym badaniom.

Ochrona zdrowia w miejscu pracy

Świadomość konieczności zapobiegania wystąpieniu dolegliwości skłania pielęgniarki do stosowania środków zabezpieczających w postaci środków ochrony indywidualnej oraz udziału w szkoleniach z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy. Środki ochrony indywidualnej w miarę możliwości ekonomicznej zakładu są wykorzystywane na stanowisku pracy, udział w szkoleniach jest obowiązkowy. Istotny problem stanowi konieczność przeprowadzania badań profilaktycznych oraz przestrzegania przepisów BHP. Zastrzeżenia respondentek w zakresie udziału w badaniach profilaktycznych dotyczą konieczności wykonywania badań w ogóle, ich celowości w przypadku istniejących już schorzeń przewlekłych lub nawracających oraz skutków społecznych czy zawodowych w przypadku wyników

Tabela 1. Czynniki obciążające pielęgniarkę na stanowisku pracy

Lp.	Czynniki
1	Mikroklimat (temperatura, wilgotność, ruch powietrza)
2	Czynniki fizyczne (oświetlenie, hałas, wibracje, zanieczyszczenie powietrza)
3	Czynniki biologiczne (drobnoustroje chorobotwórcze)
4	Czynniki chemiczne (leki cytostatyczne, środki odkażające, dezynfekcyjne)
5	Czynniki psychiczne (odpowiedzialność, monotonia pracy)
6	Czynniki techniczne (środki pracy, ograniczona przestrzeń)
7	Czynniki organizacyjne (rytm pracy, tempo, czas, zmianowy system pracy)
8	Czynniki materialne (brak sprzętu, ograniczenia materiału, rękawiczek)
9	Wymuszona pozycja ciała (pochylona, głęboko pochylona)
10	Nieprawidłowe nawyki (np. nieodpowiedni dobór pozycji ciała do pracy)

badań potwierdzających zły stan zdrowia respondentki. Presja utraty pracy jest niejednokrotnie tak silna, że wykonuje się tylko badania obowiązkowe.

WNIOSKI

1. Istnieje szereg czynników, które wpływają na zdrowie pielęgniarek na stanowisku pracy
2. Wartości / wyniki przeprowadzonych kolejnych pomiarów są w granicach normy, przy czym ich złożoność daje podstawę do stwierdzenia, iż kumulując się, mogą mieć niekorzystny wpływ na stan zdrowia
3. Pielęgniarki mają świadomość istnienia czynników ryzyka, ale niekoniecznie znają źródło ich pochodzenia
4. Pielęgniarki korzystają z wizyty u specjalisty w przypadku aktualnie istniejących objawów choroby

PODSUMOWANIE

Praca pielęgniarki odbywa się w warunkach szczególnych. Nie są to jednak warunki określane jako szkodliwe. Dzieje się tak dlatego, że dla poszczególnych czynników wskaźniki, są utrzymane w granicach normy. Nie mówi się jednak o kumulowaniu skutków działania czynników obciążających. Te natomiast mogą sprzyjać powstawaniu licznych dolegliwości i schorzeń.

Utworzenie stanowiska pielęgniarki epidemiologicznej zaowocowało zwiększoną świadomością pielęgniarek w zakresie ochrony przed skutkami działania czynników biologicznych na stanowisku pracy. Jednocześnie ograniczenie w postaci jej zatrudnienia w zakładzie o określonej liczbie łóżek uniemożliwia prowadzenie podobnej praktyki w podstawowej opiece zdrowotnej. Stąd też znacząca różnica wypowiedzi respondentek

Biorąc pod uwagę ograniczenia finansowe zakładu ochrona indywidualna na stanowisku pracy nie zawsze będzie wystarczająca. Istnieje więc pilna potrzeba wzrostu świadomości, zwłaszcza w zakresie np. źródeł emisji promieniowania oraz skutecznej prewencji

Wiedza daje świadomość, a świadomość zdrowie. Wzmacniajmy i zachowujmy swe zdrowie, bo dobry personel, to zdrowy personel.

dr n med. Mariola Bartusek
Wydział Opieki ŚAM w Katowicach

HIV/AIDS a rzeczywistość

W dniach od 3 do 6 września 2007 r. odbyła się kolejna edycja szkolenia dla kadry pielęgniarskiej w zakresie problematyki HIV/AIDS i narkomanii. Organizatorem szkolenia była Polska Fundacja Pomocy Humanitarnej Res Humanae i Krajowe Centrum ds. AIDS. Gościny udzielił Zakon Pallotynów w swoim ośrodku Centrum Animacji Misyjnej w Konstancinie-Jeziornej pod Warszawą. Wykłady prowadzone przez pracowników Krajowego Centrum ds. AIDS były na wysokim poziomie merytorycznym.

Jadąc na to szkolenie, miałam mieszane uczucia. Tematyka HIV i AIDS była mi już znana, chociażby ze względu na charakter mojej pracy. Jako pielęgniarka epidemiologiczna posiadałam zapas wiedzy dotyczący ww. problematyki. Jednak w trakcie szkolenia musiałam zweryfikować swoją wiedzę.

Epidemiologia HIV i AIDS w Polsce i na świecie, temat z pozoru nudny, w trakcie wykładów uświadomił nam skalę problemu . Szacuje się, że na świecie żyje 40.5 mln osób zakażonych HIV i chorych na AIDS, z czego 17,7 mln to kobiety (45%). W 2006 roku odnotowano 4,3 mln nowych zakażeń. Regionami najbardziej dotkniętymi epidemią są kraje Afryki Subsaharyjskiej, Karaiby, Ameryka Łacińska. Jednak innym regionem w którym następuje dynamiczny wzrost liczby zakażeń (około 15% rocznie) jest południowa i południowowschodnia Azja. Znaczny wzrost liczby zakażeń miał także miejsce w Europie Wschodniej i Azji Środkowej, gdzie wg niektórych wskaźników, ilość nowych przypadków HIV od 2004 r. wzrasta nawet o 50% rocznie.

