



CZAS

WOLNOŚĆ I DROGA

PRZEMIANY

1990-1991

Adolf De Sio

Spis treści

Głos Przewodniczącej.	3
----------------------------	---

INFORMACJE

1. Zalecenia w stanie epidemii wirusa SARS-CoV-2 wywołującego chorobę COVID-19 dla położnych rodzinnych / położnych POZ	3
2. Komunikat Ministra Zdrowia ws. wykazu priorytetowych dziedzin specjalizacji dla pielęgniarek i położnych, które będą mogły uzyskać dofinansowanie ze środków Funduszu Pracy w 2020 r.	10
3. Zalecenia Krajowego Konsultanta w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego dla pielęgniarek środowiska nauczania i wychowania/higienistek szkolnych /pielęgniarek pediatrycznych dotyczące bezpieczeństwa opieki nad uczniami oraz dziećmi przebywającymi w przedszkolach i żłobkach na okres epidemii koronawirusa SARS-CoV-2 po wznowieniu tradycyjnej nauki w szkołach.	11
4. Zalecenia dotyczące organizacji procesu udzielania świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej w związku ze stanem epidemii i ryzykiem zakażeń wirusem SARS-CoV-2 i zachorowań na COVID-19.	13

WOKÓŁ ZAWODU

1. Gojenie się ran	18
2. Fakty i mity na temat szczepień	23

PORADY PRAWNE

1. Stanowisko konsultanta krajowego w dziedzinie medycyny rodzinnej z dnia 30 kwietnia 2020 r. dotyczące przeprowadzania badań bilansowych u dzieci w czasie trwania pandemii COVID-19.	28
2. Wytyczne do stosowania przez pielęgniarki POZ w czasie epidemii wirusa SARS-CoV-203	

GRATULACJE.....	35
-----------------	----



„Czas Przemian” Biuletyn Informacyjny

Wydawca:
Nowosądecka Okręgowa Izba
Pielęgniarek i Położnych
33-300 Nowy Sącz, ul. Zygmuntowska 17/3
telefon: (18) 443 78 83, e-mail: noipip@wp.pl

Zajrzyj na strony internetowe naszej Izby:
www.bip.noipip.iap.pl
i Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych:
www.izbapiel.org.pl

Redakcja Biuletynu:

Redaktor Naczelny: mgr Halina Zarotyńska

Zespół Redakcyjny: Małgorzata Sołtys,
mgr Urszula Bednarek

Nakład: 800 egz. *(do użytku wewnętrznego)*

Data wydania: czerwiec 2020 ISSN: 1640-4114

Wydrukowano w firmie:

poligrafia  Centrum Druku,
malopolska Poligrafia Malopolska
www.poligrafiamalopolska.pl

Głos Przewodniczącej



*Szanowne Koleżanki
i Koledzy*

Oddaję trzeci numer biuletynu w Wasze ręce i zachęcam do przeczytania. Proszę zwrócić uwagę na komunikat dotyczący specjalizacji bezpłatnych dla pielęgniarek i położnych rozpoczynających się w 2020 roku w woj. Małopolskim. Osoby zainteresowane dziedziną specjalizacji i spełniające warunki (posiadające dwuletni staż pracy) proszone są o zgłoszenie swojej kandydatury (nazwisko i imię, nr telefonu oraz dziedzinę specjalizacji) do siedziby Izby pod nr telefonu 18 443 78 83 lub e-mailem noipip@wp.pl

Spółka Promocja i Zdrowie uruchamia bezpłatny kurs specjalistyczny „Ordynowanie leków i wypisywanie recept” część I tj. dla pielęgniarek i położnych, które posiadają tytuł magistra pielęgniarstwa / położnictwa osoby chętne proszone są o zgłoszenia telefoniczne pod podany wyżej nr telefonu. W systemie SMK kurs się pojawi jeżeli będzie co najmniej 25 osób chętnych.

Wszystkim Koleżankom Kołegom dziękuję za ciężką pracę w tym trudnym dla nas okresie epidemii i życzę aby zbliżające się wakacje były okresem wypoczynku w gronie rodziny.

Halina Zarotyńska

Zalecenia w stanie epidemii wirusa SARS-CoV-2 wywołującego chorobę COVID-19 dla położnych rodzinnych / położnych POZ

Rekomendacje:

Konsultant Krajowy w dz. pielęgniarstwa ginekologicznego i położniczego
dr hab. n. o zdr. Grażyna Iwanowicz-Palus
Ogólnopolskie Stowarzyszenie Położnych Rodzinnych
Polskie Towarzystwo Położnych

Świadczenia realizowane w podstawowej opiece zdrowotnej są obszarem wymagającym zapewnienia najwyższych standardów epidemiologicznych w okresie rozprzestrzenienia się wirusa

SARS-CoV-2 wywołującego chorobę COVID-19.

W związku z wciąż utrzymującym się ryzykiem zarażenia wirusem SARS-CoV-2, w celu zminimalizowania ryzyka transmisji infekcji COVID-19, poprzez ograniczanie kontaktów z pacjentkami przebywającymi w domach należy utrzymać możliwość wykonywania i rozliczania wizyt/porad położnej, realizowanych w ramach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawo-

wa opieka zdrowotna, z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności, o ile czasowe zaniechanie świadczeń wykonywanych osobiście w domu pacjentki nie zagraża pogorszeniem stanu zdrowia podopiecznych.

Należy podkreślić, że porady i wizyty z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności, obejmujące opiekę nad kobietą, noworodkiem i niemowlęciem do ukończenia 2. (drugiego) miesiąca życia, realizowane w taki sposób w nieograniczonej liczbie zgodnie z zapotrzebowaniem w tym zakresie, mogą w istotny sposób ograniczyć ryzyko rozprzestrzeniania się wirusa SARS-CoV-2, ułatwiać izolację osób, mogących zarażać wirusem innych oraz rozwiewać obawy podopiecznych dotyczące ich sytuacji zdrowotnej.

W sytuacji udzielania osobistej porady/konsultacji/badania pacjentki w środowisku domowym lub gabinecie położnej POZ, należy je odbywać z zachowaniem optymalnych i zalecanych warunków bezpieczeństwa epidemiologicznego.

Należy bezwzględnie pamiętać o indywidualnym podejściu do każdej pacjentki, z uwzględnieniem zmieniającej się sytuacji epidemiologicznej w poszczególnych regionach kraju.

Uwzględniając aktualne, dostępne wytyczne zapobiegania zakażeń wirusem SARS-CoV-2, w celu zminimalizowania ryzyka transmisji infekcji COVID-19 oraz specyfikę udzielania świadczeń zdrowotnych przez położną podstawowej opieki zdrowotnej rekomenduje się działania zaprezentowane poniżej.

I. Planowanie wizyty patronażowej

1. Wizyty patronażowe powinny odbywać się w miejscu pobytu matki i dziecka, a pierwsza wizyta patronażowa

wa nie później niż w ciągu 48 godzin od otrzymania przez położną zgłoszenia urodzenia dziecka od podmiotu leczniczego. Wizyta patronażowa powinna być realizowana zgodnie z założeniami standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej.

Natomiast w sytuacji, gdy nie jest możliwa realizacja określonych czynności, fakt ten powinien być bezwzględnie odnotowany w dokumentacji medycznej.

2. Położna POZ przed udaniem się na wizytę patronażową powinna dokonać rejestracji pacjentki w systemie informatycznym wraz ze sprawdzeniem w systemie e-WUŚ jej prawa do świadczeń medycznych oraz informacji, czy pacjentka nie jest obecnie w okresie kwarantanny.
3. W sytuacji, gdy położnica nie wyraża zgody na wizytę patronażową w miejscu pobytu matki i dziecka, fakt ten powinien być odnotowany w dokumentacji medycznej (należy uzyskać pisemne autoryzowane potwierdzenie takiej decyzji, która może zostać przesłana do położnej drogą elektroniczną - scan, zdjęcie), a położna jest zobowiązana do udzielenia porady z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności.
4. Każda wizyta domowa musi być zawsze poprzedzona rozmową telefoniczną, podczas której położna POZ przeprowadza w pierwszej kolejności wywiad epidemiologiczny dotyczący wirusa SARS-CoV-2, w celu oceny ryzyka COVID-19 i podjęcia decyzji o uwarunkowaniach odbycia wizyty w środowisku domowym (zarówno pierwszej, jak i kolejnej):
 - 1) Czy w okresie ostatnich 14 dni Pacjentka miała kontakt z osobą, u której zostało potwierdzone zaka-

INFORMACJE

- żenie koronawirusem?
- 2) Czy w okresie ostatnich 14 dni Pacjentka miała kontakt z osobą, która została poddana kwarantannie lub zalecono izolację w domu?
 - 3) Czy występują u Pacjentki (lub u innych osób wspólnie zamieszkujących) objawy: gorączka powyżej 38°C, kaszel, uczucie duszności, bóle mięśniowe?
5. W przypadku osób izolowanych w warunkach domowych bądź poddanych kwarantannie w związku z kontaktem z osobą zakażoną wirusem SARS-CoV-2 (dotyczy to pacjentki lub kogośkolwiek z domowników), można odroczyć udzielanie świadczenia obejmującego opiekę nad kobietą, noworodkiem i niemowlęciem do ukończenia 2. (drugiego) miesiąca życia, realizowanego w ramach wizyt patronażowych bezpośrednio w środowisku domowym (kolejną wizytę patronażową). W tej sytuacji to świadczenie powinno być zrealizowane jako wizyta/porada z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności (o ile czasowe zaniechanie świadczeń wykonywanych osobście nie zagraża pogorszeniem stanu zdrowia podopiecznych).
6. Jeśli po zdalnym wywiadzie zachodzi konieczność bezpośredniej opieki nad matką i dzieckiem w środowisku domowym, to tak wizyta patronażowa musi być bezwzględnie zrealizowana, przestrzegając zaleceń zawartych w prezentowanej procedurze.
7. Jeśli na wszystkie pytania z wywiadu epidemiologicznego pacjentka odpowie przecząco, należy następnie przeprowadzić szczegółowy wywiad dotyczący położnicy i jej dziecka, aby zminimalizować czas pobytu w środowisku domowym podopiecznych, ograniczając go do badania przedmiotowego matki i dziecka i ewentualnego zdjęcia szwów z rany krocza lub szwów z rany po cięciu cesarskim.
8. Przed wizytą można zwrócić się do pacjentki z prośbą o przesłanie drogą elektroniczną zdjęcia/scanu karty informacyjnej pobytu w szpitalu położnicy i noworodka.
9. Należy uprzedzić pacjentkę, że wizyta będzie krótka i omówienie kolejnych problemów zdiagnozowanych podczas wizyty patronażowej nastąpi ponownie przez telefon, a zalecenia będą przesłane po skończonej wizycie w formie wiadomości tekstowej.
10. Podczas rozmowy telefonicznej, poprzedzającej wizytę należy poinformować, aby ułatwić wejście położnej do mieszkania, nie blokować wjazdu na posesję, zamknąć zwierzęta domowe, ograniczyć kontakt z domownikami, dobrze wywietrzyć pomieszczenia i jeśli to jest możliwe, przetrzeć klamki i powierzchnie dotykowe preparatem dezynfekcyjnym lub wodą z detergentem.

II. Przebieg wizyty patronażowej

1. Wizyta patronażowa powinna być wcześniej uzgodniona na konkretną godzinę, a czas wizyty powinien być ograniczony do niezbędnego minimum, szczególnie w sytuacji, gdy pacjentka jeszcze w okresie ciąży była objęta edukacją przedporodową prowadzoną przez daną położną POZ.
2. Do domu pacjentki należy przynieść tylko niezbędny sprzęt (waga, aparat do pomiaru ciśnienia tętniczego, termometr), narzędzia, środki i materiały opatrunkowe, przeznaczone tylko dla jednej pacjentki/novorodka w jednej torbie (np. Inianej, z możliwością wyprania w temp. 90°C). Wskazane jest, aby pacjentka przy-

gotowała swój termometr oraz aparat do pomiaru ciśnienia, o ile posiada, w celu zminimalizowania ewentualnej transmisji wirusa. Wówczas pacjentka powinna wykonać pomiar ciśnienia tętniczego krwi własnym aparatem przed wizytą patronażową lub w jej trakcie. Pacjentka powinna również dokonać pomiaru ciepłoty ciała i podać jej wartość jeszcze podczas wywiadu epidemiologicznego przeprowadzanego telefonicznie.

3. Przygotowanie położnej POZ: dłonie bez biżuterii - pierścionków, obrączek, bransoletek i zegarków („nic poniżej łokcia”), krótko obcięte paznokcie, upięte włosy.
4. W związku z tym, że podczas wizyty patronażowej (badanie przedmiotowe położnicy/norowodka) nie ma możliwości zachowania bezpiecznego dystansu, położna powinna być ubrana w maskę, okulary ochronne lub przyłbicę oraz rękawice ochronne 2 pary (wewnętrzne i zewnętrzne).
5. Przed wejściem do pomieszczenia pobytu pacjentki należy pozostawić po przekroczeniu drzwi wejściowych do mieszkania czyste oznakowane dwa czerwone worki na ewentualne odpady medyczne zakaźne, założyć ochraniacze na obuwie, następnie dokonać dezynfekcji rąk przy użyciu roztworu na bazie alkoholu zgodnie z instrukcjami producenta, po założeniu rękawic ochronnych, założyć maskę, ewentualnie okulary ochronne lub przyłbicę, a następnie przy pacjentce – kolejną parę rękawic (zewnętrzne).
6. Przed wejściem położnej do mieszkania, pacjentka powinna dokładnie umyć ręce wodą z mydłem zgodnie z zaleceniami oraz założyć maseczkę – jeśli ją posiada.
7. W czasie wizyty patronażowej położnej, w pokoju powinna być tylko

matka z dzieckiem, a pozostali domownicy powinni przebywać w innych pomieszczeniach. W sytuacji, gdy podczas wizyty patronażowej ma być obecny także inny domownik, w stosunku do takiej osoby należy również przeprowadzić wywiad epidemiologiczny i zobowiązać ją do założenia maseczki ochronnej.

8. W domach jednorodzinnych wizyta patronażowa powinna odbywać się w pokoju na niższej kondygnacji budynku (jak najbliżej drzwi wejściowych i łazienki).
9. Drzwi do pokoju / pokoiów, w którym przebywają matka z dzieckiem oraz do łazienki muszą być otwarte w celu ograniczenia kontaktu z dotykowymi powierzchniami.
10. W czasie wizyty położna powinna zachować szczególną ostrożność, wszystkie czynności przy matce i dziecku wykonywać w rękawiczkach, które po użyciu należy wrzucić do czerwonego worka.
11. Rozmowa z pacjentką musi odbywać się z zachowaniem możliwie największej bezpiecznej odległości, zalecane nie mniej niż 1,5 metra, z zachowaniem zasad higieny oddychania (zasłaniać usta i nos podczas kaszlu, kichania, nie mówić twarzą w twarz).
12. Badanie położnicy, jak również noworodka należy możliwie maksymalnie skrócić.
13. Podczas wizyty należy krótko poinformować o zaleceniach, rozwiewając wątpliwości i przesuwając dalszą konwersację na rozmowę telefoniczną.
14. Po badaniu każdego pacjenta (położnica, noworodek) położna jest zobowiązana umyć ręce i zdezynfekować środkiem na bazie alkoholu, a sprzęt medyczny zdezynfekować przed i po jego użyciu.

INFORMACJE

15. Należy zdezynfekować miejsce umieszczenia dokumentacji medycznej, np. na stole – zachowywać zasady ograniczenia kontaktu fizycznego przy każdym podpisywaniu dokumentów, przestrzegać używania przez pacjentkę własnego długopisu oraz ograniczyć dotykania kartek poprzez możliwość uzupełnienia dokumentacji w gabinecie po zakończonej wizycie patronażowej.
16. Podczas wizyty położna wpisuje w książeczke zdrowia dziecka tylko niezbędne informacje dotyczące stanu zdrowia dziecka z autoryzacją (można wpisać nazwisko i imię położnej wraz z numerem prawa wykonywania zawodu, bez konieczności stawiania pieczętki).
17. Należy zdezynfekować drobny sprzęt medyczny: stetoskop, ciśnieniomierz, wagę itp. oraz telefon komórkowy (w torebce strunowej), pieczętkę, długopis i inne dotykane elementy.
18. Po zakończonej wizycie, poza miejscem bezpośredniego pobytu matki i dziecka, w bezpiecznym miejscu, należy zdjąć środki ochrony osobistej przestrzegając obowiązujących procedur w tym zakresie, następnie wrzucić do podwójnego czerwonego worka pozostawionego przy drzwiach wejściowych (ostre przedmioty w pojemniku twardościennym), który należy zabrać do utylizacji. Jeśli były używane okulary ochronne / przyłbica, należy je zabezpieczyć w osobnym worku (obowiązkowo zdezynfekować przed kolejnym użyciem!).
19. Ręce i nadgarstki należy bezwzględnie zdezynfekować płynem na bazie alkoholu, zgodnie z instrukcją producenta.
20. Wszystkie pomieszczenia, zarówno przed, jak i po wizycie patronażowej powinny być dobrze wentylowane.
21. Jeżeli jest taka potrzeba ze strony położnej lub pacjentki - wizytę należy kontynuować z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności.
22. Podczas wizyty patronażowej pacjentka może złożyć oświadczenie o przyśługującym jej prawie do świadczeń opieki zdrowotnej za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności. Zgoda na realizację kolejnych wizyt patronażowych z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności może zostać przesłana w formie elektronicznej.
23. Porady i wizyty z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności mogą być udzielane wyłącznie w sytuacji, gdy zakres niezbędnych czynności do zrealizowania na rzecz pacjentki i jej dziecka, nie wymaga osobistej obecności położnej.
24. Jeśli po zdalnym wywiadzie zachodzi konieczność bezpośredniej opieki nad matką i dzieckiem w środowisku domowym, to taka wizyta patronażowa musi być bezwzględnie zrealizowana, przestrzegając zaleceń zawartych w prezentowanej procedurze.
25. W każdym przypadku odroczenia terminu udzielenia świadczenia obejmującego opiekę nad kobietą, noworodkiem i niemowlęciem do ukończenia 2. (drugiego) miesiąca życia, realizowaną w ramach wizyt patronażowych, a szczególnie w razie podjęcia decyzji o czasowym zawieszeniu osobistych wizyt patronażowych i realizowaniu wizyt z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności (co powinno być bezwzględnie udokumentowane), należy ocenić i wziąć pod uwagę uwarunkowania i ryzyko dotyczące stanu zdrowia pacjentów (położnicy

i jej dziecka) oraz prawdopodobieństwo jego pogorszenia.

26. W sytuacji, gdy wizyta patronażowa jest niezbędna w miejscu pobytu matki i dziecka (uzasadniona ich sytuacją zdrowotną i zgłaszanymi problemami), a położna, będzie miała bezpośredni kontakt z pacjentką z infekcją dróg oddechowych, poddaną kwarantannie lub znajdującą się pod czynnym nadzorem służb sanitarnych – jest zobowiązana do stosowania zalecanych środków ochrony indywidualnej: maska twarzowa z filtrem, gogle/przyłbice, jednorazowy fartuch wodoodporny z długimi rękawami, dwie pary rękawic jednorazowych (wewnętrzne i zewnętrzne), czapka, foliowe ochraniacze na obuwiu.

III. Wizyty u pacjentki ginekologiczno-onkologicznej

U pacjentek po zabiegu chirurgicznym/ginekologicznym, położna POZ wykonuje wizytę na podstawie skierowania od lekarza przekazującego pacjentkę położnej POZ, zgodnie z przedstawionym powyżej schematem, uwzględniając specyfikę wizyty oraz ewentualny kontakt z wydzielinami pacjentki (rana po operacji brzusznej lub rana krocza).

IV. Edukacja przedporodowa

1. W celu zminimalizowania ryzyka transmisji infekcji COVID-19 w odniesieniu do kobiet ciężarnych, edukację przedporodową skierowaną do kobiet w ciąży (w tym w ciąży wysokiego ryzyka), począwszy od 21. (dwudziestego pierwszego) tygodnia ciąży do terminu rozwiązania, można realizować w formie porady z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności, do czasu zakończenia okresu epidemii na terenie kraju.

2. W przypadku realizacji edukacji przedporodowej w bezpośrednim kontakcie należy bezwzględnie przestrzegać zaleceń i wytycznych odnoszących się do ograniczenia rozprzestrzeniania się wirusa SARS-CoV-2 i zapewnienia bezpieczeństwa uczestnikom, w tym m.in.: zapewnienie 1,5 metra odległości między stanowiskami dydaktycznymi, zapewnienie dostępności do płynu do dezynfekcji rąk na bazie alkoholu przed salą dydaktyczną, sale powinny być regularnie wietrzone, a miejsca siedzące i powierzchnie dotykowe dezynfekowane przed i po każdych zajęciach.
3. Edukacja przedporodowa realizowana w bezpośrednim kontakcie musi być poprzedzona zebraniem wywiadu epidemiologicznego i pomiarem ciepłoty ciała osób uczestniczących w zajęciach.

V. Wizyty w gabinecie położnej POZ

1. Położna zapewnia dostępność do świadczeń udzielanych w gabinecie w wymiarze czasowym zgodnie z harmonogramem przekazanym do NFZ.
2. W związku z ryzykiem epidemiologicznym, wizyty w gabinecie powinny być ograniczone do koniecznych i realizowanie zgodnie z zaleceniami i wytycznymi odnoszących się do minimalizowania ryzyka transmisji infekcji COVID-19.
3. Wszystkie wizyty pacjentek są poprzedzane zebraniem wywiadu epidemiologicznego i ustalane za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności oraz bezpośrednim pomiarem ciepłoty ciała.
4. Jeśli sytuacja tego wymaga (po wykorzystaniu systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności) i zaistnieje konieczność przeprowadzenia wizyty w gabinecie położnej,

INFORMACJE

- należy ją zrealizować po wcześniejszym umówieniu się z pacjentką, po przeprowadzeniu wywiadu epidemiologicznego i ustaleniu dokładnej daty i godziny wizyty.
5. Zabiegi związane z pielęgnacją rany i inne zabiegi - należy wykonywać z zachowaniem szczególnych zasad ostrożności i bezwzględnie z zachowaniem aseptyki i antyseptyki.
 6. Każda położna musi dokonać analizy ciągu komunikacyjnego do gabinetu położnej POZ i ocenić prawdopodobieństwo kontaktu z osobami chorymi - nie powinno być żadnego pacjenta w poradni w trakcie wizyty pacjentki (potencjalnie zdrowa pacjentka).
 7. Po zakończeniu wizyty gabinet położnej POZ i ciąg komunikacyjny, który przebyła pacjentka jest dezynfekowany i wywietrzony, przestrzega się rozdzielnosci czasowej pomiędzy wizytami w gabinecie położnej POZ. Przeprowadzając dezynfekcję pomieszczeń, należy ściśle przestrzegać zaleceń producenta. Ważne jest ściśle przestrzeganie czasu niezbędnego do wywietrzenia dezynfekowanych pomieszczeń.
 8. Przed gabinetem położnej POZ musi być zapewniona dostępność dla pacjentów do płynu do dezynfekcji rąk na bazie alkoholu.
- ### VI. Środki ochrony osobistej
1. Położna jest zobowiązana do wykonywania środków ochrony osobistej zgodnie z istniejącym ryzykiem przy kontakcie z pacjentem i wykonywaniu poszczególnych procedur. Poszczególne rodzaje środków ochrony indywidualnej należy stosować zgodnie z zaleceniami w kontekście choroby COVID-19, z uwzględnieniem warunków, personelu i zakresu podejmowanych czynności.
 2. Zalecany minimalny zestaw środków ochrony indywidualnej do opieki nad podejrzanymi lub potwierdzonymi przypadkami COVID-19 obejmuje: maski FFP2 lub FFP3, okulary, wodoodporny fartuch z długimi rękawami (jeśli fartuchy wodoodporne nie są dostępne, w zamian użyty może być jednorazowy plastikowy fartuch) i rękawice.
<https://nipip.pl/wp-content/uploads/2020/03/za%C5%82.4.PPE-dla-medyka.pdf>
 3. Większość elementów środków ochrony indywidualnej występuje w różnych rozmiarach i należy podkreślić, że nie są zgodne z zasadą „jeden rozmiar dla wszystkich”. Właściwe dopasowanie środków ochrony indywidualnej jest niezbędne dla uzyskania ochrony - nieodpowiedni rozmiar nie ochroni użytkownika.
- ### VII. Postępowanie z odpadami medycznymi
1. Stosuje się zasady postępowania jak z odpadami medycznymi zakaźnymi:
 - **opakowanie wewnętrzne:**
2 worki foliowe koloru czerwonego lub sztywny pojemnik koloru czerwonego (w przypadku odpadów medycznych o ostrych końcach i krawędziach),
 - **opakowanie zewnętrzne:**
worki foliowe koloru czerwonego.
 2. Zewnętrzny worek powinien posiadać metryczkę, znak ostrzegający przed skażeniem biologicznym oraz napis „Materiał zakaźny dla ludzi”.
 3. W gabinecie położnej POZ obowiązują kosze na odpady medyczne z dwoma workami foliowymi koloru czerwonego.

VIII. Inne zalecenia

Aktualne i wiarygodne informacje na temat wirusa SARS-Cov-2 wywołującego chorobę COVID-19 oraz informacje, jak zachować środki ostrożności, i jak postępować w przypadku podejrzenia zakażenia można znaleźć na poniższych stronach internetowych:

<https://www.gov.pl/web/koronawirus>

<https://www.gov.pl/web/zdrowie/wiadomosci>

<https://gis.gov.pl/kategoria/aktualnosci/>

www.gov.pl/rpp

Osoby spełniające kryterium podejrzenia przypadku COVID-19 należy kierować do Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej.

Kryteria epidemiologiczne odnoszące się do podejrzenia zakażenia do-

stępne są na stronie internetowej: <https://gis.gov.pl/aktualnosci/definicja-przypadku-na-potrzeby-nadzoru-nadzakazeniami-ludzi-nowym-koronawirusem-sars-cov-2/>

Należy regularnie sprawdzać komunikaty Głównego Inspektora Sanitarnego i Ministerstwa Zdrowia w związku z dynamicznie zmieniającą się sytuacją epidemiologiczną wywołaną wirusem SARS-CoV-2 i postępować zgodnie z algorytmem kwalifikacji chorych do dalszego postępowania, jeżeli wystąpił kontakt z osobą z podejrzeniem zakażenia koronawirusem.