Jak ma się sytuacja w Polsce? Otóż w 2006 r. wg danych PZH wykryto 749 zakażeń HIV. 12% to zakażenia związane ze stosowaniem narkotyków dożylnych, pozostałe to zakażenia inną drogą, głównie kontaktów seksualnych. I w tym miejscu trzeba zmienić swoje skojarzenia. Główną drogą zakażenia nie są kontakty homoseksualne, ale kontakty heteroseksualne, których liczba ciągle wzrasta. Prawie 45% nowo zdiagnozowanych zakażeń w regionie europejskim to zakażenia drogą heteroseksualną, 8% to zakażenia związane z drogą dożylną podawania narkotyków, 28% zakażeń to zakażenia homo/biseksualne. Wobec powyższych danych skojarzenie, że zakażonym HIV może być bezdomny bądź narkoman, jest błędne. Problem ten bez wyjątku dotyczy każdego.

Według danych PZH, obejmujących dane od początku epidemii (1985 r. do 31.07.2007 r.), w Polsce jest:

- 10 970 zakażonych ogółem,
- 5 424 zakażonych wśród osób stosujących dożylne środki psychoaktywne,
- 1 955 zachorowań na AIDS,
- 871 chorych zmarło,
- 25-35.000 to szacunkowa liczba osób żyjących z HIV i AIDS (prawie 30% to kobiety),
- 3.210 pacjentów jest leczonych.

I tutaj trzeba się zastanowić, ile osób zakażonych wirusem, a nie poddających się badaniu, nieświadomie chodzi po ziemi i zakaża innych.

Kolejnym bardzo ciekawym tematem wykładów były narkotyki i narkomania. Pani nadkomisarz, w sposób bardzo ciekawy, przedstawiła nam powody sięgania po narkotyki, a także rodzaje narkotyków i środków odurzających stosowanych głównie przez młodzież. Wykład ten uświadomił mi jako matce jak wielkie zagrożenie istnieje w środowisku młodzieży. Na pewno porozmawiam o tym z moimi dziećmi po raz kolejny, ale już z innej perspektywy.

Bardzo ciekawym wykładem był temat „Zachowania seksualne a zakażenia". Większość z nas uświadomiła sobie, że problem ten dotyczy nas bardziej niż myśleliśmy. Nie chodzi tylko o możliwość zakażenia w trakcie wykonywania swojej pracy, ale także na swoim gruncie życia rodzinnego. Nie wystarczy kwestia bezgranicznego zaufania do swojego partnera, bo człowiek jest tylko człowiekiem i może popełniać błędy. Podsumowując temat tego wykładu, należy stwierdzić, iż zerową

możliwość zakażenia mają partnerzy w stałym związku, wierni, zdrowi na wejściu (najlepiej z wykonanym testem na obecność wirusa). Im więcej partnerów seksualnych, tym większe ryzyko, a każda zmiana partnera to skok ryzyka.

Kolejną niespodzianką zapewnioną przez organizatorów szkolenia było spotkanie z osobą chorą na AIDS. Jej opowieść o sposobie zakażenia, strachu, osamotnieniu w swojej chorobie wycisnęła łzy z oczu słuchaczy i zmusiła do refleksji nad losem chorych i traktowaniu ich przez nasze społeczeństwo.

Zasady etyczno-prawne HIV i AIDS omówione w kolejnym wykładzie przypomniały nam o zachowaniu tajemnicy lekarskiej i pielęgniarskiej, przestrzeganiu prawa pacjenta oraz praw socjalnych osób zakażonych HIV. Lekarz może przeprowadzić badanie lub udzielić innych świadczeń zdrowotnych... po wyrażeniu zgody pacjenta. Więc sam fakt podpisania przez pacjenta historii choroby przy przyjęciu do szpitala, nie jest zgodą na wykonanie badania w kierunku zakażenia wirusem HIV. Fakt wyrażenia zgody na badanie powinien być osobno odnotowany w historii choroby i poświadczony podpisem pacjenta. Zwolnienie z zachowania tajemnicy lekarskiej może nastąpić jeżeli: pacjent wyraża na to zgodę, jeśli zachowanie tajemnicy w istotny sposób zagraża zdrowiu lub życiu pacjenta lub innych osób oraz jeśli zobowiązują do tego przepisy prawa.

Aby wykonać test na obecność wirusa u dzieci do 16. roku życia, wymagana jest zgoda rodziców. W przypadku dzieci od 16. do18. roku życia, nawet jeżeli inicjatywa wykonania testu wyszła od dziecka, również wymagana jest zgoda rodziców. I chyba rzecz najważniejsza: pacjent ma prawo do anonimowości.

W bloku „Aspekty medyczne HIV/AIDS" zostały bardzo dokładnie omówione zagadnienia dotyczące diagnostyki HIV/AIDS oraz profilaktyki poekspozycyjnej.

Komu zaproponować badanie? Przede wszystkim osobom: z chorobami przenoszonymi drogą płciową, z zakażeniami oportunistycznymi, osobom o ryzykownych zachowaniach, dawcom tkanek, pacjentom z rozpoznaną gruźlicą, chłoniakiem, rakiem szyjki macicy, kobietom w ciąży. Lista ta jest dosyć długa.

Omówione zostały również rodzaje testów i interpretacja wyników, w jakich przypadkach wynik może być fałszywie dodatni, a w jakich fałszywie ujemny. Bardzo ciekawym tematem było omówienie wiremii w zakażeniu HIV, przebieg zakażenia i choroby wskaźnikowe, definiujące AIDS, oraz leczenie antyretrowirusowe, nowe schematy terapii i nowe leki antyretrowirusowe.

Burzę pytań skierowanych do wykładowcy wywołał temat zakażeń wertykalnych matka – dziecko. Ryzyko transmisji wertykalnej wynosi ok. 25%. Do zakażenia może dojść w okresie ciąży, w trakcie porodu i podczas karmienia piersią. Wykonanie testu na obecność wirusa i podjęcie szybkiego leczenia antyretrowirusowego daje szansę urodzenia zdrowego dziecka w 99%.