*Dr hab. n. o zdr. Grażyna Iwanowicz-Palus
Konsultant Krajowy w dziedzinie
pielęgniarstwa ginekologicznego i położniczego*

Komunikat Ministra Zdrowia ws. wykazu priorytetowych dziedzin specjalizacji dla pielęgniarek i położnych, które będą mogły uzyskać dofinansowanie ze środków Funduszu Pracy w 2020 r.

małopolskie	200 / 8	1.	Pielęgniarstwo chirurgiczne dla pielęgniarek
		2.	Pielęgniarstwo internistyczne dla pielęgniarek
		3.	Pielęgniarstwo opieki długoterminowej dla pielęgniarek
		4.	Pielęgniarstwo pediatryczne dla pielęgniarek
		5.	Pielęgniarstwo ratunkowe dla pielęgniarek
		6.	Pielęgniarstwo rodzinne dla pielęgniarek
		7.	Pielęgniarstwo ginekologiczno-położnicze dla położnych
		8.	Pielęgniarstwo neonatologiczne dla pielęgniarek i położnych
		9.	R. Pielęgniarstwo anestezjologiczne i intensywnej opieki dla pielęgniarek REZERWA
		10.	R. Pielęgniarstwo onkologiczne dla pielęgniarek REZERWA

Zalecenia Krajowego Konsultanta w dziedzinie pielęgniarstwa pediatricznego dla pielęgniarek środowiska nauczania i wychowania/higienistek szkolnych /pielęgniarek pediatricznych

dotyczące bezpieczeństwa opieki nad uczniami oraz dziećmi przebywającymi w przedszkolach i żłobkach na okres epidemii koronawirusa SARS-CoV-2 po wznowieniu tradycyjnej nauki w szkołach

1. W przypadku podjętej decyzji Rządu o wznowieniu nauki w szkołach oraz wznowienia opieki w przedszkolach i żłobkach metodą tradycyjną oraz decyzji o wznowieniu opieki profilaktycznej nad uczniami w środowisku nauczania i wychowania realizowanej przez pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania/higienistki szkolne/pielęgniarki pediatriczne zaleca się następujące zasady postępowania.
2. Gabinet profilaktyczny powinien być wyposażony w środki do dezynfekcji powierzchni, środek do dezynfekcji rąk, rękawice diagnostyczne, maseczki chirurgiczne, maski z filtrem FFP2 lub FFP3, okulary ochronne lub przyłbice, fartuchy flizelinowe ochronne, fartuchy barierowe wodoodporne.
3. W ramach udzielanych świadczeń w gabinecie profilaktycznym powinien przebywać tylko jeden uczeń/dziecko, który powinien zdezynfekować ręce niezwłocznie po wejściu do gabinetu.
4. W czasie realizacji świadczeń profilaktycznych takich jak: realizacja testów przesiewowych, sprawowanie opieki poprzesiewowej oraz czynne poradnictwo nad uczniami/dziećmi z problemami zdrowotnymi, pielęgniarka poza rutynowymi zasadami higieny rąk, powinna zastosować następujące środki ochrony osobistej: maska chirurgiczna, okulary ochronne lub przyłbica, rękawice, jednorazowy fartuch flizelinowy.
5. W ramach udzielania pomocy przedlekarskiej w przypadku nagłych zachorowań, urazów i zatruc oraz sprawowania opieki nad uczniami z chorobami przewlekłymi i niepełnosprawnością, w tym w ramach realizacji świadczeń pielęgniarских, zabiegów i procedur leczniczych koniecznych do wykonania u ucznia w trakcie pobytu w szkole, pielęgniarka poza rutynowymi zasadami higieny rąk, powinna zastosować następujące środki ochrony osobistej: maska chirurgiczna, okulary ochronne lub przyłbica, rękawice, jednorazowy fartuch flizelinowy.
6. Realizowany przez pielęgniarkę/higienistkę program edukacji zdrowotnej, powinien poza standardowymi treściami, zawierać przede wszystkim zasady minimalizacji ryzyka transmisji infekcji wirusowych w tym infekcji koronawirusem SARS-CoV-2. Szkoła/przedszkole/żłobek powinny zabez-

INFORMACJE

pieczyć środki do dezynfekcji rąk dla uczniów/dzieci/opiekunów i pracowników.

7. W kontaktach bezpośrednich (innych niż udzielanie świadczeń zdrowotnych) w środowisku szkoły/przedszkola/żłobka należy przestrzegać dystansu min. 1,5- 2 m. W kontaktach z gronem pedagogicznym, rodzicami w miarę możliwości minimalizować kontakty bezpośrednie zamieniając je na porady telefoniczne. W kontaktach bezpośrednich stosować maskę chirurgiczną.
8. Należy opracować zasady sprzątnia gabinetu profilaktycznego i dezynfekcji powierzchni (w tym m.in. dezynfekcja blatów, klamek, używanego sprzętu medycznego, telefonu z częstotliwością 2 razy dziennie). Nie stosować aerozoli. Stosować częste wietrzenie gabinetu.
9. W przypadku stwierdzenia objawów infekcji sugerujących podejrzenie zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2 u ucznia, pracownika szkoły/przedszkola/żłobka tj. gorączka pow. 38 stopni, kaszel, duszność, inne objawy infekcji górnych dróg oddechowych, należy skierować osobę chorą do domu oraz zalecić kontakt z odpowiednim Powiatowym Inspektorem Sanitarnym, który pokieruje dalszym postępowaniem oraz zgłosić podejrzenie telefonicznie do Powiatowego Inspektora Sanitarnego. Sposób postępowania z osobami z kontaktu określa Powiatowy Inspektor Sanitarny, z którym pielęgniarka i dyrektor szkoły/przedszkola/żłobka powinni być w kontakcie i realizować jego zalecenia. W przypadku wymagającym pilnej interwencji medycznej należy zadzwonić pod nr 112- dyspozytor podejmie decyzję o transporcie pacjenta dedykowanym transportem „COVID-19”. Ucznia należy odizolować do czasu przybycia opiekuna. Pielęgniarka/higienistka powinna polecić uczniowi/pracownikowi szkoły/przedszkola/żłobka nałożenie maseczki. Dyrektor szkoły/ przedszkola/żłobka powinien wyznaczyć pokój, w którym uczeń/dziecko będzie odizolowane do czasu przybycia opiekuna. Uczeń/dziecko/pracownik nie powinien opuszczać budynku podczas przerwy międzylekcyjnej lub jeśli to możliwe opuścić budynek innym wyjściem znajdującym się najbliżej pokoju, w którym został odizolowany. Pomieszczenie, po opuszczeniu go przez ucznia/dziecko, powinno być zdezynfekowane i przewietrzone.
10. Podczas udzielania świadczeń u ucznia/dziecka/pracownika, u którego objawy sugerują podejrzenie zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2, pielęgniarka poza rutynowymi zasadami higieny rąk, powinna zastosować następujące środki ochrony osobistej: maska z filtrem FFP2 lub FFP3, okulary ochronne lub przyłbica, rękawice, jednorazowy fartuch barierowy wodoodporny.
11. Nie rekomenduje się stosowania u uczniów profilaktyki fluorkowej metodą nadzorowanego szczotkowania zębów preparatami fluorkowymi w warunkach szkolnych.

Rekomendacje:

Konsultant Krajowy

*w Dziedzinie Pielęgniarstwa Pediatricznego
dr n.med. Krystyna Piskorz-Ogórek*

Aktualizacja z dnia 08.05.2020r.

Zalecenia dotyczące organizacji procesu udzielania świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej w związku ze stanem epidemii i ryzykiem zakażeń wirusem SARS-CoV-2 i zachorowań na COVID-19

Świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze realizowane w opiece długoterminowej są obszarem wymagającym zapewnienia najwyższych standardów epidemiologicznych w okresie rozprzestrzenienia się wirusa SARS-CoV-2 (dalej „koronawirus”) wywołującego chorobę COVID-19 z uwagi na sytuację zdrowotną pacjentów i podopiecznych (wielochorobowość i choroby przewlekłe) oraz występowanie dodatkowego ryzyka związanego z wiekiem.

W celu minimalizacji ryzyka transmisji koronawirusa należy OGRANICZYĆ WSZELKIE KONTAKTY PACJENTÓW objętych opieką długoterminową, przebywających zarówno w warunkach stacjonarnych, jak i domowych. Ten cel może być osiągnięty poprzez:

- 1) Ograniczenie odwiedzin pacjentów pozostających pod opieką domową przez członków ich rodzin i znajomych oraz personel medyczny do niezbędnego minimum oraz całkowite wstrzymanie odwiedzin gości u pacjentów w placówkach stacjonarnych.
- 2) Ograniczenie do niezbędnego minimum liczby wymaganego personelu (w tym medycznego) sprawującego bezpośrednią opiekę nad pacjentami przebywającymi w zakładach opiekuńczo-leczniczych (ZOL) lub pielęgnacyjno-opiekuńczych (ZPO):

gnacyjno-opiekuńczych (ZPO):

- a) w przypadku dużych podmiotów leczniczych należy wydzielić pododdzinki i podzespoły pielęgniarstwo-opiekuńcze;
- b) z uwagi na szczególnie ryzyko zakażenia koronawirusem oraz zachorowania na COVID-19 z powikłaniami w ZOL/ZPO rekomendowane jest ograniczenie zatrudnienia personelu pielęgniarstwa i opiekuńczego zewnętrznego, tj. zatrudnionego w innych podmiotach medycznych, jeżeli system organizacji i zabezpieczenia bezpieczeństwa epidemiologicznego i zdrowotnego pacjentów i personelu na to pozwoli;
- 3) Zmianę organizacji pracy personelu lekarskiego zatrudnionego w ZOL/ZPO i posiadającego równoległe zatrudnienie w innych podmiotach leczniczych (w szczególności w szpitalach) poprzez wdrożenie pracy zdalnej, tj. wykorzystania systemów teleinformatycznych do konsultacji pacjentów leczonych w placówkach opieki długoterminowej;
- 4) Jeżeli istnieje potrzeba udzielenia osobistej porady/konsultacji/badania pacjenta przebywającego w ZOL/ZPO, należy je odbyć z zachowaniem optymalnych i zalecanych warunków

ków bezpieczeństwa epidemiologicznego, o których mowa w załączniku 3;

- 5) Należy informować i edukować pacjentów leczonych w warunkach domowych oraz ich rodziny o konieczności ograniczenia przez pacjentów kontaktów społecznych, w tym w szczególności kontaktów z osobami, które przebywały na obszarach ryzyka oraz osób, które mogą być źródłem potencjalnego zakażenia ze względu na charakter wykonywanej pracy (służby publiczne, pracownicy handlu itp.).

Uwzględniając aktualne, dostępne wytyczne zapobiegania zakażeń koronawirusem i COVID-19 oraz specyfikę udzielania świadczeń zdrowotnych rekomenduje się następujące DZIAŁANIA ZAPOBIEGAWCZE W OPIECE STACJONARNEJ W ZOL / ZPO:

- 1) Osoby zarządzające organizacją opieki i pracą personelu powinny zapewnić edukację personelu w zakresie zasad higieny osobistej, higieny rąk

i układu oddechowego oraz możliwych dróg zakażenia koronawirusem (m.in. szkolenie indywidualne, drogą mailową, filmy instruktażowe, plakaty), a także **bezpiecznego korzystania ze specjalistycznej odzieży ochronnej** (m.in. prawidłowe zakładanie, bezpieczne zdejmowanie). Należy również uwzględniać aktualizację wiedzy personelu w zakresie higieny separacji środowiska pracą w przypadku pracowników ochrony zdrowia (załącznik 1);

- 2) Należy **sprawdzać regularnie komunikaty Głównego Inspektora Sanitarnego (GIS) i Ministerstwa Zdrowia** w związku ze zmienną sytuacją epidemiologiczną wywołaną wirusem i postępować zgodnie z algorytmem kwalifikacji chorych do dalszego postępowania, jeżeli wystąpił kontakt z osobą z podejrzeniem zakażenia koronawirusem. Osoby spełniające kryterium podejrzenia zakażenia należy zgłaszać do stacji sanitarno-epidemiologicznej (załącznik 2);



INFORMACJE

- 3) **Aktualne komunikaty dotyczące koronawirusa i COVID-19**, w tym m.in. informacje na temat wykonywania badań laboratoryjnych w kierunku koronawirusa, aktualne informacje o sytuacji epidemiologicznej przekazywane przez Ministerstwo Zdrowia oraz GIS, a także materiały edukacyjne na temat koronawirusa i sposobów unikania zarażenia są dostępne na stronie GIS: gis.gov.pl/ oraz Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny (NIZP-PZH): pzh.gov.pl;
- 4) **Należy korzystać ze wszystkich dostępnych, wiarygodnych źródeł na temat koronawirusa i COVID-19**, np. na stronie Zakładu Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego w zakładce Newsletter znajduje się aktualizowana co tydzień prezentacja dotycząca koronawirusa adresowana do profesjonalistów medycznych i opieki (msizp.wum.edu.pl/aktualnosci oraz mp.pl/covid19/);
- 5) Przykład edukacji na temat prawidłowego pobrania, przechowywania i transportowania materiału do badania w kierunku koronawirusa jest dostępny na stronie internetowej NIZP-PZH: pzh.gov.pl/komunikat-4/;
- 6) Osoby zarządzające organizacją opieki i pracą personelu powinny **wyznaczyć wśród personelu koordynatora**, który będzie odpowiedzialny za zdobywanie i uaktualnianie wiedzy, jej przekazywanie reszcie personelu oraz wzmoczony nadzór nad pracą personelu w zakresie wdrożenia zasad ochrony osobistej i ochrony podopiecznych oraz dbanie o umacnianie ich zdrowia;
- 7) **Przed przystąpieniem do pracy z pacjentem**, pielęgniarka oddziałowa/kierownik zakładu lub wyznaczona pielęgniarka dyżurna **dokonyuje pomiaru temperatury ciała personelu medycznego**. Wyniki pomiarów powinny być odnotowane przez osobę dokonującą pomiaru w dokumentacji medycznej;
- 8) Poszczególne rodzaje **środków ochrony indywidualnej (ŚOI) należy stosować zgodnie z zaleceniami epidemiologicznymi** dotyczącymi ograniczenia rozprzestrzeniania się koronawirusa i COVID-19, z uwzględnieniem dostępnego personelu, warunków i zakresu podejmowanych czynności (załącznik 3);
- 9) Wszyscy pracownicy ZOL/ZPO powinni zachowywać wszelkie środki ostrożności i podejmować wymagane działania edukacyjne i profilaktyczne, aby zmniejszyć ryzyko zakażenia koronawirusem i zachorowania na COVID-19 (załącznik 4);
- 10) Odprawy medyczne, spotkania organizacyjne i konsultacje pomiędzy członkami zespołu powinny odbywać się w formie **telekomunikacji**;
- 11) W celu zachowania bezpieczeństwa epidemiologicznego należy **zrezygnować z zajęć grupowych** terapii zajęciowej, kinezyterapii, wspólnych posiłków w stołówce itp. Zajęcia należy ograniczyć do sal chorych, a rehabilitację – do bezwzględnie wskazanego podstawowego zakresu. Zabiegi i ćwiczenia rehabilitacyjne należy prowadzić indywidualnie w łóżku i/ lub sali chorych. Podczas takich zajęć i zabiegów personel powinien zachować odpowiednie środki ostrożności;
- 12) Z uwagi na fakt, że zakaźność koronawirusa rozpoczyna się prawdopodobnie na krótko przed wystąpieniem początkowym objawów COVID-19 i utrzymuje się do momentu ich ustąpienia, a choroba zakaźna u osób starszych oraz zapalenie płuc może

rozpoczynać się w sposób atypowy, w odniesieniu do pacjentów, u których dotychczas nie stwierdzono ciężkich zaburzeń poznawczych, należy zwrócić uwagę na objawy majaczenia (zmiany w zachowaniu, pogorszenie kontaktu słowno-logicznego, niespójne myślenie, brak koncentracji, niemożność udzielenia odpowiedzi na zadawane pytania, splątanie, nadmierna senność, osłabienie lub nieobsługiwane dotychczas pobudzenie) i obserwować te osoby w kierunku rozwoju objawów COVID-19;

- 13) W placówkach stacjonarnych należy **wydzielić pomieszczenie dla osób z podejrzeniem COVID-19** (z dostępem do toalety, wyposażone w środki ochrony osobistej oraz termometr oraz środki do dezynfekcji rąk, narzędzi i powierzchni) umożliwiając w tym miejscu bezpieczne przebywanie tej osoby pod nadzorem lekarza lub pielęgniarki w oczekiwaniu na zespół transportu sanitarnego;
- 14) **Zachęcanie i umożliwienie podopiecznym pozostawania w zdalnym kontakcie z rodziną i innymi bliskimi osobami** (telefon, Internet – komunikator i poczta elektroniczna), a jeśli zaistnieje taka potrzeba – udzielenie pomocy w załatwieniu pilnych spraw urzędowych drogą elektroniczną lub telefoniczną;
- 15) Mając na uwadze sytuację, w której pacjenci ZOL/ZPO z uwagi na stan epidemii, zostali pozbawieni bezpośredniego wsparcia i obecności osób najbliższych/opiekunów nieformalnych, a jednocześnie nie mogą samodzielnie kontynuować kontaktu za pomocą telefonów oraz internetu, personel pielęgniarski powinien zapewnić pacjentom jak najwyższe **standardy opieki bezpośredniej oraz wsparcie psychologiczne/emocjo-**

nalne z uwagi na poczucie osamotnienia pacjentów.

Wytyczne szczegółowe dotyczące opieki udzielanej przez pielęgniarki w warunkach domowych oraz zespoły opieki długoterminowej domowej dla dorosłych, dzieci i młodzieży wentylowanych mechanicznie:

- 1) W procesie udzielania świadczeń opieki długoterminowej domowej należy stosować przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 marca 2020 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz. U. poz.460), zgodnie z którym **dopuszcza realizację wizyt z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności, o ile ten sposób postępowania nie zagraża pogorszeniem stanu zdrowia świadczeniobiorcy;**
- 2) Przed realizacją wizyty, podczas rozmowy telefonicznej, należy **przeprowadzić ankietę wstępnej kwalifikacji**, w celu oceny ryzyka i podjęcia decyzji o odbyciu wizyty zgodnie z **algorytmem postępowania** w związku z zagrożeniem epidemią COVID-19 (załącznik 5);
- 3) Jeżeli po telefonicznej konsultacji przeprowadzonej przez pielęgniarkę istnieje potrzeba odbycia wizyty w domu pacjenta, należy taką **wizytę odbyć z zachowaniem wszelkich warunków bezpieczeństwa pacjenta, jego rodziny i personelu medycznego;**
- 4) **Przed przystąpieniem do pracy z pacjentem, personel medyczny udzielający świadczeń domowej opieki długoterminowej dokonuje samokontroli w postaci pomiaru temperatury ciała.** Wyniki pomiarów

INFORMACJE

powinny być odnotowane w dokumentacji medycznej przez osobę dokonującą pomiaru;

- 5) Każdy pacjent w środowisku domowym powinien być traktowany jako potencjalne źródło zakażenia, ponieważ okres zakażenia bezobjawowego wynosi prawdopodobnie kilka dni, co oznacza, że każdy kontakt bezpośredni z pacjentem w czasie realizacji procedur medycznych wymaga bezwzględnie stosowania środków ochrony indywidualnej, w tym w szczególności masek ochronnych;
- 6) Jeżeli pacjent i/lub rodzina nie wyrażają zgody na wizytę personelu medycznego w domu, personel medyczny powinien odnotowuje ten fakt w dokumentacji medycznej z podaniem przyczyny oraz ustala warunki prowadzenia porad i konsultacji pacjentów w formie kontaktu telefonicznego z pacjentem i/lub jego opiekunem;
- 7) Zalecane jest edukowanie pozostałych pracowników medycznych, członków zespołu interdyscyplinarnego i innych osób uczestniczących w sprawowaniu opieki nad pacjentem w zakresie ograniczenia wizyt w domu pacjenta do absolutnego minimum (dotyczy to m.in. pracowników socjalnych, fizjoterapeutów, kapelanów, wolontariuszy itp.);
- 8) Należy poinformować pacjentów i ich rodziny o zmianie formy sprawowanej opieki z uwagi na stan epidemii, a po wygaśnięciu epidemii – o przywróceniu dotychczasowego trybu opieki;
- 9) Należy prowadzić stałą edukację członków rodzin i opiekunów nieformalnych w zakresie stosowania środków ochrony osobistej w okresie epidemii;
- 10) W toku sprawowanej opieki należy

podejmować wszelkie działania organizacyjne mające na celu zapewnienie pacjentom dostępności recept, leków, zleceń na wyroby medyczne.

UWAGA!

Wszystkie zawarte poniżej dokumenty źródłowe, w szczególności wytyczne międzynarodowe ulegają ciągłej aktualizacji, dlatego zalecane jest śledzenie na bieżąco ich treści na stronach źródłowych. Dokumenty te nie zastępują wytycznych krajowych zatwierdzonych przez Ministra Zdrowia. Należy sprawdzać regularnie komunikaty GIS i Ministerstwa Zdrowia w związku z dynamicznie zmieniającą się sytuacją epidemiologiczną wywołaną koronawirusem i postępować zgodnie z algorytmem kwalifikacji chorych do dalszego postępowania, jeżeli wystąpił kontakt z osobą z podejrzeniem zakażenia koronawirusem.

Zalecenia uwzględniające rekomendacje:

Prezesa Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego,

Konsultanta Krajowego w dz. pielęgniarstwa opieki długoterminowej,

Konsultanta Krajowego w dz. pielęgniarstwa geriatrycznego.

Autorzy:

dr n. o zdr. Mariola Rybka,

dr n. med. Ewa Kądalska,

dr n. o zdr. Grażyna Wójcik

Konsultacje:

dr hab. Maria Kózka,

prof. UJ, Konsultant Kr. w dz. pielęgniarstwa

Aktualizacja z dnia 06.05.2020r.

GOJENIE SIĘ RAN

Czynniki zakłócające

Zapoznanie się z niekorzystnymi czynnikami i poznanie mechanizmów wpływających na proces gojenia się ran przewlekłych pozwoli na skuteczną walkę z nimi.

Na całym globie jednym z powikłań procesu leczniczego jest występowanie trudno gojących się ran. Czynniki predysponującymi do ich występowania są znaczne wydłużenie życia w wyniku postępu nauk medycznych oraz współistnienie u pacjentów kilku chorób przewlekłych jednocześnie, które wpływają na obniżenie sprawności i jakości życia. Priorytetem współczesnego systemu ochrony zdrowia jest ratowanie i podtrzymywanie tego życia za wszelką cenę, co zwiększa ryzyko powikłań. Wśród trudnych, o wieloczynnikowej etiologii są rany przewlekłe. Najbardziej narażeni na ich wystąpienie są pacjenci neurologiczni, z chorobą otępienną, długotrwale unieruchomieni w łóżku, chorzy paliatywni oraz wyniszczeni w przebiegu procesów chorobowych.

Rana przewlekła - rana niegojąca się

Określenie rana (ang. *wound*) pochodzi od łacińskiego słowa *vulnus* i definiowana jest jako ubytek skóry spowodowany procesem chorobowym lub urazem, niepoddającym się leczeniu oraz nieprowadzącym do całkowitej odbudowy pod względem anatomicznym i fizjologicznym. Kryterium czasowe nie jest jednoznacznie określone przez badaczy. Większość proponuje, aby było to okres ponad 6-8 tygodni. Europejskie Towarzystwo Leczenia Ran, które jest drogowskazem

wytuczającym kierunki postępowania z raną, zdefiniowało ranę przewlekłą jako „ranę niegojącą się”, która odzwierciedla wieloaspektowe problemy związane z trudnym procesem leczniczym, leżące zarówno po stronie pacjenta, jak i personelu medycznego. Rany przewlekłe dotyczą około 20 milionów osób na świecie i ich ilość ma tendencję wzrostową. Wynika to ze zwiększenia występowania chorób cywilizacyjnych, takich jak cukrzyca, otyłość, zespół metaboliczny, niewydolność krążenia czy nowotwory.

Do najczęściej występujących ran przewlekłych z punktu klinicznego zaliczamy:

- owrzodzenia goleni o różnej etiologii,
- odleżyny,
- zespół stopy cukrzycowej,
- rany immunologiczne, hematologiczne, ropne zgorzelinowe zapalenie skóry,
- owrzodzenia nowotworowe, rany towarzyszące wrodzonym malformacjom naczyń,owym,
- rany brzucha i klatki piersiowej powstałe w przebiegu przetok przewodu pokarmowego, rany pourazowe oraz o nieznanej etiologii.

Proces gojenia rany i strategia TIME

Gojenie się rany jest kompleksowym i dynamicznym procesem, który w idealnych warunkach kończy się przywróceniem anatomicznej ciągłości i funkcjonalności skóry. Proces składa się z ciągu nakładających się etapów, począwszy od powstania rany i może trwać przez mie-

siące, a nawet lata. Proces gojenia rany można podzielić na trzy fazy:

1. Faza oczyszczania (zapalenie, zakażenie, tkanki martwicze, złogi włókniaka). Uszkodzenie tkanek powoduje przerwanie naczyń krwionośnych i wynaczynienie krwi do tkanki. Odpowiedzią uszkodzonych tkanek jest powstanie skrzepu i miejscowy skurcz naczyń krwionośnych. Faza oczyszczania manifestuje się objawami stanu zapalnego, ociepleniem, obrzękiem, zaczerwienieniem oraz bólem. Na początkowym etapie gojenia rany podstawową rolę odgrywają płytki. Płytkopochodny czynnik wzrostu i inne produkowane w ranie czynniki wzrostu wydają się głównymi regulatorami obecności pozakomórkowej macierzy w gojących się ranach. Po płytkach do rany napływają leukocyty, wykazujące zdolność fagocytozy. Oczyszczają ranę z bakterii, a także martwych i uszkodzonych komórek oraz fragmentów tkanek.

2. Faza proliferacji (neowaskularyzacja, tworzenie ziarniny, epitelializacja). Nowo tworzona tkanka zaczyna wypełniać obszar rany, zmienia się wygląd rany na żywoczerwoną, ziarnistą tkankę. W ranie przemiany w strukturze komórkowej wspomagają gojenie (makrofagi oczyszczają, cytokiny - przyciągają, fibroblasty - produkują kolagen). Epitelializacja to dynamiczny, szybki proces, zadaniem którego jest ochrona wnętrza rany przed szkodliwymi czynnikami z zewnątrz (zakażeniem, zanieczyszczeniem), a z drugiej strony ochrona przed utratą wody z rany. Neowaskularyzacja - nowo tworzone naczynia krwionośne dostarczają tlen oraz składniki odżywcze niezbędne do intensywnego metabolizmu komórek biorących udział w gojeniu rany. Jest to proces bardzo złożony i nie do końca poznany.

3. Faza przebudowy i remodelingu. W tej fazie następuje przekształcenie ży-

woczerwonej ziarniny w białą tkankę zawierającą dużą liczbę włókien kolagenowych. Rana ulega obkurczeniu, powierzchnia zmniejszeniu, w całości zostaje pokryta cienką warstwą nabłonka. Po zakończeniu przebudowy prawidłowo zagojona rana traci cechy blizny przerostowej, ulega zmniejszeniu, ścięnczeniu i zblednięciu. Odmienność fizjologiczną nowego naskórka cechuje pozbawienie mieszków włosowych, gruczołów i melanocytów. Zapewnia on jednak odporność na rozciąganie i rozerwanie, a wytrzymałość ta zwiększa się podczas zachodzących w fazie bliznowacenia procesów modelowania i naprawy. Nigdy jednak nie osiąga wytrzymałości zdrowej skóry (uznaje się, że ma jej tylko 70%).

Proces leczenia ran przewlekłych powinien uwzględniać strategię **TIME** (European Wound Management Association, EWMA), której zadaniem jest usystematyzowanie sposobu procesu leczenia rany. Strategia TIME jest drogowskazem procesu, którego kolejne składowe wskazują na właściwą drogę postępowania poprzez zapewnienie optymalnych warunków w łóżysku rany. Praktyczne wdrożenie strategii TIME wymaga dokładnej diagnostyki i oceny rany. Strategią jest monitorowanie postępów gojenia, co przekłada się na modyfikację podjętych działań i umożliwia szybką reakcję na niekorzystne zmiany. Rutynowa ocena rany powinna być zasadniczą częścią rozpoznania, monitorowania leczenia oraz prognozowania.