Dowiedzieliśmy się o programie skierowanym do kobiet w ciąży i możliwości podpisywania kontraktów z NFZ na wykonywanie u ciężarnych testów w kierunku zakażenia HIV.

Profilaktyka poekspozycyjna to temat, który również wywołał lawinę pytań. Omówiono ryzyko narażenia, które wynosi: w przypadku HIV – 0,3%, HBV – 30-60%, HCV – 1,8%. W przypadku uszkodzenia skóry ryzyko to wynosi 0.32%, a w przypadku błon śluzowych – 0,09%. Co należy zrobić w przypadku ekspozycji? Natychmiast po ekspozycji należy:

- Skórę (miejsce skaleczenia lub zakłucia) przemyć dużą ilością chłodniej wody z mydłem.
- Nie używać środków dezynfekcyjnych na bazie alkoholu!
- Oko przepłukać kilkakrotnie wodą lub roztworem soli fizjologicznej.
- Śluzówki jamy ustnej i nosa wypłukać wodą.
- Krew rozpryśniętą na skórze przemyć wodą
- Nie wyciskaj rany! Nie tamuj krwawienia!

Tych 6 punktów każda pielęgniarka powinna znać jak przysłowiowy pacierz. A w praktyce wygląda to różnie, jedni w ogóle nie przywiązują wagi do faktu zakłucia, inni przypominają sobie o fakcie po kilku dniach. Pomimo funkcjonującej w szpitalach procedury poekspozycyjnej, świadomość ryzyka zakażenia jest, śmiem powiedzieć, niezbyt duża i często lekceważona.

Profilaktyka zakażenia HIV:

W przypadku potwierdzonego zakażenia HIV lub braku możliwości wykluczenia zakażenia HIV u osoby będącej źródłem ekspozycji, osoba eksponowana powinna przyjąć w ciągu 1-2 godzin od ekspozycji jeden z leków antyretrowirusowych Combivir lub Truvadę .Dostęp do tych leków winien być zabezpieczony przez pracodawcę. Późniejsze wdrożenie profilaktyki poekspozycyjnej znacznie zmniejsza skuteczność. Najpóźniej można ją zastosować 72 godziny od ekspozycji. I tu ciekawostka. Czemu do 72 godzin? Ano dlatego, że tyle czasu potrzebuje wirus, aby przedostać się z krwi do komórki. Aobecneleki antyretrowirusowesąwstanie wyeliminować wirusa z krwi, ale nie z węzłów chłonnych, spermy i wydzieliny z pochwy.

Nie będę się więcej rozpisywać o dalszym postępowaniu, szacowaniu ryzyka przez lekarza, pobieraniu badań, leczeniu, bo każdy szpital ma na pewno opracowaną procedurę postępowania w przypadku ekspozycji.

Na koniec trochę zmian w terminologii dotyczącej HIV:

- kiedyś grupa ryzyka obecnie, mówimy o ryzykownych zachowaniach
- kiedyś zarażenie HIV, teraz zakażenie HIV
- kiedyś nosicielstwo, obecnie przewlekłe zakażenie
- kiedyś homoseksualiści, teraz mężczyźni mający seks z mężczyznami

Podsumowując całość szkolenia, muszę stwierdzić, że było na wysokim poziomie merytorycznym, wiedza przekazana w sposób dostępny i bardzo ciekawy. Wykłady wzbudzały w kuluarach gorące dyskusje poparte licznymi przykładami z życia zawodowego uczestników szkolenia. Myślę, że jak najwięcej osób powinno skorzystać z możliwości uczestnictwa w ponawianych edycjach szkolenia organizowanego przez Krajowe Centrum ds. AIDS. Pozwoliłoby to zweryfikować i pogłębić swoją wiedzę.

lic. piel. Renata Błaszczyk
specjalista pielęgniarstwa
epidemiologicznego
SPZOZ Myszków

Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA[1)]
z dnia 23 sierpnia 2007 r.
w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi

Na podstawie art. 7 ust. 4 ustawy z dnia 27 kwietnia 2001 r. o odpadach (Dz. U. z 2007 r. Nr 39, poz. 251 i Nr 88, poz. 587) zarządza się, co następuje:

§ 1.

Rozporządzenie określa szczegółowy sposób postępowania z odpadami medycznymi, polegający na:

1) klasyfikowaniu odpadów medycznych celem określenia właściwego sposobu postępowania z określonymi rodzajami odpadów medycznych;
2) zbieraniu odpadów medycznych w miejscach ich powstawania;
3) magazynowaniu odpadów medycznych w zakładach opieki zdrowotnej oraz innych podmiotach udzielających świadczeń zdrowotnych, zwanych dalej „jednostkami ochrony zdrowia", oraz w podmiotach prowadzących badania i doświadczenia naukowe w zakresie medycyny przed poddaniem odpadów procesowi unieszkodliwiania, a w przypadku braku takich możliwości przed ich przetransportowaniem do miejsca unieszkodliwiania;
4) określeniu warunków transportu odpadów medycznych wewnątrz jednostki ochrony zdrowia oraz podmiotu prowadzącego badania naukowe w zakresie medycyny, zwanego dalej „transportem wewnętrznym".

§ 2.