TIME

- T** (tissue management) - opracowanie tkanek;
- I** (inflammation and infection control) - kontrola zapalenia i infekcji;
- M** (moisture balance) - równowaga w zakresie wilgotności;
- E** (epithelial (edge) advancement) - rozwój nabłonka/zbliżanie się brzegów rany.

Czynniki zakłócające proces gojenia rany

W warunkach prawidłowych kolejność procesu gojenia się ran jest przewidywalna. Jednak złożony i wieloaspektowy proces gojenia w przypadku ran przewlekłych zakłócają liczne czynniki, takie jak: uwarunkowania osobnicze pacjenta i jego schorzenia, stosowana farmakoterapia, czynniki środowiskowe, obecność innej rany przewlekłej i jej cechy (lokalizacja, wielkość, struktura, właściwości). Wpływ mają także czynniki związane z jakością usług medycznych, zwłaszcza wiedza i kompetencje pielęgniarek i lekarzy. Rozpoznanie, ocena i eliminowanie potencjalnych czynników wymaga od personelu realizującego usługi medyczne dogłębnej wiedzy mającej na celu postawienie trafnej diagnozy oraz analizy i ewaluacji procesu leczniczego pod kątem zmieniających się wskaźników biofizjologicznych procesu gojenia w ranie przewlekłej.

CZYNNIKI ENDOGENNE: bezpośrednio związane z samym pacjentem, tj. obniżona temperatura w dniu rany (optymalna to ok. 30°C), niedotlenienie tkankowe organizmu w przebiegu występujących schorzeń, np. hipowolemia, przewlekła niewydolność układu oddechowego, sercowo-naczyniowego, niedokrwistość oraz miejscowe: obecność martwicy, nieodpowiednie do stanu rany opatrunki. Do endogennych czynników bezpośrednio spowalniających proces gojenia się rany zaliczyć możemy **hipoproteinemię** (poziom albumin w organizmie poniżej 2 g/dl), gdyż gojenie ran w dużej mierze zależy od zdolności organizmu do syntezy białek, niedożywienie zaś wpływa niekorzystnie. **Przewlekła niewydolność nerek i wątroby** upośledza gojenie rany poprzez zwolnienie wytwarzania ziarniny i wpływ na syntezę złej jakości kolagenu, niedokrwistość.

Cukrzyca z niewyrównanym poziomem glikemii, otyłość - obfita tkanka podskórna powoduje destabilizację pierwotnej macierzy, która stanowi podłoże do interakcji komórek biorących udział w gojeniu ran, a stany nadkrzepliwości, powodując zatorowość w mikrokrażeniu skóry, prowadzą do miejscowego niedokrwienia, martwicy. **Zaburzenia hormonalne i choroby o przebiegu autoimmunologicznym, hipowitaminozy A, C, E, B1 i innych substancji chemicznych**, jak opisuje literatura problemu, wywierają niekorzystny wpływ na przebieg gojenia się rany.

Postępowanie z raną przewlekłą to przywrócenie równowagi czynnikom warunkującym proces jej gojenia. Kompleksowe i zorganizowane działanie oparte na współpracy z chorym powinno zmierzać ku wyrównaniu stanu fizykalnego i uzupełnieniu niedoborów białkowo-witaminowych, ponieważ systematyczna farmakoterapia oraz suplementacja preparatami uzupełniającymi niedobory pozwoli na zapewnienie optymalnych warunków gojenia. Warto dodać, że istotnym elementem terapii jest dobrostan psychiczny pacjenta.

CZYNNIKI EGZOGENNE: współcześni badacze koncentrują się obecnie na eliminacji czynnika zakłócającego proces gojenia, jakim jest miejscowe zakażenie i biofilm.

Zakażenie - bogate w substancje odżywcze, wilgotne środowisko ran przewlekłych stanowi korzystne warunki dla rozwoju drobnoustrojów zasiedlających powierzchnię ran, które uruchamiają kaskadę niepoemyślnych następujących po sobie reakcji, wynikiem czego jest zakażenie. Obecność drobnoustrojów (bakterie tlenowe, beztlenowe, grzyby) potwierdzonych badaniami mikrobiologicznymi osłabia lub całkowicie hamuje procesy naprawcze w ranie przewlekłej. Do naj-

CZYNNIKI ZAKŁÓCAJĄCE PROCES GOJENIA RANY

CZYNNIKI ENDOGENNE

- miejscowe zimno
- niedotlenienie
- hipoproteinemia
- przewlekła niewydolność nerek, wątroby
- cukrzyca
- otyłość
- hipowitaminozy
- niski poziom cynku
- nadkrzepliwość krwi
- urazy

CZYNNIKI EZOGENNE

- zakażenia miejscowe i ogólnoustrojowe
- przyjmowanie glikokortykosteroidów
- przyjmowanie leków glikotoksycznych
- napromienianie energią jonizującą

groźniejszych i najpowszechniejszych patogenów cechujących się dużą zjadliwością, wytwarzaniem toksyn i enzymów zaliczane są: *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Streptococcus pyogenes*, *Escherichia coli*. W 76% przypadków wykrywa się 2-5 gatunków bakterii.

Zakażenie może się pojawić na każdym etapie gojenia rany i nie tylko spowodować ten proces, lecz wręcz stać się zagrożeniem dla życia pacjenta. Dlatego istotne są działania zapobiegawcze, do których należy oczyszczenie rany oraz dekontaminacja. Wytyczne Polskiego Towarzystwa Leczenia Ran mają na celu eliminację niekorzystnych czynników wpływających na proces gojenia w poszczególnych jego etapach. Nie stosowanie się do ich zaleceń może doprowadzić do zatrzymania procesów naprawczych.

Biofilm - formowanie się biofilmu na powierzchni rany znacznie utrudnia, a nawet uniemożliwia racjonalną terapię. Biofilm jest wielokomórkowym tworem złożonym z drobnoustrojów jednego lub wielu gatunków czy rodzajów, posiadającym zdolność do namnażania na powierzchni większości ran przewlekłych. Biofilm jest dynamicznym różnorodnym skupiskiem, które nieustannie się zmienia. Biofilm można opisać jako bakterie osadzone w gęstej, śluzowatej barierze

składającej się z cukrów i białek. Bariera biofilmu chroni mikroorganizmy przed działaniem niekorzystnych czynników zewnętrznych. Jak podają opracowania naukowe, potrzeba 8 godz. na pokrycie w całości rany skupiskiem drobnoustrojów. Jego struktura znajduje się w stanie dynamicznej równowagi i układ odpornościowy gospodarza nie jest w

stanie go zniszczyć. Ta złożona struktura stanowi barierę ochronną dla drobnoustrojów zasiedlających ranę przewlekłą i zabezpiecza ją przed mechanizmami obronnymi organizmu gospodarza, a także zmniejsza penetrację antybiotyków i elementów układu odpornościowego.

Brak jest potwierdzonych metod wykrywania biofilmu w ranach, jednak jego istnienie możemy stwierdzić na podstawie:

- dużej ilości znekrotyzowanej tkanki w łóżysku rany,
- połyskliwości (szklistości) powierzchni rany, sprawdzonym sposobem oceny jest zrobienie zdjęcia aparatem z użyciem flesza,
- fibrynowej, żelowej powłoki,
- zwiększonego, niekontrolowanego wysięku, który niekorzystnie wpływa na integralność skóry dookoła rany, prowadząc do jej maceracji,
- charakterystycznego, nieprzyjemnego zapachu z rany.

Zastosowanie w praktyce klinicznej innowacyjnych i usystematyzowanych strategii postępowania z raną przewlekłą, szczególnie z jej miejscowymi barierami utrudniającymi gojenie, ma istotne znaczenie. Rany przewlekłe, ze względu na wysokie zagrożenie zasiedlenia przez

patogeny, wymagają postępowania leczniczego, którym z wyboru jest przestrzeganie zasad aseptyki, oczyszczenie rany, stosowanie środków antyseptycznych oraz nowoczesnych opatrunków przeciwdrobnoustrojowych, które w znacznym stopniu ograniczają adhezję drobnoustrojów i redukują ich liczbę w ranie do bezpiecznego poziomu. Wytyczne EWMA (European Wound Management Association) oraz zalecenia PTLR nakazują postępowanie miejscowe z raną oparte na strategii TIME jako naturalnym mechanizmie warunkującym niepowikłany przebieg gojenia. Wykluczenie agresywnych i hamujących proliferację niekorzystnych działań terapeutyczno-pielęgnacyjnych na każdym etapie pozwoli na zidentyfikowanie przeszkód zakłócających proces gojenia rany i przeciwdziałanie im.

Kaskada wzajemnie zachodzących procesów przebudowy na każdym etapie gojenia się rany przewlekłej, wewnątrz której wielokrotnie powtarzają się procesy fazy zapalnej i wytwórcze, sprawia, że nie dochodzi do obkurczenia, prawidłowego bliznowacenia i epitelializacji rany.

Różne metody opracowania rany

Powinno być podejmowane zawsze, gdy rana przewlekła ulega zanieczyszczeniu. Stosowane są różne metody opracowania rany: opracowanie autolityczne, enzymatyczne, chirurgiczne, antyseptyczne oczyszczenie, hydroterapia, zastosowanie podciśnienia, ultradźwiękowa metoda oczyszczania. Najważniejszą zasadą pozostaje wybór najprostszej i najmniej traumatycznej metody, która zapewni możliwie szybkie oczyszczenie rany. Wytyczne Polskiego Towarzystwa Leczenia Ran zalecają stosowanie lawaseptyków do fizycznego oczyszczania ran zarówno bez objawów zakażenia, jak i objętych tym procesem. Głównym celem lawaseptyki jest oczyszczenie rany

poprzez fizyczne usunięcie (wyplukanie) z jejłożyska substancji szkodliwych, np. endo- i egzogennych substancji trujących, pozostałości tkanek, toksyn, biofilmu. W przypadku ran nieobjętych procesem infekcji powinny być stosowane lawaseptyki, czyli roztwory wodne z zawartością detergentu, zarejestrowane jako wyroby medyczne, tj. 0,9% NaCl, płyn Ringera, które służą do przemywania, oczyszczania i usuwania wydzieliny z rany za pomocą irygacji lub zmniejszające napięcie powierzchniowe wydzieliny z rany za pomocą irygacji (zawierające domieszki antyseptyków). Stosowanie środków antyseptycznych zalecane jest krótkoterminowo do 7 dni w przypadku ran zagrożonych zakażeniem oraz zakażonych np. preparaty na bazie octenidyny, preparaty PVP-jodowe. Regularne płukanie rany pozwala na usunięcie tkanek martwiczych, biofilmu drobnoustrojowego, włókniaka oraz wysięku i eradykację patogenów bez uszkodzenia pozostałych, zdrowych tkanek.

Nowoczesne opatrunki odgrywają również istotną rolę w zabezpieczeniu rany przed inwazją drobnoustrojów chorobotwórczych, a także w leczeniu zakażenia. W ranach z czynnym procesem infekcji zalecane są opatrunki o działaniu przeciwdrobnoustrojowym, które mają zdolność sekwestracji wysięku wraz z drobnoustrojami, a także absorbujące zapach, np. opatrunki hydrowłókniste lub piankowe z jonami srebra, opatrunki Technologii HydrofiberTM pozwalające na wchłonięcie dużej ilości wysięku i przekształcenie go w postać żelową, która zamyka w swojej strukturze drobnoustroje, redukując ryzyko ich przeniesienia. Poprzez swoje właściwości zapewnia wilgotne, bezpieczne środowisko; opatrunki zawierające węgiel aktywowany i inne ze środkami przeciwdrobnoustrojowymi.

W drugiej fazie ziarninowania i naszkórkowania (wzrostu) istotną rolę postę-

powania jest zastosowanie odpowiednio dobranych opatrunków, które mają za zadanie:

- utrzymanie wilgotnego, bezpiecznego środowiska w ranie,
- pochłanianie nadmiaru wysięku,
- ochrona przed urazami mechanicznymi,
- zapobieganie infekcji wtórnej,
- ochronę delikatnego naskórka podczas zmiany opatrunku.

Faza dojrzewania (przebudowy) skupia się na utrzymaniu struktury tkanki bliznowatej, a przebudowa prowadzi do poprawy wytrzymałości blizny, jej

zmniejszenia i wygładzenia. Ten etap może trwać miesiącami, a nawet latami. Priorytetowym zadaniem jest ochrona i podtrzymanie zmienionej fizjologicznie skóry przed niekorzystnymi czynnikami mogącymi uszkodzić jej strukturę. Zadaniem personelu medycznego jest edukacja i dobranie opatrunku o właściwościach zapewniających wygładzenie powstałej blizny, jej wybielenie i zmniejszenie się.

*Bożena Ewa Kopcych
Praktyka Pielęgniarska,
SD Zakład Zintegrowanej
Opieki Medycznej,*

*Wydział Nauk o Zdrowie, UM Białystok
Przedruk „Magazyn Pielęgniarki i Położnej”*

Fakty i mity na temat szczepień

Szczepienia ochronne są uważane za jedno z największych osiągnięć zdrowotnych ludzkości, są najskuteczniejszą metodą zapobiegania chorobom zakaźnym. Zgodnie z danymi WHO i UNICEF dzięki szczepieniom zapobiega się rocznie 2 -3 milionom zgonów z powodu takich chorób, jak błonica, tężec, krztusiec i odra.

Dlaczego pokutują zatem w świadomości społecznej mity na temat ich szkodliwego działania?