Odpady medyczne klasyfikuje się w następujący sposób:

1) odpady medyczne o kodach 18 01 02*, 18 01 03*, 18 01 80* i 18 01 82*, zwane dalej „odpadami zakaźnymi", są to odpady niebezpieczne, które zawierają żywe mikroorganizmy lub ich toksyny, o których wiadomo lub co do których istnieją wiarygodne podstawy do przyjęcia, że wywołują choroby zakaźne u ludzi lub innych żywych organizmów;
2) odpady medyczne, o kodach 18 01 06*, 18 01 08* i 18 01 10*, zwane dalej „odpadami specjalnymi", są to odpady niebezpieczne, które zawierają substancje chemiczne, o których wiadomo lub co do których istnieją wiarygodne podstawy do sądzenia, że wywołują choroby niezakaźne u ludzi lub innych żywych organizmów albo mogą być źródłem skażenia środowiska;
3) odpady medyczne o kodach 18 01 01, 18 01 04, 18 01 07, 18 01 09 i 18 01 81 – zwane dalej „odpadami pozostałymi", są to odpady medyczne, nieposiadające właściwości niebezpiecznych.

§ 3.

1. Odpady medyczne, powstałe w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych w jednostkach ochrony zdrowia oraz w podmiotach prowadzących badania i doświadczenia naukowe w zakresie medycyny, zbiera się selektywnie w miejscach ich powstawania z podziałem na odpady zakaźne, specjalne i pozostałe.
2. Odpady, określone w § 2 pkt 1 i 2, zbiera się selektywnie w miejscach ich powstawania, uwzględniając sposób ich unieszkodliwiania lub proces odzysku.
3. Z odpadami pozostałymi postępuje się w sposób przewidziany dla odpadów komunalnych.

§ 4.

1. Odpady niebezpieczne, z wyjątkiem odpadów o ostrych końcach i krawędziach, zbiera się do pojemników lub worków jednorazowego użycia z folii polietylenowej, nieprzeźroczystych, wytrzymałych, odpornych na działanie wilgoci i środków chemicznych, z możliwością jednokrotnego zamknięcia.
2. Worki jednorazowego użycia umieszcza się na stelażach lub w sztywnych pojemnikach (jednorazowego lub wielokrotnego użycia) w taki sposób, aby ich górna, wywinięta na szerokość około 20 cm krawędź nie uległa skażeniu.
3. Odpady medyczne o ostrych końcach i krawędziach zbiera się w sztywnych, odpornych na działanie wilgoci, mechanicznie odpornych na przekłucie bądź przecięcie pojemnikach jednorazowego użycia. Pojemniki te umieszcza się w miejscach powstawania odpadów.
4. Pojemniki lub worki, o których mowa w ust. 1, należy wymieniać na nowe, nie rzadziej niż jeden raz dziennie. Pojemniki lub worki mogą być wypełnione nie więcej niż do 2/3 ich objętości.
5. Pojemniki, o których mowa w ust. 3, należy wymieniać na nowe, nie rzadziej niż co 48 h. Pojemniki mogą być wypełnione nie więcej niż do 2/3 ich objętości.
6. Niedopuszczalne jest otwieranie raz zamkniętych pojemników lub worków jednorazowego użycia, o których mowa w ust. 1 i 3.
7. W przypadku uszkodzenia worka lub pojemnika należy go w całości umieścić w innym, większym nieuszkodzonym worku lub pojemniku.
8. Dopuszcza się zbieranie odpadów określonych w § 2 pkt 3 do pojemników wielokrotnego użycia.

§ 5.

1. Każdy pojemnik i każdy worek jednorazowego użycia powinny posiadać:
   1) widoczne oznakowanie, świadczące o rodzaju odpadów w nich przechowywanych;
   2) widoczne oznakowanie, świadczące o miejscu pochodzenia odpadów;
   3) datę zamknięcia;
   4) informacje pozwalające zidentyfikować osobę zamykającą pojemnik lub worek.
2. Odpady zakaźne, inne niż wymienione w § 4 ust. 3, gromadzi się w workach koloru czerwonego.
3. Odpady specjalne gromadzi się w workach koloru żółtego.
4. Pozostałe odpady medyczne, inne niż wymienione w § 4 ust. 3, gromadzi się w workach koloru niebieskiego.
5. Odpady medyczne powstałe w wyniku udzielania świadczeń zdrowotnych w miejscu wezwania powinny zostać usunięte przez osoby udzielające świadczeń zdrowotnych, zgodnie z procedurą, o której mowa w § 9.

§ 6.

1. Dopuszczalne jest magazynowanie niebezpiecznych odpadów medycznych na terenie jednostek ochrony zdrowia poza miejscem ich powstawania w odpowiednio przystosowanych do tego celu pomieszczeniach.
2. Pomieszczenie, o którym mowa w ust. 1, powinno:
   1) posiadać ściany i podłogi wykonane z materiałów gładkich, łatwo zmywalnych i umożliwiających dezynfekcję;
   2) być zabezpieczone przed dostępem owadów, gryzoni oraz innych zwierząt;
   3) posiadać drzwi wejściowe bez progu, których minimalna szerokość i wysokość powinna gwarantować swobodny wjazd i wyjazd środka transportu wewnętrznego oraz dostęp obsługi;
   4) posiadać wydzielone boksy w zależności od rodzajów magazynowanych odpadów medycznych, zgodne z zasadami ich sortowania w miejscach powstawania;
   5) posiadać wentylację zapewniającą podciśnienie, z zapewnieniem filtracji odprowadzanego powietrza;
   6) być zabezpieczone przed dostępem osób nieupoważnionych;
   7) być przeznaczone tylko i wyłącznie do magazynowania odpadów medycznych i posiadać niezależne wejście.
3. W przedsionku do pomieszczenia, o którym mowa w ust. 1, lub w najbliższym sąsiedztwie tego pomieszczenia powinny znajdować się umywalka z ciepłą i zimną wodą, wyposażona w dozowniki z mydłem i środkiem do dezynfekcji rąk oraz ręczniki jednorazowego użytku lub suszarka do rąk.
4. Czas magazynowania odpadów zakaźnych nie może przekraczać 48 godzin w pomieszczeniach o temperaturze wyższej niż 100ºC. W temperaturze poniżej 100ºC zakaźne odpady medyczne mogą być magazynowane tak długo, jak pozwalają na to ich właściwości, ale nie dłużej niż 14 dni.
5. Po każdym usunięciu odpadów pomieszczenie lub miejsce magazynowania powinno być poddane dezynfekcji, a następnie umyte.
6. W przypadku powstawania niewielkich ilości odpadów medycznych, można je magazynować w wydzielonych chłodzonych miejscach w szczelnie zamkniętych pojemnikach z zachowaniem warunków określonych w ust. 4.