W Polsce jest duża tzw. wyszczepialność dzieci i młodzieży, która przekracza 95% populacji. Jest to liczba stanowiąca wystarczające zabezpieczenie przed szerzeniem się chorób zakaźnych, ale od 2011 r. sukcesywnie wzrasta liczba dzieci niezaszczepionych. Praktyka kontrolowanego indukowania odporności spotkała się ze sprzeciwem już na początku swego istnienia. Prawie 300 lat temu, kiedy w Stanach Zjednoczonych rozpowszechnił się zabieg wariolizacji - uodpornienia przeciwko ospie prawdziwej z użyciem

materiału zakaźnego pozyskanego z wykwitów skórnych osób chorych na ospę, Cotton Mather tak opisywał przeciwników szczepień: „Są tak niedorzeczni, że równie dobrze można apelować o rozsądek do słupa albo sprzeczać się z trąbą powietrzną”. Rodzice bardzo często za przyczynę odmowy szczepienia swojego dziecka podają powody, które w rzeczywistości nie są zgodne z prawdą, a mianowicie:

Tiomersal zawarty w szczepionkach powoduje autyzm u dzieci, działa toksycznie na OUN i może powodować zatrucia.

Tiomersal jest to etylowa pochodna rtęci o silnych właściwościach bakterio- i grzybobójczych. Etylortęć nie kumuluje się w organizmie dziecka. Metabolizm i farmakokinetyka Tiomersalu różnią się od metylortęci znajdującej się w środowisku, a która jest związkiem o dobrze poznanej toksyczności i może kumulować się w organizmie oraz wykazuje działanie neurotoksyczne. W 1998 r. bry-

Szczepiąc dzieci, chronimy nie tylko je same

Proces podejmowania decyzji o szczepieniach jest złożony i zależy od wielu wzajemnie oddziaływujących na siebie czynników, które obejmują dane naukowe, ekonomię, psychologię, politykę oraz czynniki społeczno-kulturowe. Istotny wpływ na proces podejmowania przez rodziców decyzji odnośnie szczepień ma ocena wiarygodności źródła informacji dotyczących szczepień, a na ten aspekt można wpływać poprzez odpowiednie przygotowanie personelu opieki zdrowotnej do skuteczniejszej komunikacji z rodzinami. Świadomość rodziców dotycząca szczepień noworodków i niemowląt jest kluczem do sukcesu szczepień, a co za tym idzie - do zmniejszania zachorowalności albo całkowitego wyeliminowania bardzo groźnych dla zdrowia i życia chorób. W tej grupie wiekowej prowadzone są szczepienia uodparniające dzieci często na całe ich życie. Złożoność problemu wynika również z faktu, że szczepiąc dzieci, chronimy nie tylko je same. Dzięki zaszczepieniu odpowiednio dużego odsetka ludności, wytwarza się bowiem odporność zbiorowiskowa zapewniająca ochronę większej społeczności, a zwłaszcza osób, które nie mogą być szczepione z powodu przeciwwskazań. Zaszczepienie własnego dziecka w celu ochrony innych wymaga altruizmu i empatycznego podejścia do tej bardziej zagrożonej części społeczeństwa.

tyjski gastroenterolog Andrew Wakefield opublikował artykuł, w którym wysunął wniosek, że szczepionka MMR wywołała zapalenie jelit, które doprowadziło do translokacji do krwioobiegu, a następnie do mózgu białek mających negatywny wpływ na rozwój dzieci. Udowodniono, że publikacja zawierała istotne błędy metodologiczne, graniczące z fałszerstwem naukowym. Przeprowadzono wiele badań mających na celu odpowiedź na pytanie, czy szczepionka MMR powoduje autyzm i jednoznacznie udowodniono brak zależności pomiędzy szczepieniem, a zachorowaniem. Statystyki wykazały, że liczba dzieci autystycznych w krajach, które wycofały szczepionkę, była nie mniejsza niż w krajach, gdzie podawano MMR. Wyniki badań prowadzonych w Europie przez EMEA (European Agency for the Evaluation of Medicinal Products) u niemowląt w pierwszych 6 miesiącach

życia szczepionych szczepionkami zawierającymi Tiomersal wykazują, że etylortęć pochodząca z Tiomersalu jest usuwana z organizmu w ciągu 4-9 dni. Kolejne badania prowadzone przez FDA w USA dały podobne wyniki do EMEA. Badania te nie potwierdziły również podejrzenia, że Tiomersal powoduje zaburzenia neurologiczne u dzieci. Inne ośrodki prowadząc badania wykazały, że po podaniu szczepionki z Tiomersalem niemowlętom w 2. i 6. miesiącu życia poziom

rtęci we krwi wzrósł ponad bezpieczną granicę, a etylortęć została szybko wydalona z organizmu z kałem. W 1999 r. AAP (Amerykańska Akademia Pediatrii) zaleciła usunięcie rtęci ze szczepionek podawanych niemowlętom. Od 1 stycznia 2012 r. wycofano szczepionki zawierające Tiomersal. W Polsce tylko jedna szczepionka zawiera Tiomersal - jest to DTP z całokomórkowym komponentem krztuścowym. Najnowsze badania wykazują, że autyzm to choroba uwarunkowana genetycznie.

Zaszczepią swoje dziecko, gdy będzie starsze.

System immunologiczny, czyli system odpornościowy człowieka, to mechanizmy chroniące przed bakteriami, wirusami, pasożytami, toksynami i innymi

czynnikami chorobotwórczymi. Dziecko przychodzi na świat z wrodzoną odpornością nieswoistą. W pierwszych tygodniach życia jesteśmy chronieni tylko dzięki przeciwciałom otrzymanym od matki w okresie płodowym. Naturalna bariera zanika jednak dość szybko i tworzy się własny układ obronny. Uzyskujemy odporność swoistą nabytą. System odpornościowy rozwija się u dziecka dopiero w 8.-12. roku życia, niektóre jego funkcje działają sprawnie dopiero u 15-18-latka, dlatego właśnie dzieci chorują częściej niż dorośli. Podając dziecku jak najszybciej szczepionkę, czyli biologiczny preparat odpornościowy, zawierający określony antygen lub antygeny, pobudza się odpowiedź immunologiczną i wytwarzanie przeciwciał. Wprowadzenie antygeny ze szczepionki do organizmu uruchamia produkcję swoistych przeciwciał przeciw konkretnym patogenom. Szczepionka dla dzieci pobudza więc naturalną odporność, a dzięki pamięci immunologicznej zyskujemy odporność za zakażenie konkretnym drobnoustrojem chorobotwórczym już we wczesnym okresie jego życia, bowiem nie ma jeszcze wykształconego systemu odpornościowego.

Podając dziecku jednocześnie więcej niż jedną szczepionkę, można zwiększyć ryzyko szkodliwych skutków ubocznych, które mogą prowadzić do przeciążenia dziecięcego układu odpornościowego.

Szczepionki nie przeciążają układu odpornościowego. Układ immunologiczny człowieka ma ogromne możliwości reagowania na wiele antygenów. Dzieci są w stanie odpowiedzieć na około 10 000



różnych antygenów jednocześnie. Szczepionki podawane w 2., 4., 6. miesiącu życia angażują poniżej 0,01% zdolności reagowania układu immunologicznego dziecka, a więc stanowią znikomą część tego, z czym musi sobie układ odpornościowy radzić w razie zwykłego przeziębienia czy bólu gardła z drobnoustrojami w ich pełnym składzie antygenowym. Odpowiedź immunologiczna wywołana przez dużą ilość antygeny jest znacznie większa niż odpowiedź nawet na wiele szczepionek podanych jednocześnie. Dlatego nie ma podstaw do obaw, że podawanie wielu szczepień jednocześnie lub szczepienia wieloskładnikowe będą zbyt dużym obciążeniem dla układu immunologicznego dziecka. Mimo Coraz większej liczby zalecanych szczepionek dla dzieci, obciążenie układu odpornościowego w rzeczywistości się zmniejszało.

Szczepienia mogą powodować zachorowanie na cukrzycę typu 1.

Poszukując związku między wystąpieniem cukrzycy, a otrzymanymi szczepieniami, Duderstadt i współpracownicy przeprowadzili retrospektywną analizę w grupie 2 385 102 osób personelu armii amerykańskiej. W porównaniu z niezszczepionymi osobami nie stwierdzono zwiększenia ryzyka zachorowania na ten

rodzaj cukrzycy u osób szczepionych. Z wniosków tego badania wynika, że u osób szczepionych przeciwko WZW typu B, odrze, śwince i różyczce (szczepionką MMR) oraz żółtej gorączce obserwuje się nawet istotnie mniejszą zapadalność na cukrzycę.

Choroby, przeciwko, którym się szczepi, są już prawie nieobecne, nie ma zatem powodów, aby szczepić dzieci.

W dzisiejszych czasach paradoksalnie sukces szczepionek stał się ich wrogiem. Bardzo skuteczne programy szczepień sprawiły, że zachorowania na choroby, przeciwko którym istnieją szczepionki, stały się rzadkością, co wielu ludzi skłoniło do wątpienia w potrzebę szczepień. Eliminacja choroby zakaźnej w wyniku realizacji powszechnego programu szczepień prowadzi do samozadowolenia, a ustąpienie zagrożenia wpływa na bilansowanie ryzyka i korzyści. Ryzyko związane z zachorowaniem wydaje się tak małe, zatem większe wydaje się zagrożenie związane ze szczepieniem. Choroby, przeciwko którym są prowadzone szczepienia, nadal istnieją. Populacyjna skuteczność szczepień zależy od dużego odsetka zaszczepionych. Jeżeli w dalszym ciągu będzie spadała liczba dzieci zaszczepionych (odsetek zaszczepionych spadnie poniżej 95%), choroby mogą szybko powrócić tam, gdzie kiedyś miały znikomy zasięg. Dobry przykład stanowi odra, bardzo zaraźliwa choroba, która

jest skutecznie kontrolowana w Polsce, a w krajach, w których odsetek zaszczepionych się zmniejszył, na przykład w Niemczech, Wielkiej Brytanii, obserwuje się nawrót zachorowań. Wirus polio stale rozpowszechnia się w innych państwach i okazuje się, że przyczyniają się do tego osoby dorosłe. Aktualnie sytuacja jest na tyle niepokojąca, że 5 maja 2014 r. Światowa Organizacja Zdrowia wydała komunikat, w którym określiła transgraniczne rozprzestrzenianie się wirusa polio jako wydarzenie nadzwyczajne, stanowiące międzynarodowe zagrożenie dla zdrowia publicznego. Należy wspomnieć, że na polio nie ma lekarstwa, dlatego tak ważna jest profilaktyka, czyli szczepienia. Wirusy odrzy i różyczki nadal występują endemicznie w Polsce. Całkowite wyeliminowanie tych dwóch chorób zakłada Europejski Plan Działania na rzecz Szczepień na lata 2015—2020 w Polsce, natomiast Narodowy Program Zdrowia na lata 2016-2020.

Obawa przed wystąpieniem NOP (Niepożądany Odczyn Poszczepienny).

Staranne przestrzeganie wszystkich zasad dotyczących szczepień ma na celu między innymi poprawę ich bezpieczeństwa, jednak nie jest w stanie całkowicie wyeliminować ryzyka wystąpienia niepożądanych odczynów poszczepiennych. Niepożądany odczyn poszczepienny (NOP) to zgodnie z definicją opracowaną przez Światową Organizację Zdrowia

ROLĄ SZCZEPIEŃ OCHRONNYCH JEST ZAPOBIEGANIE CHOROBYM ZAKAŻNYM, KSZTAŁTOWANIE ODPORNOŚCI CAŁEJ POPULACJI, ZAPEWNIENIE OCHRONY TAKŻE TYM OSOBOM, KTÓRE ZE WZGLĘDU NA ZDROWOTNE PRZECIWWSKAZANIA NIE MOGŁY BYĆ ZASZCZEPIONE BĄDŹ PRZYJMUJĄ LEKI IMMUNOSUPRESYJNE.

(WHO) medyczny objaw czasowo związany ze szczepieniem, który może być spowodowany wieloma przyczynami, takimi jak:

- **działanie szczepionki** - objawy i choroby, które wystąpiły w wyniku indywidualnej reakcji organizmu człowieka szczepionego na zastosowanie szczepionki,
- **błąd szczepienia** - obejmujący szeroki zakres przyczyn związanych z nieprzestrzeganiem zaleceń dotyczących produkcji, przechowywania i transportu oraz błędów w technice wykonania szczepienia,
- **współistnienie objawów lub chorób** - zbieżność czasowa wystąpienia objawów choroby przypadkowo związana ze szczepieniem

HISTORIA SZCZEPIEŃ OCHRONNYCH W POLSCE

Spojrzenie w przeszłość ilustruje, co osiągnęliśmy dzięki szczepie- niom.

Już w XVII wieku na ziemiach polskich przeprowadzono pierwsze próby zastosowania szczepienia czynnego przeciwko ospie prawdziwej. Pionierami tych akcji byli Vollgang z Wrocławia i Szulc z Torunia. Szczepienia polegały wtedy na wywołaniu łagodnej postaci ospy, która powodowała odporność czynną na tę chorobę. Metodą szczepienia było zdrapywanie chorym na ospę strupów, które SUSZOt10 i ścierano na proszek, a potem mieszano z ziołami i wcierano zdrowym osobom. Ta metoda była jednak niebezpieczna, gdyż osoba zaszczepiona czasami zarażała rodzinę i otoczenie. Lepszy był sposób szczepienia, nazywany wakcynacją, opracowany przez Edwarda Jennera. Polegał on na użyciu materiału zakaźnego

od chorej krowy, a nie chorego człowieka. W Polsce w latach 1801-1802 szczepienia metodą wakcynacji zastosowali Hiacynt Dziarkowski, Wojciech Jerzy Boduszynski oraz Franciszek Neuhauser. W 1808 r. w Wilnie i Warszawie zorganizowano pierwsze Instytuty Szczepień Ospy Krowiej. Trzy lata później Napoleon Bonaparte wydał w Polsce postanowienie o obowiązkowym szczepieniu w szkołach, a w 1815 r. wprowadzono obowiązkowe szczepieniu w wojsku.