§ 7.

1. Transport wewnętrzny odpadów medycznych z miejsca powstawania do miejsca magazynowania, unieszkodliwiania lub odbioru odbywa się środkami transportu przeznaczonymi wyłącznie do tego celu.
2. Do transportu wewnętrznego odpadów zakaźnych używa się wózków zamykanych.
3. Środki transportu wewnętrznego odpadów medycznych i pojemniki wielokrotnego użycia należy zdezynfekować i umyć po każdym użyciu.
4. W jednostkach ochrony zdrowia transport wewnętrzny odpadów odbywa się wydzielonymi drogami.

§ 8.

1. W jednostkach ochrony zdrowia należy wydzielić miejsce przeznaczone do dezynfekcji, mycia i przechowywania wewnątrzzakładowych środków transportu wewnętrznego odpadów i pojemników wielokrotnego użycia.
2. Miejsce, o którym mowa w ust. 1, powinno:
   1) posiadać ściany i podłogi wykonane z materiałów gładkich, łatwo zmywalnych i umożliwiających dezynfekcję;
   2) posiadać zawór ze złączką do węża i spust podłogowy;
   3) posiadać drzwi wejściowe bez progu, których minimalna szerokość i wysokość powinna gwarantować swobodny wjazd i wyjazd środka transportu wewnętrznego oraz dostęp obsługi;
   4) posiadać wydzieloną w nim część do mycia i dezynfekcji oraz czystą do przechowywania wydezynfekowanych środków transportu wewnętrznego i pojemników wielokrotnego użycia.

§ 9.

Jednostki ochrony zdrowia oraz podmioty prowadzące badania i doświadczenia naukowe w zakresie medycyny posiadają opracowaną procedurę postepowania z odpadami medycznymi, a na stanowiskach pracy znajdują się instrukcje dotyczące zasad selektywnego zbierania odpadów na danym stanowisku pracy.

§ 10.

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

MINISTER ZDROWIA

W porozumieniu:
MINISTER ŚRODOWISKA

[1)] Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 lipca 2006 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 131, poz. 924).

Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie pobierania i przechowywania próbek żywności przez zakłady żywienia zbiorowego typu zamkniętego

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA[1)]
z dnia 17 kwietnia 2007 r.
w sprawie pobierania i przechowywania próbek żywności przez zakłady żywienia zbiorowego typu zamkniętego

Na podstawie art. 72 ust. 5 ustawy z dnia 25 sierpnia 2006 r. o bezpieczeństwie żywności i żywienia (Dz. U. Nr 171, poz. 1225) zarządza się, co następuje:

§ 1.

Rozporządzenie określa sposób, miejsce, czas oraz warunki pobierania i przechowywania próbek żywności przez zakłady żywienia zbiorowego typu zamkniętego, zwane dalej „zakładami".

§ 2.

Kierujący zakładem lub osoba przez niego upoważniona wyznacza osobę odpowiedzialną w zakładzie za pobieranie i przechowywanie próbek wszystkich potraw wchodzących w skład każdego posiłku.

§ 3.

Próbki każdej składowej części potrawy z partii żywności pobierane są pod koniec okresu porcjowania w ilościach niezbędnych do przeprowadzenia badań laboratoryjnych, przy czym nie mniej niż 150 g w przypadku zup, mięsa, potraw mięsnych i rybnych, wędlin i wyrobów wędliniarskich (w jednym kawałku), warzyw gotowanych, sosów, potraw mącznych oraz mlecznych, leguminy, wyrobów garmażeryjnych, sałatek oraz lodów.

§ 4.

1. Próbkę pobiera się czystymi, uprzednio wyparzonymi lub wygotowanymi przyrządami metalowymi i przechowuje w opakowaniach jednorazowych przeznaczonych do tego celu lub w innych czystych, wyparzonych lub wygotowanych naczyniach szklanych, porcelanowych lub emaliowanych, albo w innych pojemnikach jednorazowych, szczelnie zakręcanych, zamykanych lub przykrywanych, odpowiadających wymaganiom materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością, określonym w ustawie z dnia 25 sierpnia 2006 r. o bezpieczeństwie żywności i żywienia oraz w przepisach odrębnych Unii Europejskiej[2)].
2. Na opakowaniu, naczyniu lub pojemniku przeznaczonym do przechowywania próbki umieszcza się w sposób trwały napis określający zawartość, datę i godzinę przygotowania potrawy oraz imię, nazwisko i stanowisko służbowe osoby, która pobrała próbkę.
3. Jeżeli do przygotowania potrawy użyty został środek spożywczy z konserwy, napis na naczyniu musi zawierać ponadto datę i godzinę otwarcia konserwy oraz dane umieszczone na jej opakowaniu, dotyczące producenta, daty produkcji lub terminu przydatności do spożycia.
4. Na opakowaniu, naczyniu lub pojemniku z próbką potrawy lub wyrobu garmażeryjnego, o których mowa w § 3 oraz w art. 72 ust. 2 ustawy z dnia 25 sierpnia 2006 r. o bezpieczeństwie żywności i żywienia, umieszcza się datę i godzinę pobrania próbki lub dostarczenia danego wyrobu garmażeryjnego do zakładu.

§ 5.

1. Zakład przechowuje próbki przez co najmniej 3 dni, licząc od chwili, kiedy cała partia została spożyta lub przyjęta do zakładu, w miejscu wydzielonym wyłącznie do tego celu oraz w warunkach zapewniających utrzymanie temperatury +4 °C lub niższej, w zależności od przechowywanego produktu.
2. Miejsce przechowywania próbek musi być tak zabezpieczone, aby dostęp do niego posiadał tylko kierujący zakładem lub osoba przez niego upoważniona.