W roku 1886 Polska stała się ważnym ośrodkiem szczepień ochronnych przeciwko wściekliznie. Polski bakterjolog Odo Bujwid po kilkumiesięcznym pobycie w Paryżu zakłada w Warszawie - drugą po paryskiej - filialną stację szczepień przeciwko wściekliznie metodą Pasteura. Do Warszawy zaczynają przybywać pogryzieni przez wściekłe zwierzęta z całej wschodniej i środkowej Europy. Podobne stacje tworzy Bujwid nieco później w Krakowie, Petersburgu, Kijowie, Odessie. W 1890 r. wybitny niemiecki bakteriolog Robert Koch ogłasza, że znalazł sposób na leczenie gruźlicy za pomocą opracowanego przez siebie preparatu. Polak Odo Bujwid nadaje preparatowi nazwę Tuberkulina. Robert Koch w roku 1905 za wszechstronne badania nad prątkami gruźlicy otrzymał Nagrodę Nobla, a praktykę lekarską rozpoczął w 1865 jako lekarz powiatowy w Wolsztynie.

W 1919 r. Polak Rudolf Weigl opracował pierwszą skuteczną szczepionkę przeciwko tyfusowi plamistemu. Staje się to możliwe dzięki opracowanej również przez niego metodzie sztucznego zakażenia wszy zarazkami tyfusu. Światowy rozgłos przyniosła Weiglowi akcja szczepień przeciw durowi plamistemu w katolickich misjach belgijskich w Chinach (odznaczony orderem św. Grzegorza oraz wielokrotnie nominowany do Nagrody Nobla). Do lwowskiego Instytutu prof. Weigla przyjeżdżali naukowcy z całego świata,

by poznawał tajniki wiedzy biologicznej i uczyć się metod badawczych.

Rok 1923 - Polak Jan Danysz, kierownik działu mikrobiologii rolniczej Instytutu Pasteura wyjaśnił mechanizm działania anatoksyn. tym samym przyczynił się do kolejnego odkrycia w walce z błonicą.

W 1950 r. polski immunolog i mikrobiolog (pracujący od czasu II wojny światowej w USA) prof. Hilary Koprowski po wielu próbach znalazł dla wirusa polio gospodarza, który w warunkach naturalnych nie zakaża się, i z którego wirus wy-

chodzi osłabiony. Pierwsze masowe szczepienie szczepionką Koprowskiego miało miejsce w roku 1958 w Kongo.

Jesienią 1959 r. z inicjatywy profesora Feliksa Przesmyckiego, ówczesnego dyrektora PZH w Warszawie, rozpoczęto masowe szczepienia w Polsce. Masowe szczepienia wyeliminowały rodzime zachorowania na ospę prawdziwą.

*mgr pol. Małgorzata Misik
Oddział Noworodkowy, Beskidzkie
Centrum Onkologii - Szpital Miejski
w Bielsku-Białej*

Przedruk „Magazyn Pielęgniarki i Położnej”

Stanowisko konsultanta kr. w dz. medycyny rodzinnej z dnia 30 kwietnia 2020 r. dotyczące przeprowadzania badań bilansowych u dzieci w czasie trwania pandemii COVID-19

Mając na uwadze Komunikat Głównego Inspektora Sanitarnego z 17 kwietnia 2020r. w sprawie wykonywania szczepień ochronnych w czasie pandemii COVID-19, zalecający wznowienie bieżącej realizacji wszystkich szczepień obowiązkowych w ramach Programu Szczepień Ochronnych u dzieci, **zalecam uwzględnienie w realizacji opieki profilaktycznej nad dziećmi badań bilansowych, a w pierwszej kolejności - bilansów w czasie rocznego obowiązkowego przygotowania przedszkolnego** (tzw. bilans 6-latką). Badania bilansowe w innych grupach wiekowych należy realizować w miarę możliwości organizacyjnych przychodni, mając na względzie, iż pierwszeństwo realizacji opieki profilaktycznej mają szczepienia (przede wszystkim najmłodszych dzieci) oraz bilanse 6-latków.

Planując badanie bilansowe, należy podzielić je na dwa etapy:

1. **teleporadę**, podczas której należy przeprowadzić badanie podmiotowe oraz te elementy bilansu, które można omówić telefonicznie, wynikające z Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. ws. świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. 2019 poz. 736 z późn. zm.)

Z uwagi na trwającą pandemię, elementem teleporady powinien być wywiad epidemiologiczny, który powinien zawierać pytania dotyczące:

- epidemiologicznych czynników ryzyka zakażenia SARS-CoV-2 zarówno u dziecka, jak i jego opiekunów i innych domowników (np. kontakt w ciągu ostatnich 14 dni z osobą zakażoną lub chorą na COVID-19 lub przebywającą w kwarantannie z powodu ryzyka zakażenia SARS-CoV-2, powrót w ciągu 14 ostatnich dni z zagranicy),

- objawów ostrej infekcji dróg oddechowych, biegunki lub innych objawów, które mogłyby wskazywać na COVID-19, zarówno u dziecka, jego opiekunów, jak i innych domowników

Jeśli jakaś odpowiedź na pytania z wywiadu epidemiologicznego jest twierdząca, należy odstąpić od przeprowadzenia bilansu i postępować w zależności od wywiadu (zgłoszenie do PSSE, skierowanie do Izby Przyjęć Oddziału Zakaźnego celem wykonania diagnostyki, etc.).

2. **wizytę osobistą w poradni**, podczas której należy przeprowadzić badanie bilansowe, uwzględniające ocenę stanu zdrowia, zgodną z zapisami wspomnianego wyżej rozporządzenia.

Należy pamiętać, że wg obecnie obowiązujących przepisów, jeśli badanie przesiewowe nie zostanie wykonane w czasie rocznego obowiązkowego przygotowania przedszkolnego, to przeprowadza się je w pierwszej klasie szkoły podstawowej.

Zasady organizacji badań bilansowych:

1. Część 1 i 2 badania bilansowego powinny się odbyć w odstępie nie dłuższym niż tydzień. Jeśli odstęp czasowy pomiędzy teleporadą, a wizytą osobistą jest dłuższy niż „z dnia na dzień”,

w dniu poprzedzającym wizytę osobistą w poradni należy przeprowadzić aktualizację wywiadu epidemiologicznego.

2. Jeśli istnieje taka możliwość organizacyjna, zaleca się połączenie wizyty bilansowej z wykonaniem szczepień obowiązkowych i zalecanych.
3. Należy poinformować opiekuna/rodzica, że z dzieckiem może przyjść tylko jedna osoba, bez objawów infekcji, posiadając maskę ochronną dla siebie i dziecka.
4. Należy stosować separację czasową lub przestrzenną wizyt, aby w tym samym miejscu i/lub czasie w poczekalni nie przebywali pacjenci zdrowi i z objawami chorobowymi. Należy tak planować grafik przyjęć, aby uniknąć gromadzenia się pacjentów i opiekunów w poczekalni.
5. Personel medyczny przeprowadzający bilans musi stosować zasady dotyczące zapobiegania zakażeniom przenoszonym drogą kropelkową lub bezpośredniego kontaktu:

- środki ochrony indywidualnej: maseczka chirurgiczna z przyłbicą, rękawiczki jednorazowe, fartuch (preferowany fartuch jednorazowy, a w przypadku braku – czysty fartuch wielorazowy, wykorzystany wyłącznie do badania dzieci zdrowych)

- dezynfekcję powierzchni i sprzętów, z którymi styka się pacjent (kozetka, waga, stetoskop, sprzęt do badań bilansowych, inny drobny sprzęt medyczny używany przy pacjencie) - po każdym pacjencie.



*Konsultant krajowy
w dz. medycyny rodzinnej
dr hab. n. med. Agnieszka
Mastalerz-Migas*

Wytyczne do stosowania przez pielęgniarki POZ w czasie epidemii wirusa SARS-CoV-2

W związku z ogłoszeniem stanu epidemii w Polsce i stale rosnącą liczbą zachorowań na COVID-19 – chorobę wywołaną przez wirusa SARS-CoV-2 wprowadza się dla pielęgniarek POZ wytyczne, których należy bezwzględnie przestrzegać podczas realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie pielęgniarstwa POZ.

Organizacja pracy pielęgniarki POZ w czasie ogłoszonej epidemii koronawirusem SARS-CoV-2

Zaplanuj pracę w ciągu dnia na:

1. **Wizyty domowe** – tylko pacjenci wymagający pilnej wizyty domowej w przypadkach uzasadnionych medycznie- po wcześniejszym uzgodnieniu telefonicznym
2. **Wizyty w gabinecie pielęgniarki POZ** - minimalizuj wizyty - tylko pacjenci z pilnym skierowaniem na zabiegi pozostające w kompetencji pielęgniarki POZ
3. **Teleporady w gabinecie pielęgniarki POZ**

Wizyty domowe

1. Ogranicz wizyty domowe do wizyt niezbędnych, wyłącznie do pacjentów pilnych! Zminimalizuje to ryzyko dla Ciebie i pacjenta transmisji infekcji COVID-19
2. Pacjent stabilny powinien być poinformowany poprzez rozmowę telefoniczną o możliwości konsultacji z pielęgniarką rodzinną metodą tele-

porady z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności. Pacjent powinien otrzymać również informację o możliwości otrzymania kodu do e- recepty oraz środków pomocniczych poprzez łączność telefoniczną.

3. Wszystkie wizyty domowe wynikające ze zlecenia lekarza oraz te pozostające w kompetencji pielęgniarki POZ, powinny być poprzedzone wcześniej wywiadem telefonicznym, z pacjentem lub jego rodziną . Wiedza zdobyta podczas wywiadu epidemiologicznego telefonicznego pozwoli na podjęcie szczególnych środków ostrożności podczas wizyty domowej oraz pozwoli na dokładne zaplanowanie działań podczas wizyty domowej. W rozmowie telefonicznej zadaj pytania:

- czy ktoś z domowników w okresie ostatnich 14 dni przebywał w rejonie transmisji koronawirusa?
- czy w ostatnich 14 dniach pacjent miał kontakt z osobą, która wróciła z kraju transmisji koronawirusa?
- czy w okresie ostatnich 14 dni pacjent miał kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie koronawirusem SARS CoV-2 ?
- czy pacjent lub ktoś z domowników obserwują u siebie objawy ostrej infekcji dróg oddechowych - jak gorączka po wyżej 38°C kaszel, duszność, trudności w oddychaniu?

Jedna z tych odpowiedzi twierdząca powoduje, że pilna wizyta domowa pielęgniarki rodzinnej musi odbyć się bezwzględnie z zastosowaniem środków ochrony indywidualnej !! Środki ochrony indywidualnej zgodne z wytycznymi GIS i WHO.

UWAGA!

Jeżeli pacjent informuje pielęgniarkę, że sam lub inna osoba z domowników ma gorączkę powyżej 38°C, kaszel, trudności w oddychaniu – proszę ustalić w porozumieniu z lekarzem POZ - teleporadę lekarza POZ. Lekarz POZ podejmie wówczas decyzję co dalej z pacjentem. Natomiast, gdy pacjent informuje, że jest z kontaktu, a nie ma objawów (pacjent bezobjawowy) powinien otrzymać informację od pielęgniarki POZ o konieczności kontaktu telefonicznego ze stacją SANEPID (proszę podać pacjentowi telefon do SANEPID).

Przed wizytą domową przygotuj zestaw środków ochrony indywidualnej

PAMIĘTAJ!!! Brak dostępności do środków ochrony indywidualnej powoduje, że wizyta domowa powinna zostać przełożona do czasu otrzymania lub wyposażenia pielęgniarkę w środki ochrony indywidualnej !!!

Nie narażaj siebie na zakażenie i przymusową izolację. Pozbawisz przez to innych pacjentów opieki, której przecież potrzebują!

Zalecany zestaw środków ochrony indywidualnej, dla personelu opiekującego się osobą chorą lub podejrzaną o zakażenie

1. 3 - czerwone plastikowe worki- ponumeruj worki 1,2,3
2. 1- worek plastikowy w innym kolorze

3. 2 pary rękawiczek
4. Maski twarzowa z filtrem HEPA, ewentualnie chirurgiczna
5. Fartuch ochronny nieprzeziąkliwy (lub flizelinowy jeżeli wizyta jest dyktowana wykonaniu iniekcji, innych zabiegów z przerwaniem ciągłości tkanek)
6. Gogle lub przyłbica
7. Preparat do dezynfekcji rąk na bazie alkoholu
8. Pamiętaj o związaniu lub upięciu włosów

Do wizyty domowej przygotuj tylko niezbędny i potrzebny do wykonania świadczenia zdrowotnego sprzęt.