§ 6.

Traci moc rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 kwietnia 2004 r. w sprawie pobierania i przechowywania próbek żywności przez zakłady żywienia zbiorowego typu zamkniętego (Dz. U. Nr 84, poz. 795).

§ 7.

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

Minister Zdrowia

Co jeszcze można znaleźć w Internecie?

Na stronach Głównego Inspektoratu Sanitarnego ukazał się poradnik „Praktyczne narzędzie do przygotowania Planu Przygotowań Kryzysowych dla szpitali, ze szczególnym uwzględnieniem pandemii grypy".

http://www.gis.gov.pl/pdf/grypa/Szpitale_ksiazeczka.pdf

Parlament Europejski przyjął Deklarację w sprawie HCV

15 marca 2007 roku Parlament Europejski przyjął Pisemną Deklarację w sprawie WZW typu C. Poniżej jej treść.

0087/2006
Oświadczenie pisemne w sprawie zapalenia wątroby typu C

Parlament Europejski,

- uwzględniając art. 116 Regulaminu,

A. mając na uwadze fakt, że 12 milionów ludzi w Europie jest zakażonych wirusem zapalenia wątroby typu C (HCV),

B. mając na uwadze, że wirus HCV stanowi pilną kwestię jako choroba atakująca wątrobę i prowadząca do chronicznego zapalenia wątroby typu C, powodującego marskość wątroby, niewydolność wątroby lub raka wątroby, tym samym zwiększając zapotrzebowanie na przeszczepy,

C. mając na uwadze, że jako „niemy zabójca" i „podstępna" choroba wirus HCV często nie jest wykrywany, tak że wielu pacjentów pozostaje niezdiagnozowanych, podczas gdy pacjenci zdiagnozowani niejednokrotnie padają ofiarą stygmatyzacji,

1. wzywa Komisję i Radę do:
– uznania zapalenia wątroby typu C za pilną kwestię z zakresu ochrony zdrowia i wskazania działań priorytetowych w programach przyszłych prezydencji Rady;
– przyjęcia zalecenia Rady w sprawie badań przesiewowych pod kątem zapalenia wątroby typu C, przy zapewnieniu wczesnej diagnozy i szerszego dostępu do leczenia i opieki;
– reakcji na zalecenia zawarte w sprawozdaniu Parlamentu Europejskiego z czerwca 2006 r. w sprawie ochrony europejskich pracowników opieki zdrowotnej przed zakażeniami krwiopochodnymi, wynikającymi ze zranień igłą;
– ułatwienia dalszych badań nad leczeniem pacjentów z zapaleniem wątroby typu C, zakażonych również wirusem HIV i/lub zakażeniem wątroby typu B, prowadzonych w ramach Siódmego programu ramowego badań naukowych;
2. zobowiązuje swojego Przewodniczącego do przekazania niniejszego oświadczenia wraz z nazwiskami sygnatariuszy Radzie i Komisji Europejskiej.

Warto dodać, że pod deklaracją w sprawie WZW typu C podpisało się najwięcej europosłów w porównaniu do innych deklaracji od początku istnienia Europarlamentu. Pod Deklaracją podpisało się 470 eurodeputowanych, w tym 31 (z 54) z Polski.

www.prometeusze.pl

Ukazał się raport Światowej Organizacji Zdrowia pod hasłem „Bezpieczniejsza przyszłość - globalna ochrona zdrowia publicznego w XXI wieku".

Według ekspertów WHO, od 1967 r. zidentyfikowano co najmniej 39 nowych czynników chorobotwórczych, w tym HIV, gorączki krwotocznej Ebola i Marburg oraz SARS.

Także znane od dawna grypa, malaria czy gruźlica stale stwarzają zagrożenie ze względu na mutacje, rosnącą odporność na leki i słabe funkcjonowanie systemów ochrony zdrowia – głosi raport Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) pod hasłem „Bezpieczniejsza przyszłość - globalna ochrona zdrowia publicznego w XXI wieku".

Linie lotnicze przewożą ponad 2 miliardy pasażerów rocznie, umożliwiając ludziom i chorobom przemieszczanie się w ciągu kilku godzin z kraju do kraju. Widać to było w roku 2003, gdy pojawienie się SARS kosztowało kraje azjatyckie ok. 60 mld USD z tytułu wydatków i strat w gospodarce.

Ujęte w raporcie WHO problemy, którym należy zaradzić, to m.in. niedostatek inwestycji w zdrowie publiczne, wynikający z mylnego poczucia bezpieczeństwa wobec aktualnego braku epidemii chorób zakaźnych oraz nieoczekiwane zmiany w polityce, jak np. decyzja czasowego wstrzymania szczepień ochronnych w Nigerii, która doprowadziła do powtórnego wystąpienia przypadków zachorowań na polio.

Jak podkreślono w raporcie, sytuacje konfliktowe mogą wymuszać migracje, co z kolei zmusza ludność do życia w warunkach sprzyjających wybuchowi epidemii. Nadużywanie antybiotyków pozwala drobnoustrojom uodpornić się na nie, a z hodowlą zwierząt i przetwórstwem żywności związane są takie choroby, jak gąbczaste zwyrodnienia mózgu (BSE) czy wirus Nipah.

Za największe obecnie zagrożenie dla zdrowia publicznego uznaje się możliwość wystąpienia pandemii grypy. Groźne są także rozprzestrzenianie się polio i nowo powstałej odmiany gruźlicy odpornej na leki (XDR-TB) oraz zagrożenia związane z potencjalnymi atakami terrorystycznymi, katastrofami chemicznymi i wypadkami nuklearnymi.

Według ekspertów WHO, bardziej niż kiedykolwiek w historii globalne bezpieczeństwo zdrowotne zależy od współpracy i gotowości wszystkich krajów do zwalczania nowo pojawiających się zagrożeń.