Organizacja wizyty domowej

1. Umów telefonicznie wizytę domową
2. Zbierz wywiad epidemiologiczny zgodnie z procedurą wskazaną wyżej. Zbierz potrzebne informacje w celu zaplanowania wizyty
3. Poproś rodzinę lub pacjenta o wywieńtrzenie pokoju, w którym przebywa chory bezpośrednio przed wizytą
4. Poproś aby w pokoju pacjenta podczas wizyty przebywał tylko pacjent, bez rodziny
5. Poproś aby pacjent miał założoną maskę jednorazową w trakcie pielęgniarskiej wizyty, w sytuacji gdy jej nie posiada, a wynika to z przeprowadzonej wcześniej rozmowy telefonicznej, weź ze sobą dodatkową maskę. Jeśli nie ma takiej możliwości poproś pacjenta, aby zasłonił usta i nos np. rękawnikiem
6. Ciąg komunikacyjny do miejsca, w którym przebywa chory powinien być drożny, drzwi do pokoju chorego otwarte
7. Załóż środki ochrony indywidualnej zaraz po wejściu do domu

Zastosuj poniższy algorytm

ALGORYTM ZAŁĄDANIA ŚRODKÓW OCHRONY OSOBISTEJ

1. Swoje wierzchnie ubranie włóż do worka foliowego innego koloru niż czerwony.
2. Pamiętaj o zasadzie : „nic po niżej łokcia” co oznacza, że nie możesz mieć na ręku zegarka, pierścionków, innych ozdób na nadgarstkach.
3. Zepnij włosy.
4. Przed założeniem środków ochrony indywidualnej, zdezynfekuj ręce i nadgarstki roztworem na bazie alkoholu zgodnie z instrukcją producenta
5. Załóż pierwsze rękawice (wewnętrzne)
6. Załóż fartuch ochronny, mankiety powinny zachodzić na pierwsze rękawice
7. Załóż maskę ochronną z filtrem HEPA przykładając starannie do twarzy w okolicy ust i nosa i rozłóż ją tak, by dobrze przywierała (bez żadnych szczelin pomiędzy twarzą a maską), zlokalizuj metalowy pasek i rozmieść na twarzy tak, by środek był w okolicach nosa.
Jeżeli nie posiadasz maski z filtrem HEPA , zastępczo załóż maskę chirurgiczną i dopasuj metalowy klips na nosie.
8. Załóż okulary ochronne (gogle) lub przyłbicę
9. Załóż rękawice zewnętrzne (drugie)

Nigdy nie dotykaj maseczki w trakcie jej noszenia.

PAMIĘTAJ! w domu chorego masz ograniczone możliwości bezpiecznej wymiany maseczki.

8. Wizyta powinna trwać jak najkrócej,

maksymalnie 15 minut.

9. Wszystkie zalecenia po wizycie powinny być omówione poprzez teleporadę
10. Zdejmij środki ochrony osobistej stosując poniższy algorytm

ALGORYTM ZDEJMOWANIA ŚRODKÓW OCHRONY OSOBISTEJ

1. Zdejmij zewnętrzne rękawice wraz z fartuchem ochronnym i umieść natychmiast w 1 czerwonym worku
2. Zdejmij gogle lub przyłbicę i natychmiast umieść w 2 czerwonym worku (po powrocie z wizyty będziesz musiała je umyć i zdezynfekować)
3. zdezynfekuj rękawice wewnętrzne
4. Zdejmij maskę ochronną twarzową,(jeżeli użyłaś maski z filtrem HEPA pamiętaj aby najpierw zdjąć taśmy nagłowia potyliczną i szyjną i trzymając czasę maski odsuń maskę od twarzy zdejmując ją- umieść natychmiast w 1 czerwonym worku
5. Zdejmij wewnętrzne rękawice i umieść w 1 czerwonym worku,
6. Worek zwiń i włóż do 3 czerwonego worka.
7. Zamknij szczelnie tak aby w trakcie jazdy samochodem brudne akcesoria nie miały możliwości przemieszczania się

8. Zdezynfekuj dłonie i nadgarstki preparatem na bazie alkoholu zgodnie z instrukcją producenta
9. Pamiętaj o dezynfekcji sprzętu, który użyłś podczas udzielania świadczenia

Pamiętaj!

Pacjent, który wymaga pilnej wizyty pielęgniarki rodzinnej – uzasadnionej jego stanem zdrowia, **NIE MOŻE POZOSTAĆ BEZ OPIEKI!**

Na bieżąco śledź wytyczne Głównego Inspektora Sanitarnego!

Na bieżąco śledź ogłoszenia i komunikaty Ministra Zdrowia!

Sytuacja zmienia się dynamicznie.

Realizacja świadczeń pielęgniarskich w gabinecie pielęgniarki POZ w trakcie epidemii koronawirusa

1. Umieść informacje w widocznym miejscu o dostępności świadczeń pielęgniarskich w gabinecie pielęgniarki POZ – harmonogram
2. Realizacja zabiegów pozostających w kompetencji pielęgniarki POZ odbywa się zgodnie z ustalonym i podanym do wiadomości pacjentów harmonogramem.
3. Każdy pacjent wymagający pilnej realizacji świadczeń pielęgniarskich musi być przyjęty z zachowaniem bezpieczeństwa – przeprowadź wywiad epidemiologiczny dotyczący wirusa SARS-CoV-2, w celu oceny ryzyka COVID-19 (schemat jak wyżej)
4. Świadczenia wykonuj z założeniem środków ochrony indywidualnej
5. Pacjent do gabinetu pielęgniarki POZ powinien wejść w maseczce ochronnej, przekaz maseczkę ochronną pacjentowi natychmiast po wejściu do przychodni

6. Wizyta powinna trwać krótko
7. Wywietrz gabinet po każdym pacjencie
8. Nie zapominaj o częstym myciu rąk oraz dezynfekcji
9. Dezynfekuj klamki oraz miejsca dotykowe kilka razy w ciągu dnia
10. Pamiętaj o dezynfekcji sprzętu, który używasz- glukometr, stetoskop oraz każdy inny.

Wszystko dokumentujemy w indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta

Teleporady w gabinecie pielęgniarki POZ

1. Przygotuj się do teleporady, przygotuj dokumentację pacjenta
2. Zbierz dokładny wywiad, zdefiniuj problemy.
3. Udzielaj teleporady jednocześnie tylko jednemu pacjentowi.
4. Udzielanie kilku teleporad jednocześnie - grozi popełnieniem błędu!
5. Jeżeli udzielasz teleporady a w trakcie przyszedł pacjent do gabinetu, poproś aby zaczekał. Udzielanie jednocześnie dwóch konsultacji obarczone jest błędem!
6. Zawsze pytaj pacjenta czy dobrze zrozumiał, to o czym rozmawialiście
7. Formułuj jasno zalecenia i upewnij się czy pacjent będzie je stosował
8. Edukuj pacjenta, monitoruj telefonicznie efekty edukacji
9. Kontroluj. Jeżeli wydałeś zalecenia, poproś aby pacjent dzwonił i zwrótnie informował o realizacji zaleceń. Jeżeli to możliwe poproś o przysłanie zdjęcia, aby się upewnić, że nie doszło do błędu.

PORADY PRAWNE

Wszystkie teleporady muszą być udokumentowane w indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta. **WAŻNE!** Pamiętaj o wpisaniu również godziny teleporady.

Może się zdarzyć, że będziesz zmuszona poddać się obowiązkowej kwarantannie. W domu masz małe dzieci lub osobę starszą, poproś Wojewodę z Twojego terenu o wskazanie miejsca odbycia kwarantanny poza domem. Masz takie prawo.

Telefon znajdziesz na stronie Zarządzania Kryzysowego właściwego Urzędu Wojewódzkiego

Pamiętaj!

W Okręgowych Izbach Pielęgniarek i Położnych istnieje możliwość rozmowy z psychologiem.

Jeżeli potrzebujesz pomocy -skontaktuj się z Twoją Okręgową Izbą a otrzymasz pomoc psychologiczną.

Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie uruchomiło porady dla pielęgniarek. Masz wątpliwości – zadzwoń i upewnij się abyś czuła się bezpieczna. Tel. 22 398 18 72

WYTYCZNE POSTĘPOWANIA DLA
PIELĘGNIAREK MAJĄCYCH KONTAKT
Z OSOBĄ ZAKAŻONĄ SARS-CoV-2
*Zalecenia Ministerstwa Zdrowia
Państwowej Inspekcji Sanitarnej*

1. Podstawą wszelkich działań pielęgniarki jest postępowanie zgodne z procedurami przewidzianymi dla postępowania z pacjentami chorymi na choroby zakaźne układu oddechowego.
2. W przypadku podjęcia przez pielęgniarkę podejrzenia o zakażenie koronawirusem (np. w wyniku postępowania niezgodnego z ww. procedurami lub wystąpienia zdarzenia ryzykownego), wskazane jest przeprowadzenie badania w kierunku koronawirusa.
3. Badanie może być przeprowadzone dla personelu medycznego bez konieczności pojawienia się typowych objawów jak gorączka, kaszel, duszność.
4. Badanie można przeprowadzić dopiero na następny dzień po zaobserwowaniu objawów (optymalny punkt pobrania materiału gwarantujący 95% wiarygodności wyniku).
5. Jedynie badanie przeprowadzone w 7 dniu (co wynika z okresu wylęgania 2-14 dni, średnio 5-7 dni) od wystąpienia zdarzenia o wysokim ryzyku kontaktu, może potwierdzić lub wykluczyć zakażenie SARS- CoV-2
6. Badanie polega na pobraniu próbki (głęboki wymaz z gardła) wyłącznie przez delegowane i wykwalifikowane w tym kierunku osoby, z zachowaniem przyjętych procedur.
7. Wynik ujemny badania na zakażenie SARS-CoV-2 w podanym terminie (7 dni od zdarzenia – połowa okresu kwarantanny) lub w terminie późniejszym należy interpretować, jako brak zakażenia.
8. Po uzyskaniu wyniku ujemnego pielęgniarka może

Gratulacje

serdecznie gratulujemy Pani

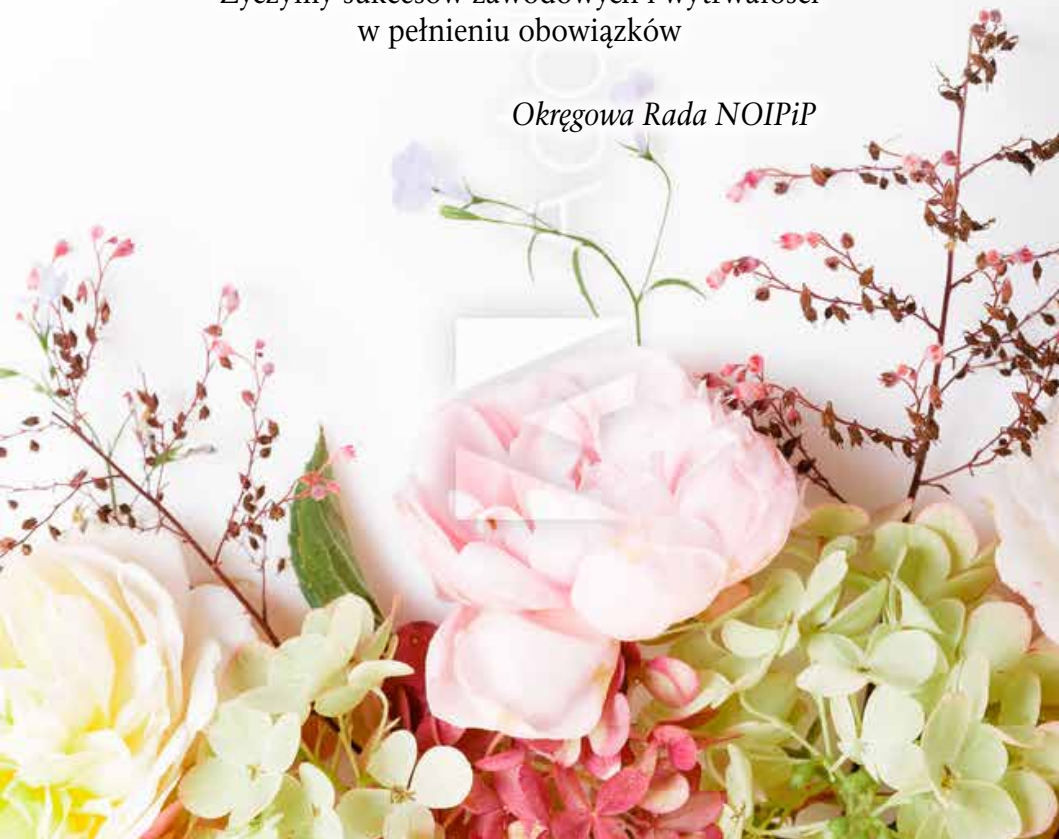
Matgorzacie Porębskiej - Turek

wygrania konkursu na stanowisko

**Pielęgniarki Oddziałowej Oddziału Otolaryngologicznego
Szpitala Specjalistycznego
im J. Śniadeckiego w Nowym Sączu**

Życzymy sukcesów zawodowych i wytrwałości
w pełnieniu obowiązków

Okręgowa Rada NOIPiP





INFORMACJE

Biuro NCBiP w Nowym Sączu
ul. Zygmuntowska 173, 33-100 Nowy Sącz, tel. (18) 441 30 81

Czytelnia periodyczna, książki, cienniki - 8.00 - 11.00; utwórki, prętki - 10.00 - 11.00.

Salon prasowy i biblioteczka cienników
periodyczna, książki, cienniki, prętki 9.00-14.00; utwórki 9.00-14.00

Informacji matematycznej i alfabetycznej Oligomeny Rady szkolnej

Pracownia NCBiP - mgr Halina Zawadzka
periodyczna, książki, cienniki 8.00 - 14.00
w halce utwórki w godzinach 10.00 - 14.00 i prętki w godzinach 10.00 - 11.00

T - ca pracownia Matematyki
periodyczna utwórki 12.00 - 14.00

Statystyka - mgr Anna Kucharska
periodyczna utwórki, prętki w godzinach 11.15 - 12.00

Selekcja - Anna Tamińska
periodyczna utwórki 11.00-14.00

Kuchnia Ciasteczek i ciasteczek Zawadzka - mgr Jadwiga Maffei-Szuch
periodyczna w dniach poniedziałek i czwartek w godzinach 14.30-15.30

Pracownia Oligomeny i alfabetycznej - Maria Piot
periodyczna cienniki i prętki 9.00 i 10.00 w godzinach 14.30-15.30

Pracownia - Halina Pieniążek i alfabetycznej
w sali cyfrowej i prętki w sali prętki i cienniki w godzinach 14.30-15.30

Biuro utwórki i prętki
periodyczna prętki w godzinach 9.00 - 14.00; utwórki 9.00-14.00