Konieczne są:

– Pełne wdrożenie przez wszystkie kraje nowych Międzynarodowych Przepisów Zdrowotnych (International Health Regulations 2005);
– Światowa współpraca przy zapobieganiu i zwalczaniu epidemii;

– Otwarte dzielenie się wiedzą, technologiami i materiałami, w tym wirusami i innymi próbkami;
– Globalna odpowiedzialność za infrastrukturę zdrowia publicznego wszystkich krajów;
– Międzysektorowa współpraca w ramach rządów;
– Zwiększenie globalnych i krajowych środków na szkolenie, nadzór, laboratoria, sieci interwencji i kampanie profilaktyczne.

(PAP) 2007-08-23
Pełny tekst:
http://www.who.int/whr/2007/en/index.html

Zapalenie wątroby typu C w okresie okołoporodowym

Wytyczne stworzone przez: the Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC, Stowarzyszenie Kanadyjskich Położników i Ginekologów)

http://www.sogc.org/SOGCnet/sobc_docs/common/guide/pdfs/ps96.pdf

V. Ocena ryzyka wśród kobiet z HCV

4. Wpływ zakażenia HCV na przebieg ciąży

Chociaż mamy obecnie bardzo mało danych na temat zakażenia HCV w trakcie ciąży, to dotychczas zebrane informacje nie sugerują wzrostu ryzyka wystąpienia wad wrodzonych u płodu, zagrożenia dla życia płodu, urodzenia martwego płodu lub wcześniactwa w przypadku kobiet z HCV. Kobiety z HCV nie mają zwiększonego ryzyka wystąpienia komplikacji okołoporodowych w porównaniu z innymi kobietami. Zakażenie HCV nie jest samoistnym przeciwwskazaniem do zajścia w ciążę.

5. Wpływ ciąży na HCV

Do tej pory niewiele było wzmianek na temat wpływu ciąży na przebieg zakażenia HCV. U większości kobiet fakt ten pozostaje bez wpływu. U mniej niż 10% kobiet objawia się podwyższonymi transaminazami, ale w większości przypadków spadek poziomu Alat notuje się w okresie poporodowym. Zakłada się, że endogenna produkcja interferonu przez zespół płodowo-łożyskowy ma wpływ na złagodzenie przebiegu choroby w trakcie ciąży. Cholestaza ciążowa może występować częściej wśród kobiet z HCV w stosunku do kobiet zdrowych. Niezwykle rzadko kobiety z zaawansowaną chorobą wątroby i komplikacjami, takimi jak żylaki przełyku i koagulopatia, mają zwiększone ryzyko wystąpienia krwawienia w trakcie porodu i pęknięcia żylaków. Tego typu przypadki powinny być pod opieką wyspecjalizowanych ośrodków.

6. Wpływ na noworodka

Opublikowane dotychczas wskaźniki przeniesienia zakażenia z matki na dziecko wahają się między 0 a 36 procent, przy średniej między 5 a 6 procent wśród kobiet bez innych współistniejących chorób. Ryzyko przeniesienia wirusa wśród kobiet z koinfekcją HIV/HCV wzrasta do 44 procent. Mimo że dotychczasowe badania wskazują na okres porodu jako główny czas przeniesienia wirusa z matki na dziecko, nadal utrzymuje się, że równie wiele zakażeń może następować w trakcie ciąży. Kilka badań udokumentowało znaczący wzrost prawdopodobieństwa przeniesienia

Potwierdzenie dla wpłacającego
Zł 50 gr. 00
pięćdziesiąt złotych
słownie złotych/groszy
wpłacający
Dokładny adres
Polskie Stowarzyszenie Pielęgniarek Epidemiologicznych
40-752 Katowice, Ul. Medyków 12
BPKO S.A. I Oddział w Katowicach, ul. Chorzowska 1
47 1240 1330 1111 0010 1495 6109
Opłata
zł ..... gr. .....
Data
Podpis przyjm.

Odcinek dla posiadacza rachunku
Zł 50 gr. 00
pięćdziesiąt złotych
słownie złotych/groszy
wpłacający
Dokładny adres
Polskie Stowarzyszenie Pielęgniarek Epidemiologicznych
40-752 Katowice, Ul. Medyków 12
BPKO S.A. I Oddział w Katowicach, ul. Chorzowska 1
47 1240 1330 1111 0010 1495 6109
Opłata
zł ..... gr. .....
Data
Podpis przyjm.

Potwierdzenie dla banku
Zł 50 gr. 00
pięćdziesiąt złotych
słownie złotych/groszy
wpłacający
Dokładny adres
Polskie Stowarzyszenie Pielęgniarek Epidemiologicznych
40-752 Katowice, Ul. Medyków 12
BPKO S.A. I Oddział w Katowicach, ul. Chorzowska 1
47 1240 1330 1111 0010 1495 6109
Opłata
zł ..... gr. .....
Data
Podpis przyjm.

Odcinek dla poczty
Zł 50 gr. 00
pięćdziesiąt złotych
słownie złotych/groszy
wpłacający
Dokładny adres
Polskie Stowarzyszenie Pielęgniarek Epidemiologicznych
40-752 Katowice, Ul. Medyków 12
BPKO S.A. I Oddział w Katowicach, ul. Chorzowska 1
47 1240 1330 1111 0010 1495 6109
Opłata
zł ..... gr. .....
Data
Podpis przyjm.

PSPE EPIDEMIO INFORMATOR PIELĘGNIARKA LOGICZNA
Kwartalnik Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Epidemiologicznych

wirusa z matki na dziecko, w przypadku gdy matka miała wiremię na poziomie powyżej 1 000 000 kopii/ml. Uznaje się, że ryzyko transmisji wirusa z matki na dziecko wynosi około 5 procent, jednak może ono osiągać poziom nawet 36 procent, w przypadku gdy matka ma wysoki poziom wiremii.

HCV nie zostało uznane za chorobę powodującą mutacje u płodu. Dzieci urodzone przez matki HCV-dodatnie nie wykazują więcej komplikacji w okresie neonatalnym (takich jak wcześniactwo czy urodzonych przez narkomanki) niż inne dzieci w porównywalnych grupach ryzyka. Dzieci, które zostają zarażone HCV, najprawdopodobniej również przechodzą w stan przewlekły choroby. Należy wspomnieć, że wszystkie noworodki przejmują od matki antyciała. Szczegóły dotyczące badań niemowląt są w rozdziale VIII.E.2: Badanie noworodków.

7. Karmienie piersią

HCV RNA i przeciwciała anty-HCV zostały wykryte w siarze i mleku matki. Jednak w wielokrotnie powtarzanych badaniach nie został udokumentowany żaden przypadek zarażenia dziecka w trakcie karmienia piersią przez zarażoną matkę. Zatem uważa się, że nie ma przeciwwskazań w kierunku karmienia piersią.

PSPE EPIDEMIO INFORMATOR PIELĘGNIARKA LOGICZNA
Kwartalnik Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Epidemiologicznych

C. OPIEKA W TRAKCIE PORODU

1. Rodzaj porodu

Nawet jeżeli kilka dotychczasowych badań wskazało, że niższe ryzyko przeniesienia zakażenia występuje w trakcie cesarskiego cięcia, to wyniki tych badań nie osiągnęły aż tak wysokiego poziomu istotności, aby zalecić ten typ porodu jako obniżający ryzyko zakażenia dziecka. Kobiety z HCV powinny rodzić w sposób naturalny, chyba że wskazania ginekologiczne mówią co innego. Tak jak w trakcie wszystkich porodów, powinny być zachowane zwyczajne środki ostrożności. Nie ma żadnej potrzeby izolowania ani matki, ani dziecka.

PSPE EPIDEMIO INFORMATOR PIELĘGNIARKA LOGICZNA
Kwartalnik Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Epidemiologicznych

2. Wywoływanie porodu

Infekcja HCV nie jest wskazaniem do wywołania porodu. Poród powinien przebiegać spontanicznie w przypadku braku innych wskazań. Podobnie przyspieszanie porodu powinno przebiegać zgodnie z miejscowymi zwyczajami.

Mimo tego, że nie ma żadnych badań, które by wiązały czas pęknięcia błony płodowej i ryzyko transmisji zakażenia na dziecko, to wydaje się rozsądne aby utrzymać błonę płodową w całości tak długo jak tylko możliwe, w celu uniknięcia ekspozycji płodu na prawdopodobnie zakażoną wydzielinę maciczno-pochwową. Tak samo nacięcie krocza powinno być poprzedzone dokładnym rozważeniem wszystkich „za i przeciw".

PSPE EPIDEMIO INFORMATOR PIELĘGNIARKA LOGICZNA
Kwartalnik Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Epidemiologicznych

3. Opieka nad płodem w trakcie porodu

Opieka nad płodem w trakcie porodu powinna przebiegać według wytycznych ustalonych przez SOGC. Częste osłuchiwanie lub ciągłe monitorowanie zewnętrzne jest preferowane, mimo że żaden przypadek infekcji płodu nie został powiązany z przypadkami użycia elektrody przyczepionej do głowy płodu. Jednakże, jeżeli monitorowanie

wewnętrzne, takie jak mierzenie poziomu pH głowy płodu, obejmuje procedury, które powodują przerwanie ciągłości tkanki, powinny być wykonywane tylko wówczas, gdy są absolutnie konieczne dla utrzymania płodu w dobrej kondycji.

D. OPIEKA PO PORODZIE

1. Zasady ogólne

Podstawowe zasady utrzymania higieny i usuwania materiału, który może być zakażony, powinny być przedyskutowane z pacjentką.

2. Karmienie piersią

HCV RNA i przeciwciała anty-HCV zostały wykryte w siarze i mleku matki. Jednak w wielokrotnie powtarzanych badaniach nie został udokumentowany żaden przypadek zarażenia dziecka w trakcie karmienia piersią przez zarażoną matkę. Zatem uważa się, że nie ma przeciwwskazań w kierunku karmienia piersią.

3. Antykoncepcja

Temat przyszłej skutecznej antykoncepcji powinien być poruszony w zakresie opieki położniczej.

E. OPIEKA NAD NOWORODKIEM

1. Ogólne zasady

Noworodki powinny podlegać opiece według standardowych szpitalnych zasad przy zachowaniu normalnych środków ostrożności. Nie ma żadnej potrzeby, aby matka zmieniała zwyczajowe sposoby opieki nad noworodkiem i używała rękawiczek, maseczek lub sterylizowała wszystkie sprzęty. HCV jest wirusem, który żyje we krwi i nie jest przenoszony przez mocz ani przez stolec.

2. Badanie noworodka

Ponieważ przez łożysko przechodzą przeciwciała (IgG) z matki na dziecko, wszystkie dzieci matek chorych na HCV będą posiadały przeciwciała anty-HCV w chwili narodzin. Zdrowe dzieci pozbywają się tych przeciwciał zazwyczaj między 12 a 15 miesiącem życia. Im wyższy poziom przeciwciał miała matka, tym więcej czasu potrzebuje dziecko, aby jego organizm się ich pozbył. Wcześniejsze określenie, czy dziecko jest zdrowe, jest możliwe około 2-3 miesiąca życia poprzez badanie HCV RNA we krwi dziecka metodą jakościową. Jednocześnie należy pamiętać, że wczesna diagnoza nie zmieni biegu wypadków, ponieważ HCV u dzieci ma zazwyczaj łagodny przebieg i ich leczenie nie jest wskazane. Jednakże wynik negatywny testu może służyć rodzicom w celu zmniejszenia ich niepokoju o dziecko.

http://www.sogc.org/SOGCnet/sobc_docs/common/guide/pdfs/ps96.pdf

Redakcja

X Zjazd PSPE w obiektywie.

Wspierają nas: