

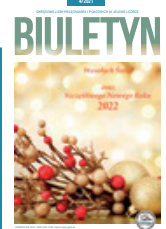
BIULETYN

Wesołych Świąt

oraz

*Szczęśliwego Nowego Roku
2022*





BIULETYN

OKRĘGOWEJ IZBY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

w Jeleniej Górze
ul. 1. Maja 27 (III piętro)
58-500 Jelenia Góra
e-mail: biuro@oipip.jgora.pl
tel./fax (75) 753 56 68, 753 56 69
www.oipip.jgora.pl

KONTO

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych
Numer konta bankowego, na który należy
przekazywać składki członkowskie:
Santander Bank Polska o/Jelenia Góra
05 1090 1926 0000 0005 1400 5081

BIURO

Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych
Sekretariat czynny:
poniedziałek 8.00–16.00
wtorek–piątek 7.00–15.00

Przewodnicząca ORPiP

ELŻBIETA SŁOJEWSKA-POZNAŃSKA
przyjmuje w poniedziałki
od godziny 14.00–18.00

Sekretarz ORPiP

GRAZYNA BOMBA

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej Pielęgniarek i Położnych

DANUTA STEFANIK

Zastępcy pełnią dyżur w pierwszy i ostatni
poniedziałek miesiąca 14.00–15.00

Przewodnicząca Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych

ELŻBIETA ŁAZAR

Obsługa prawna

Adwokat ILONA GRABAS

Kontakt w sprawach wykonywania zawodu
Pielęgniarki i zawodu Położnej
poprzez biuro OIPIP w Jeleniej Górze

Artykuły, listy, uwagi i inna korespondencję
prosimy nadsyłać na adres redakcji:

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych
e-mail: biuro@oipip.jgora.pl

Redakcja nie ponosi odpowiedzialności
za treść ogłoszeń i reklam.

Redakcja zastrzega sobie prawo
do skracania nadesłanych materiałów.

Nie przyjmujemy do publikacji tekstów
przekazywanych telefonicznie!

Projekt, skład i druk

Tereny Weny Agencja Reklamowa

SPIS TREŚCI

INFORMACJE OIPIP

- 1 Życzenia
- 2 Gratulacje
- 3 Z kart historii – 30 lat Samorządu
Zawodowego Pielęgniarek
i Położnych w Jeleniej Górze

INFORMACJE NRPIP

- 8 Stanowisko konsultanta
- 12 Przewożenie odpadów
medycznych

OPINIE

- 16 Opinia prawna
- 17 Zalecenia organizacyjne
- 18 Lepiej zapobiegać niż leczyć – jak
skutecznie przeciwdziałać zakażeniom
Clostridium difficile?
- 20 HPV – wirus, który może wywołać raka
- 22 Rehabilitacja urologiczna szansą na
normalne życie tysięcy Polaków
- 24 Czy w Twojej pracy możliwy jest *Work
life balance*?
- 26 Moda na cesarskie cięcie prostą drogą
do epidemii cięż pozamacicznych

KONSULTANCI WOJEWÓDZCY W DZIEDZINACH:

PIELĘGNIARSTWA – dr n. o zdr. JOLANTA KOLASIŃSKA, UM Wydział Nauk o Zdrowiu, ul. Bartła 5, 51-618 Wrocław, T: 71 784 18 45, E: jolanta.kolasinska@umed.wroc.pl

PIELĘGNIARSTWA ANESTEZJOLOGICZNEGO I INTENSYWNEJ OPIEKI – mgr EWA PIELICHOWSKA, 4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SP ZOZ ul. Rudolfa Weigla 5 50-981 Wrocław, T: 261 660 207, 608 309 310, E: naczelnia.pielegniarka@4wsk.pl

PIELĘGNIARSTWA CHIRURGICZNEGO I OPERACYJNEGO – mgr BEATA ŁABOWICZ, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Legnicy ul. Jarosława Iwaszkiewicza 5, 59-220 Legnica, T: 76 72 11 401, 661 999 104, E: beata.labowicz@szpital.lagnica.pl

PIELĘGNIARSTWA DIABETOLOGICZNEGO – mgr IWONA PILARCZYK-WRÓBLEWSKA, Uniwersytet Medyczny, Katedra Pediatrii Zakład Neonatologii ul. Bartła 5, 51-618 Wrocław, T: 500141941, E: iwona.pilarczykwrablewska@umed.wroc.pl

PIELĘGNIARSTWA EPIDEMIOLOGICZNEGO – mgr DOROTA KACZOR, Dolnośląskie Centrum Rehabilitacji Sp. z o. o w Kamiennej Górze, ul. Janusza Korczaka 1, 58-400 Kamienna Góra, T: 606226655, e-mail: kador68@wp.pl

PIELĘGNIARSTWA W GINEKOLOGII I POŁOŻNICTWIE – mgr URSZULA ŻMIJEWSKA, Szpital Specjalistyczny im. A. Falkiewicza ul. Warszawska 2, 52-114 Wrocław, T: 71 342 86 31 (w. 344), 604 939 455, 667 977 735

PIELĘGNIARSTWA OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ – mgr DOROTA RUDNICKA, Ośrodek Medycyny Paliatywnej i Hospicyjnej Będkowo Sp. z o.o. Sp. k. Będkowo 1, 55-100 Trzebnica, T: 71 722 29 48, 603 852 669, E: drudnicka@hospicjumbekowo.pl

PIELĘGNIARSTWA ONKOLOGICZNEGO – dr n. med. ELŻBIETA GARWACKA-CZACHOR, Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu pl. Hirszfelda 12, 53-413 Wrocław, T: 71 36 89 260, 603 38 58 98, E: e.garwacka@gmail.com

PIELĘGNIARSTWA PSYCHIATRYCZNEGO – mgr JERZY TWARDAK, Zakład Chorób Układu Nerwowego Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu, ul. Bartła 5, 56-618 Wrocław, T: 668 193 147, E: jerzy.twardak@umed.wroc.pl

PIELĘGNIARSTWA PEDIATRYCZNEGO – mgr DOROTA MILECKA, T: 666 872 721, E: milecka@poczta.fm

PIELĘGNIARSTWA RATUNKOWEGO – dr n. o zdr. WIESŁAW ZIELONKA, Pogotowie Ratunkowe w Legnicy ul. Dworcowa 7, 59-220 Legnica, T: 502 676 039, E: w.zielonka@pogotowie-legnica.pl

PIELĘGNIARSTWA GERIATRYCZNEGO – prof. dr hab. n. med. IZABELLA UCHMANOWICZ, Uniwersytet Medyczny, T: 71 7841823, E: izabella.uchmanowicz@umed.wroc.pl

PIELĘGNIARSTWA OPIEKI PALIATYWNEJ – mgr ANNA SZACHOWSKA, Bonifrackie Centrum Zdrowia Sp. z o.o., E: anna.szachowska@gmail.com

Szanowni Państwo!

Gdy nadejdą święta niech nadzieja i radość zastukają do Waszych drzwi,
a Nowy Rok przyniesie pomyślność i szczęście każdego dnia.

W tym świątecznym nastroju składamy Państwu serdeczne życzenia

szeroko pojętego Zdrowia,

które w dzisiejszych czasach nabiera mistycznego znaczenia,

niech poczucie prywatnego i zawodowego spełnienia

towarzyszą Wam przez cały 2022 rok

oraz niech się spełni nadzieja na lepsze jutro, którą niesie ze sobą
moc Noworocznych życzeń.

W imieniu Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Jeleniej Górze

życzy

Elżbieta Słojewska-Poznańska

Przewodnicząca ORPiP w Jeleniej Górze



**Dość już uganiania się za etatami,
dość martwienia się poniedziałkami
– by nie prosić się o dla zdrowia skutki fatalne,
czas zacząć pobierać świadczenia emerytalne.**

W związku z przejściem na emeryturę pragniemy podziękować za wieloletnią współpracę pielęgniarkom, które z wielkim sercem i oddaniem troszczyły się o naszych pacjentów, wykonując sumiennie i rzetelnie powierzone obowiązki.

Życzymy dużo zdrowia, spokoju i pomyślności w życiu osobistym Paniom:

**WANDZIE BEDNARSKIEJ
DOROCIE BEŁZAK
BARBARZE BUDZIŃSKIEJ
JADWIDZE GORZKIEJ
JOLANCIE KRUCZEK
JOLANCIE KUBINIE
ELŻBIECIE MILCZANOWSKIEJ
MAŁGORZACIE MORACZEWSKIEJ
LILLI PEŁECH
URSZULI WDOWIKOWSKIEJ
MARII ZAWADZKIEJ**

*Z wyrazami szacunku
Przełożona Pielęgniarek
oraz Pielęgniarki Oddziałowe
Wielospecjalistyczny SP ZOZ w Zgorzelcu*



WAŻNE

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Jeleniej Górze informuje, że zaświadczenia generowane z Systemu Monitorowania Kształcenia – SMK przez osoby, które ukończyły specjalizację i zdały egzamin, a ubiegają się o refundację kosztów kształcenia nie są honorowane przez ORPIP jako dokument potwierdzający nabycie dodatkowych kwalifikacji. Zgodnie z § 16 pkt 3 Regulaminu refundacji kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego dla członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Jeleniej Górze do wniosku o refundację należy dołączyć kserokopię dyplomu uzyskania tytułu specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub położnictwa, poświadczoną za zgodność z oryginałem przez pracownika Izby, który to dokument potwierdza nabycie dodatkowych umiejętności zawodowych.

Jednocześnie przypominamy, że zgodnie z § 15 ww. regulaminu Członkowie samorządu ubiegający się o refundację kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego składają wnioski o refundację wraz z dokumentami, o których mowa w § 16 najpóźniej w terminie do 2 miesięcy od zakończenia danej formy kształcenia.

Przypominamy również, że potwierdzeniem uzyskania specjalizacji jest dokonanie jej wpisu w Prawie wykonywania zawodu w terminie 14 dni od daty otrzymania dyplomu, którego dokonuje dział rejestru OIPIP w Jeleniej Górze na podstawie dostarczonego oryginału dokumentu źródłowego.

*Elżbieta Słojewska-Poznańska
Przewodnicząca ORPIP w Jeleniej Górze*

Z kart historii – 30 lat Samorządu Zawodowego Pielęgniarek i Położnych w Jeleniej Górze

Samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych, powołany ustawą z dnia 19 kwietnia 1991r. jest organizacją skupiającą przedstawicieli tych dwóch zawodów zaliczanych do grupy zawodów zaufania publicznego.

Istnienie samorządów zawodowych ma swoją podstawę w Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, której art. 17 ust. 1 stanowi: w drodze ustawy można tworzyć samorządy zawodowe, reprezentujące osoby wykonujące zawody zaufania publicznego sprawujące pieczę nad należyтым wykonywaniem tych zawodów.

Jednostkami organizacyjnymi samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych jest Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych oraz 45 okręgowych izb, które posiadają autonomię i osobowość prawną. Organami samorządu są: Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, Naczelny Sąd Pielęgniarek i Położnych, Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej, Naczelna Komisja Rewizyjna i odpowiednio: okręgowe rady pielęgniarek i położnych, okręgowy sąd pielęgniarek i położnych, okręgowy rzecznik odpowiedzialności zawodowej, okręgowa komisja rewizyjna.

Zgodnie z zapisami ustawy z dnia 1 lipca 2011 roku o samorządzie pielęgniarek i położnych do zadań samorządu należy:

- 1) sprawowanie pieczy nad należyтым wykonywaniem tych zawodów;
- 2) ustalanie i upowszechnianie zasad etyki zawodowej oraz sprawowanie nadzoru nad ich przestrzeganiem;
- 3) ustalanie standardów zawodowych i standardów kwalifikacji zawodowych obowiązujących na poszczególnych stanowiskach pracy;
- 4) współdziałanie w ustalaniu kierunków rozwoju pielęgniarstwa i położnictwa;
- 5) integrowanie środowiska pielęgniarek i położnych;
- 6) obrona godności zawodowej;
- 7) reprezentowanie i ochrona zawodów;
- 8) zajmowanie stanowiska w sprawach stanu zdrowia społeczeństwa, polityki zdrowotnej państwa oraz organizacji ochrony zdrowia;
- 9) edukacja zdrowotna i promocja zdrowia.

W 1991 roku odbył się pierwszy w historii Zjazd Wyborczy powołujący do życia Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Jeleniej Górze.

Obszarowo działaniem Izby objęto powiaty: jeleniogórski, kamiennogórski, lwówecki, lubański, bolesławiecki i zgorzelecki. Zrzeszał niespełna cztery tysiące pielęgniarek i pielęgniarzy oraz około 300 położnych.

Powstanie OIPIP w Jeleniej Górze zawdzięczamy między innymi nieżyjącej już położnej Hannie Komańskiej, która poświęciła wiele sił i zaangażowania.

Przewodniczącą OIPIP I kadencji (lata 1991–1995) została Barbara Bogusz. Pierwsza siedziba Izby mieściła się w Jeleniej Górze – Cieplicach przy ul. Sobieszowskiej 8.

Podczas tej kadencji zaczęto wydawać Biuletyn informacyjny w nakładzie 500 sztuk, rozsyłany bezpłatnie do jednostek.

II kadencja (lata 1995–1999) – Przewodniczącą ORPiP w Jeleniej Górze została Małgorzata Wróbel.

Przedstawicielki Rady brały udział w pracach nad ustawą o zawodach pielęgniarki i położnej przyjętej przez Sejm w dniu 5 lipca 1996 roku. Członkowie Izby uczestniczyli w marszu protestacyjnym w dniu 6 września 1966 roku. Zorganizowana została pomoc prawna dla członków samorządu.

III kadencja (lata 1999–2003) – Przewodniczenie ORPiP powierzono Ewie Lisiewskiej. Siedziba Izby przeniosła się na ul. Mickiewicza 30. W tej kadencji rozpoczęto współpracę w ramach Euroregionu Nysa, trwającą do dziś.

IV i V kadencja (lata 2003–2011) – praca ORPiP kierowała Krystyna Demkowicz. Kontynuowało się wcześniej rozpoczęte działania. W 2004 roku w wyniku zmiany systemu kształcenia pielęgniarek i położnych przygotowanie do zawodu zostało przeniesione na poziom akademicki. Karkonoska Państwowa Szkoła Wyższa uruchomiła studia I stopnia na kierun-

ku: Pielęgniarstwo. Od 2007 roku siedziba Izby znajdowała się przy ul. Wojska Polskiego 18.

VI i VII kadencja rozpoczęła się od 2011 roku. Przewodniczącą ORPiP została Elżbieta Słojewska – Poznańska. Oprócz kontynuacji zadań na rzecz pielęgniarek i położnych pojawiają się nowe wyzwania. Na mocy ustawy z 2012 roku o działalności leczniczej pielęgniarki i położne uzyskały możliwość zatrudnienia na kontraktach. Pogarszająca się sytuacja zawodowa pielęgniarek i położnych powoduje że Ogólnopolski związek zawodowy pielęgniarek i położnych Regionu Dolnośląskiego i Izby działające na terenie Dolnego Śląska zawierają porozumienie, aby to zmienić, powstaje „Raport o stanie pielęgniarstwa i położnictwa”. Powstaje archiwum, a siedziba Izby przenosi się do centrum miasta na ul. 1 Maja 27.

W 2015 roku ORPiP podejmuje uchwałę o ufundowaniu Sztandaru OIPIP z którym w 2018 roku pielęgniarki i położne były na uroczystości beatyfikacji Hanny Chrzstanowskiej.

30 lat samorządu to dobry powód do podsumowań. Na pytanie, co dał nam Samorząd odpowiem pytaniem – a co by było, gdyby nie było samorządu? W jakim miejscu znajdowałyby się polskie pielęgniarstwo i położnictwo. W tym miejscu warto przypomnieć słowa Johna F. Kennedy'ego: „Nie pytaj, co twój kraj może zrobić dla ciebie, zapytaj, co ty możesz zrobić dla swojego kraju” – i odnieść je do naszej organizacji, którą współtworzymy każdego dnia. Zmienia się czas, zmieniają ludzie, pokolenia odchodzą i przychodzą nowe lecz pozostają wartości, które powinny być ponad podziałami, to to, co wpisane w nasze zawody: zasady etyczne, wrażliwość na drugiego człowieka, poczucie przynależności do grupy zawodowej.

Oby obecne ciężkie doświadczenie czasu pandemii i problemy z tym związane nie zniszczyły wypracowanych przez lata wzorców i standardów.



I Kadencja



II Kadencja



III Kadencja





V Kadencja



VI Kadencja



VII Kadencja

Stanowisko konsultanta krajowego

Stanowisko Konsultanta Krajowego w dziedzinie pediatrii z dnia 03.11.2021 dotyczące podawania iniekcji dożylnych/domięśniowych u dzieci 0-18 lat w domu pacjenta / w opiece ambulatoryjnej (w gabinecie zabiegowym) / w domu dziecka

Wykonywanie iniekcji dożylnych i domięśniowych w domu pacjenta / w opiece ambulatoryjnej (w gabinecie zabiegowym) / w domu dziecka uważam za nieuzasadnione i niedopuszczalne.

Iniekcje dożylne mogą być wykonywane w warunkach szpitalnych oraz przez personel Pogotowia Ratunkowego w sytuacjach ratowania życia.

Stosowanie leków dożylnie / domięśniowo w tym antybiotyków wskazuje na poważny stan dziecka i nie ma możliwości podawania leków doustnie. W takich przypadkach konieczna jest pilna hospitalizacja dziecka. O tym fakcie należy poinformować rodziców i skierować dziecko do szpitala.

Zlecenie leków/antybiotyków domięśniowo u dzieci jest niebezpieczne i okrutne, a wykonanie kilkakrotnie w ciągu doby iniekcji domięśniowych jest dodatkowo narażeniem dziecka na ogromny stres, ból, cierpienie i możliwość powikłań miejscowych i ogólnych. Takie postępowanie nie tylko jest nieetyczne, to co najważniejsze niezgodne z rekomendacjami.

Zlecenie leków/antybiotyków domięśniowo u dzieci zarówno w opiece ambulatoryjnej jak i w szpitalu nie powinno mieć miejsca. Wyjątek stanowi:

- **jednorazowe podanie leku ratującego życie w przypadku trudności z uzyskaniem dojścia dożylnego,**
- **chemioprophylaktyka choroby meningokokowej,** która polega na profilaktycznym podaniu antybiotyku osobom z bliskiego otoczenia chorego (oraz w pewnych przypadkach, samemu choremu) i ma za zadanie likwidację potencjalnego nosicielstwa nosogardłowego *N. meningitidis* w celu zmniejszenia ryzyka wystąpienia wtórnych przypadków zakażeń. Chemioprophylaktyka jest zalecana wszystkim osobom, które w ciągu 7 dni poprzedzających zachorowanie miały bliski kontakt z chorym. W takich przypadkach stosuje się **1 dawkę ceftriaksonu domięśniowo** (u dzieci poniżej 15 roku życia 125 mg). Dla dzieci dostępny jest też lek doustny rifampicyna, która może być stosowana u osób we wszystkich grupach wiekowych (1).
- W uzasadnionych przypadkach na zlecenie lekarzy specjalistów z innych dziedzin pediatrii

Jeżeli stan dziecka jest dobry, a **dziecko ma wskazanie do podawania antybiotyku** wówczas należy zlecić antybiotyk doustnie zgodnie z rekomendacjami (2). U dzieci zdecydowanie częściej przyczyną **zapalenia oskrzeli (a to rozpoznanie jest najczęstszą przyczyną zlecenia antybiotyku drogą domięśniową) są zakażenia wirusowe**, w których podanie antybiotyku jest nieuzasadnione zarówno drogą doustną, a tym bardziej domięśniową. „*Nie zaleca się rutynowego stosowania antybiotyku w ostrym zapaleniu oskrzeli lub oskrzelików. Przy kaszlu przedłużającym się powyżej 14 dni może być wskazane podawanie makrolidu, szczególnie w przypadku podejrzenia krztuśca [BIII]. U małych dzieci z kaszlem produktywnym utrzymującym się powyżej 4 tyg. bez tendencji malejących rozpoznajemy przewlekające się bakteryjne zapalenia oskrzeli i wtedy uzasadnione może być podanie antybiotyku (amoksycylina z kwasem klawulonowym lub makrolid- leki podawana drogą doustną) przez 10 – 14 dni [BII]. Nie zaleca się stosowania glikokortykosteroidów dożylnie, doustnie lub wziewnie u dzieci chorych na ostre zapalenie oskrzelików*”.

Jeżeli stan dziecka jest średni / ciężki, dziecko ma wskazanie do podawania antybiotyku drogą parenteralną wówczas należy skierować dziecko w trybie pilnym do szpitala, gdzie otrzyma antybiotyk dożylnie zgodnie z rekomendacjami.

Pielęgniarki/pielęgniarze otrzymując zlecenie na podanie antybiotyku drogą dożylną / domięśniową powinni w takich wypadkach odmawiać wykonania zlecenia lekarskiego, bowiem mają prawo odmawiać zleceń, które mogą być niebezpieczne dla dziecka. Pielęgniarki/pielęgniarze powinni poinformować rodziców o swojej decyzji i skierować dziecko do szpitala. Ponadto powyższe błędy w zleceniach lekarskich powinny być zgłaszane do konsultanta wojewódzkiego i/lub krajowego w dziedzinie pediatrii.

Nieprzestrzeganie przez lekarza zaleceń Konsultanta Krajowego w dziedzinie pediatrii naraża lekarza na konsekwencje – odpowiedzialność za nieumyślne narażenie dziecka na uszczerbek zdrowia lub zagrożenie życia i takie sytuacje powinny być zgłaszane do Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej przy Okręgowej/Naczelnej Radzie Lekarskiej.

Lekarz zawsze ma prawo do eksperymentu medycznego, ale na to wymagana jest zgoda komisji bioetycznej.

Stanowisko wydano na mocy art. 10, pkt. 6 Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz.U. 2009 Nr 52 poz. 419, z p.zm.)

Prof. dr hab. med. Teresa Jackowska

Signature Not Verified
 Dokument podpisany przez TERESA
 JACKOWSKA
 Data: 2021.11.02 15:53:52 CET

Konsultant krajowy w dziedzinie pediatrii

1. *Rekomendacje postępowania w zakażeniach bakteryjnych ośrodkowego układu nerwowego, pod redakcją prof. dr hab. n. med. Walerii Hryniewicz i wsp., 2011*
2. *Rekomendacje postępowania w pozaszpitalnych zakażeniach układu oddechowego, pod redakcją prof. dr hab. n. med. Walerii Hryniewicz, dr hab. n. med. Piotra Albrechta, prof. dr hab. n. med. Andrzeja Radzikowskiego, 2016*

**KRAJOWY KONSULTANT
W DZIEDZINIE PIELEGNIASTWA PEDIATRYCZNEGO
WOJEWÓDZKI SPECJALISTYCZNY SZPITAL DZIECIĘCY
10-561 Olsztyn, ul. Żołnierska 18a, tel. 089. 539-34-55, fax. 533-77-01
e-mail:piskorz@wssd.olsztyn.pl**

Olsztyn, 10.02.2021

Opinia dotyczącej podawania leków drogą domięśniową u dzieci w warunkach domowych
lub ambulatoryjnych,

W związku z licznymi zapytaniami dotyczącymi wykonywania lub nie wykonywania zleceń lekarskich w zakresie podawania dzieciom antybiotyków drogą domięśniową w warunkach domowych i ambulatoryjnych oraz licznych wydawanych przeze mnie opinii, kierowanych do świadczeniodawców, jeszcze raz podkreślam, że podtrzymuję swoje poprzednie stanowiska i przypominam, że:

1. Nie należy podawać zleconych antybiotyków u dzieci drogą domięśniową w warunkach domowych i ambulatoryjnych. Bezpieczna antybiotykoterapia u dzieci w warunkach domowych, czy ambulatoryjnych to nie tylko dobór odpowiedniego antybiotyku i dawki, ale również wybór doustnej drogi podania leku. W przypadku podejrzenia zakażenia u dziecka, które wymaga antybiotykoterapii dożylniej- dziecko winno być skierowane do szpitala. Zlecenie przez lekarza domięśniowej antybiotykoterapii u dzieci jest w mojej ocenie nieetyczne, wywołujące niepotrzebną traumę u dziecka, pomijając już ryzyko powikłań. Wg współczesnej wiedzy medycznej i dostępnych metod leczenia dzieci, **powinno się wybierać najbardziej bezpieczne leki i drogi podawania leków** czyli: droga doustna realizowana w warunkach ambulatoryjnych, a tym bardziej w warunkach domowych, a w przypadku przeciwwskazań- droga dożylna, stosowana w warunkach szpitalnych (niezależnie od produktu leczniczego).

Opisywane powikłania u dzieci po podawaniu leków drogą domięśniową w postaci np. uszkodzeń nerwu kulszowego, uszkodzeń mięśni pośladkowych, do zaników włócznie, jak również reakcji alergicznych od wysypki uczuleniowej do wstrząsu anafilaktycznego włócznie oraz trauma i ból spowodowany stałymi, częstymi iniekcjami, są wystarczającym powodem do niestosowania tej formy leczenia dzieci. Czym innym jest doraźne podanie produktu leczniczego drogą domięśniową (bo taka jest konieczność), czym innym są szczepienia ochronne, które realizować należy zgodnie z kalendarzem szczepień (coraz częściej rodzice wybierają szczepionki poliwalentne, aby trauma związana z wkłuciem była rzadsza). Ale przecież nie

unikniemy traumatycznych dla dzieci szczepień, bo zapobiegają chorobom zakaźnym, więc wiedząc o tym, nie należy dzieciom „fundować” dodatkowej traumy i dodatkowego ryzyka powikłań związanych z antybiotykoterapią domięśniową, realizowaną często 2 razy dziennie przez kilka /kilkanaście dni (często wbrew zasadom farmakodynamiki produktu leczniczego, gdyż godziny podawania antybiotyku dostosowane są do godzin pracy poradni, a nie w równych odstępach czasu).

2. W związku z powyższym bezpieczniejsza dla dziecka i skuteczniejsza dla procesu leczenia jest metoda antybiotykoterapii drogą doustną w warunkach ambulatoryjnych, a tym bardziej w warunkach domowych, a w przypadku przeciwwskazań - droga dożylna, stosowana w warunkach szpitalnych.
3. Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej, daje pielęgniarce prawo odmowy wykonania zlecenia lekarskiego, w przypadku, gdy jest ono niezgodne z jej sumieniem lub zakresem kwalifikacji pielęgniarki oraz jeśli zagraża życiu i zdrowiu chorego. W takiej sytuacji pielęgniarka wskazuje pisemnie przyczynę odmowy wykonania zlecenia, z jej uzasadnieniem oraz informuje o tym fakcie rodziców. Rodzice w takiej sytuacji winni udać się do lekarza w celu zmiany metody leczenia lub zmienić lekarza, który potraktuje dziecka profesjonalnie i z empatią.

KONSULTANT KRAJOWY
W DZIECZYNIE
PIELĘGNIARSTWA PEDIATRYCZNEGO
dr n. med. Krystyna Piśkora-Ogorch



Przewożenie odpadów medycznych



GŁÓWNY INSPEKTOR SANITARNY

HŚ.NS.541.217.2021.JŁ

Warszawa, dnia 14 października 2021 r.

Pani
Mariola Łodzińska
Wiceprezes Naczelnej Rady
Pielęgniarek i Położnych

Szanowna Pani Prezes,

nawiązując do wcześniejszej korespondencji w zw. z wystąpieniem znak: NIPiP-NRPIP-DM.025.41.2021.MK w sprawie zaleceń dotyczących realizacji przez pielęgniarki POZ świadczeń zdrowotnych u pacjenta z COVID-19, w zakresie przewożenia odpadów medycznych, uprzejmie informuję, że Główny Inspektorat Sanitarny uzyskał w przedmiotowej sprawie opinię Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego PZH- Państwowego Instytutu Badawczego (w załączeniu), stanowiącą wsparcie merytoryczne przy opracowaniu ww. zaleceń.

Z poważaniem

Główny Inspektor Sanitarny
wz. Krzysztof Saczka
Zastępca Głównego Inspektora Sanitarnego

/dokument podpisany elektronicznie/

Załącznik

opinia NIZP PZH- Państwowego Instytutu Badawczego z dnia 29.09.2021 r., znak: B-BE-547-36/21



niepodlega | POLSKA
STRAFIA ODPY
NIEPODLEGA

Warszawa, dnia 29.09.2021 r.

B-BE-547-36/21

Pan
Krzysztof Saczka
Główny Inspektor Sanitarny
ul. Targowa 65
03-729 Warszawa

Szanowny Panie Ministrze,

W odpowiedzi na pismo nr HŚ.NS.541.217.2021 z dnia 11 sierpnia 2021 r. dotyczące transportu odpadów medycznych środkami transportu publicznego przez pielęgniarki udzielające świadczeń zdrowotnych w domach pacjentów z COVID-19 Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy informuje, że odpady medyczne zakwalifikowane do kodu 18 01 03* (odpady medyczne niebezpieczne) powinny być transportowane z zachowaniem przepisów obowiązujących przy transporcie towarów niebezpiecznych. Odpady medyczne niebezpieczne, co do których wiadomo, że istnieje małe prawdopodobieństwo, że zawierają materiał zakaźny wg przepisów dotyczących transportu towarów niebezpiecznych zaliczane są do kategorii B o kodzie UN 3291, zgodnie z wytycznymi ECDC (Infection prevention and control and preparedness for COVID-19 in healthcare settings). Transport tego typu odpadów może odbywać się pojazdami nieoznakowanymi, a od kierowców nie wymaga się posiadania kwalifikacji ADR, jeśli odpady są opakowane i transportowane zgodnie z wytycznymi przewidzianymi dla tej kategorii odpadów (np. instrukcja pakowania P621). Najważniejsze jest aby odpady zostały tak opakowane, aby podczas transportu nie doszło do uwolnienia ich zawartości na zewnątrz. Opakowanie zewnątrz powinno zostać oznakowane w widoczny sposób tak, aby było możliwe zidentyfikowanie zawartości opakowania.

Odpady medyczne powinny być zabezpieczone w transportowe pojemniki zamykane. Pojemnik transportowe po wyładowaniu odpadów powinny zostać umyte i w razie potrzeby zdezynfekowane. Kluczowym aspektem jest zapewnienie bezpiecznego transportu niebezpiecznych odpadów medycznych. Transport odpadów medycznych – zwłaszcza odpadów medycznych niebezpiecznych – środkami

Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH - Państwowy Instytut Badawczy
ul. Chocimska 24, 00-791 Warszawa, Polska
Tel: +48 22 54 21 400, +48 22 54 21 200
www.pzh.gov.pl, e-mail: pzh@pzh.gov.pl
Regon: 000288461, NIP: 525-000-87-32

komunikacji publicznej nie powinien mieć miejsca z uwagi na ryzyko narażenia na skażenie biologiczne ludzi i środowiska.

Przykładowy opis procedury postępowania z odpadami medycznymi wytwarzanymi podczas wykonywania świadczeń zdrowotnych w środowisku domowym pacjenta, zaproponowany przez Polskie Stowarzyszenie Pielęgniarek Epidemiologicznych dotyczy wyłącznie odpadów medycznych niebezpiecznych. Procedura kończy się na opakowaniu odpadów w dodatkowy worek foliowy. Biorąc pod uwagę wytyczne ADR, odpady medyczne niebezpieczne powinny być opakowane w opakowanie pierwotne, opakowanie pośrednie (drugie) i opakowanie zewnętrzne. Jeśli druga warstwa opakowania nie jest sztywna, to opakowanie zewnętrzne powinno być sztywne. Opakowania powinny być zbudowane i zamknięte w taki sposób aby zapobiec utracie ich zawartości w normalnych warunkach przewozu przez wibracje, zmiany temperatury, wilgotności lub ciśnienia. Opisane opakowanie nie wymaga zatwierdzenia typu konstrukcji. Na powierzchni każdego opakowania zewnętrznego należy umieścić znak przewozowy. Znak musi być widoczny i czytelny, mieć postać kwadratu w kształcie rombu o minimalnych wymiarach 50 mm×50 mm, szerokość linii co najmniej 2 mm, a litery i cyfry mają mieć co najmniej 6 mm wysokości. Prawidłowa nazwa przewozowa *Materiał biologiczny – Kategoria B – UN 3291* - wysokość liter co najmniej 6 mm powinna być oznaczona na opakowaniu zewnętrznym. Znak przewozowy nie musi być nadrukowany na opakowaniu zewnętrznym. Może być narysowany odręcznie, o ile są przestrzegane wymiary. Do narysowania znaku należy użyć długopisu, mazaka o kontrastowym kolorze w stosunku do koloru opakowania zewnętrznego. W przypadku przewozu odpadów w postaci płynnej, opakowanie pierwotne powinno być szczelne, a pomiędzy opakowaniem pierwotnym a pośrednim należy umieścić materiał chłonny w ilości wystarczającej do zaabsorbowania uwolnionego płynu tak, aby ciecz nie wydostała się z opakowania pośredniego na zewnątrz.

Jeśli podczas przewozu odpadów, istnieje konieczność zastosowania czynników chłodzących, to umieszcza się je na zewnątrz opakowania pośredniego, w opakowaniu zewnętrznym lub w opakowaniu zbiorczym. W przypadku zastosowania lodu opakowanie zewnętrzne lub opakowanie zbiorcze muszą być szczelne. Tak opakowane odpady medyczne niebezpieczne mogą być przewożone w środkach transportu indywidualnego.

Bibliografia:

1. Przewodnik pakowania i transportu próbek od pacjentów - UN 3373, Departament Transportu UK;

26 marca 2020 r. <https://www.gov.uk/government/publications/packaging-and-transport-requirements-for-patient-samples-un3373/packaging-and-transport-requirements-for-patient-samples-un3373>

2. Guidance on regulations for the transport of infectious substances 2021-2022. WHO. Applicable from 1 January 2021. (Dostępne na: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240019720>)
3. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 października 2017 r. w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi (Dz.U. z 2017 r., poz. 1975) (Dostępne na: <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20170001975>)
4. ECDC - Infection prevention and control and preparedness for COVID-19 in healthcare settings Sixth update – 9 February 2021 (Dostępne na: https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Infection-prevention-and-control-in-healthcare-settings-COVID-19_6th_update_9_Feb_2021.pdf)

Z poważaniem,

dr hab. n. med. Rafał Gierczyński
Zastępca Dyrektora ds. Bezpieczeństwa
Epidemiologicznego i Środowiskowego
NIZP PZH-PIB

*/Dokument podpisany kwalifikowanym
podpisem elektronicznym/*



Opinia prawna

Warszawa, dnia 26 maja 2021 r.

Opinia prawna w sprawie skutków prawnych złożenia przez pielęgniarkę albo położną oświadczenia o zrzeczeniu się prawa wykonywania zawodu oraz możliwości ponownego ubiegania się o jego przyznanie.

1. Stosownie do postanowień art. 42 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. 2021, poz. 479 – t.j.) prawo wykonywania zawodu albo ograniczone prawo wykonywania zawodu wygasa w przypadku zrzeczenia się prawa wykonywania zawodu.

2. Zrzeczenie się prawa wykonywania zawodu następuje w formie oświadczenia woli pielęgniarki (pielęgniarsza) albo położnej składanego do właściwej ze względu na miejsce wykonywania zawodu okręgowej rady pielęgniarek i położnych. Przepisy ustawy o zawodach nie określają trybu, w jakim powinno nastąpić zrzeczenie. W związku z powyższym należy w tym przypadku stosować ogólne zasady dotyczące składania oświadczeń woli wynikające z art. 60 i nast. Kodeksu cywilnego (k.c.).

3. I tak, stosownie do postanowień art. 60 k.c. z zastrzeżeniem wyjątków w ustawie przewidzianych, wola osoby dokonującej czynności prawnej może być wyrażona przez każde zachowanie się tej osoby, które ujawnia jej wolę w sposób dostateczny, w tym również przez ujawnienie tej woli w postaci elektronicznej. W konsekwencji powyższego należy przyjąć, że oświadczenie o zrzeczeniu się prawa wykonywania zawodu może nastąpić w dowolnej formie (np. ustnej, pisemnej, elektronicznej), oczywiście pod warunkiem, że możliwa będzie nie tylko rzetelna identyfikacja osoby składającej oświadczenie, ale i treść samego oświadczenia nie będzie pozostawiać wątpliwości. Mając na uwadze nie tylko specyfikę, ale i doniosłość prawną oświadczenia o zrzeczeniu się prawa wykonywania zawodu pielęgniarki albo położnej, dla celów dowodowych rekomendowaną formą złożenia oświadczenia jest forma pisemna.

4. Zgodnie z art. 61 § 1 k.c. oświadczenie woli, które ma być złożone innej osobie, jest złożone z chwilą, gdy doszło do niej w taki sposób, że mogła zapoznać się z jego treścią. Z kolei oświadczenie woli wyrażone w postaci elektronicznej jest złożone innej osobie z chwilą, gdy wprowadzono je do środka komunikacji elektronicznej w taki sposób, żeby osoba ta mogła zapoznać się z jego treścią (§2). Powyższe oznacza, że zrzeczenie prawa wykonywania zawodu staje się skuteczne z chwilą, gdy zostało skutecznie doręczone adresatowi.

Adresatem oświadczenia o zrzeczeniu się prawa wykonywania zawodu winna być właściwa miejscowo okręgowa rada pielęgniarek i położnych. Mając na uwadze, że jest to organ wyposażony w ustawową kompetencję do przyznawania prawa wykonywania zawodu (art. 37 ust. 1 ustawy o zawodach), uznać należy, że organ ten winien być również adresatem oświadczenia woli skutkującego wygaśnięciem prawa wykonywania zawodu.

5. W tym miejscu warto zwrócić uwagę na kwestię dopuszczalności odwołania, czy też „cofnięcia” oświadczenia o zrzeczeniu się prawa wykonywania zawodu. Otóż, zgodnie z art. 61 § 1 zdanie drugie k.c. odwołanie takiego oświadczenia jest skuteczne, jeżeli doszło jednocześnie z tym oświadczeniem albo wcześniej. Innymi słowy, z chwilą, gdy oświadczenie o zrzeczeniu się prawa wykonywania zawodu zostanie skutecznie doręczone (niezależnie od formy doręczenia) do właściwej okręgowej rady, jego odwołanie będzie niemożliwe, a ewentualne próby „cofnięcia” oświadczenia będą prawnie nieskuteczne.

6. W świetle postanowień art. 42 ust. 1 pkt 2 ustawy o zawodach złożenie oświadczenia o zrzeczeniu się prawa wykonywania zawodu wywołuje skutek w postaci wygaśnięcia tego prawa. Należy przy tym podkreślić, że skutek ten następuje *ex lege*, bez konieczności dokonywania przez organ jakichkolwiek dodatkowych czynności (np. w postaci zgody na zrzeczenie).

7. W mojej ocenie wygaśnięcie prawa wykonywania zawodu powinno zostać stwierdzone uchwałą właściwej okręgowej rady pielęgniarek i położnych, zgodnie z art. 31 pkt 2 ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych w zw. z art. 37 ust. 1 ustawy o zawodach. Podkreślenia jednakże wymaga, że uchwała stwierdzająca wygaśnięcie tego prawa ma wyjątkowo charakter deklaratoryjny.

8. Konsekwencją wygaśnięcia prawa wykonywania zawodu jest konieczność dokonania stosownego wpisu w Centralnym Rejestrze Pielęgniarek i Położnych oraz rejestrze pielęgniarek i położnych prowadzonym przez okręgową radę pielęgniarek i położnych (art. 44 ust. 1 pkt 22 i 24, art. 48 ust. 2 ustawy o zawodach). Należy przy tym pamiętać, że dane są usuwane z rejestru dopiero po upływie 15 lat od dnia

wygaśnięcia prawa wykonywania zawodu tj. od dnia skutecznego złożenia oświadczenia o zrzeczeniu się tego prawa (art. 43 ust. 5 ustawy o zawodach). Powyższy obowiązek wynika również z § 8 ust. 1 uchwały nr 320/VII/2018 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 12 września 2018 r. w sprawie trybu postępowania dotyczącego stwierdzania i przyznawania prawa wykonywania zawodu pielęgniarki i zawodu położnej oraz sposobu prowadzenia przez okręgowe rady pielęgniarek i położnych rejestru pielęgniarek i rejestru położnych oraz rejestru obywateli państw członkowskich Unii Europejskiej wykonujących na terenie okręgowej izby czasowo i okazjonalnie zawód pielęgniarki lub położnej.

9. Wygaśnięcie prawa wykonywania zawodu wskutek złożenia oświadczenia o zrzeczeniu się prawa nie stoi na przeszkodzie ponownemu ubieganiu się przez zainteresowaną (zainteresowanego) o ponowne uzyskanie prawa wykonywania zawodu. Żaden przepis prawa powszechnie obowiązującego nie ogranicza bowiem możliwości ubiegania się o przyznanie prawa wykonywania zawodu pielęgniarki albo położnej osobom, które zrzekły się tego prawa. Przeciwny pogląd byłby nie do pogodzenia z konstytucyjną zasadą wolności wykonywania zawodu określoną w art. 65 ust. 1 Konstytucji.

10. Z uwagi na brak regulacji szczególnych regulujących tryb ponownego uzyskania prawa wykonywania zawodu pielęgniarki należy uznać, że w przypadku ubiegania się o ponowne uzyskanie prawa wykonywania zawodu zastosowanie znajdują zasady ogólne określone w art. 28 i nast. ustawy o zawodach. Wymagane jest zatem przeprowadzenie „nowego” postępowania w przedmiocie przyznania prawa wykonywania zawodu. Podkreślenia przy tym wymaga, że właściwy organ obowiązany jest dokonać ponownej weryfikacji spełnienia przez osobę zainteresowaną przesłanek uzyskania prawa wykonywania zawodu. Ewentualne ustalenia poczynione w postępowaniu „pierwotnym” są nierelevantne z punktu widzenia ponownego wniosku o przyznanie prawa i niedopuszczalne jest ewentualne oparcie się przez organ na ustaleniach z postępowania „pierwotnego”.

Bartłomiej Achler
adwokat

Zalecenia organizacyjne



23 lutego 2021 r.

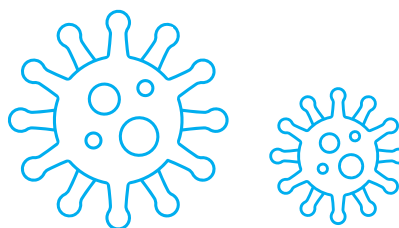
Zalecenie dotyczące prowadzenia grupowej profilaktyki fluorkowej metodą nadzorowanego szczotkowania w szkołach podstawowych w okresie epidemii koronawirusa SARS-CoV-2.

Opracowanie i konsultacja:

Dr hab. n. med. Iwona Paradowska-Stankiewicz – konsultant krajowy w dziedzinie epidemiologii

Dr n. med. Krystyna Piskorz-Ogórek – konsultant krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa pediatricznego

Prof. dr hab. med. Dorota Olczak-Kowalczyk – konsultant krajowy w dziedzinie stomatologii dziecięcej



A. Grupowa profilaktyka fluorkowa metodą nadzorowanego szczotkowania w szkołach podstawowych może być realizowana w okresie epidemii koronawirusa SARS-CoV-2, pod warunkiem odpowiedniego przygotowania organizacyjnego szkoły zmniejszającego ryzyko transmisji zakażenia:

1. W czasie przeprowadzania grupowej profilaktyki fluorkowej metodą nadzorowanego szczotkowania (dalej: fluoryzacja), łazienka powinna być wyłączonej dla innych uczniów.

2. Zaleca się, aby fluoryzacja była prowadzona w czasie trwania lekcji dydaktycznej (nie podczas przerw), aby nie zakłócać dostępności do urządzeń higieniczno-sanitarnych dla innych uczniów.

3. Przed rozpoczęciem fluoryzacji pomieszczenie higieniczno-sanitarne powinno być sprząnięte, a urządzenie higieniczno-sanitarne (umywalka, w tym również bateria umywalkowa oraz najbliższe jej otoczenie) zdezynfekowane.

4. Fluoryzację nadzoruje pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania lub higienistka szkolna.

5. Przed rozpoczęciem fluoryzacji uczniowie powinni umyć ręce wodą z mydłem¹, a następnie dokładnie je osuszyć papierowym ręcznikiem.

6. W łazience podczas fluoryzacji powinien znajdować się pojemnik na odpady komunalne, w miarę możliwości otwierany za pomocą przycisku pedałowego, gabarytowo uwzględniający przewidywaną ilość wytworzonych odpadów (jednorazowe szczoteczki, jednorazowe papierowe ręczniki).

7. W czasie szczotkowania zębów w łazience:

a) może przebywać taka liczba uczniów, aby każdy z nich miał dostęp do jednej umywalki z zachowaniem odległości od siebie min. 1,5 m lub

b) przestrzenie pomiędzy umywalkami powinny być wyposażone w przegrody ze zmywalnego tworzywa lub zmywalny, przenośny parawan zabezpieczający przed rozprzestrzenianiem się kropli wody i drobnoustrojów.

8. Uczniowie powinni używać do szczotkowania (fluoryzacji) zębów:

a) szczoteczek jednorazowych, które po użyciu należy niezwłocznie wyrzucić do pojemnika na odpady komunalne znajdującego się w łazience,

b) osobistych szczoteczek wielokrotnego użytku, które są przechowywane przez ucznia w szczelnie zamkniętym pojemniku, a w domu są wyparzane w temperaturze co najmniej 60°C,

9. Każdorazowo podczas trwania szczotkowania zębów pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania lub higienistka szkolna powinna być wyposażona w środki ochrony osobistej: fartuch flizelinowy, rękawice, maskę chirurgiczną i przyłbicę.

10. Po zakończonej fluoryzacji pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania lub higienistka szkolna wyrzuca do kosza na od-

pady komunalne znajdującego się w łazience jednorazowe środki ochrony osobistej z zachowaniem zasad bezpieczeństwa.

11. W czasie fluoryzacji powinna być przydzielona osoba sprzątająca, zabezpieczona w środki ochrony osobistej: fartuch flizelinowy, rękawice, maskę chirurgiczną i przyłbicę.

12. Osoba sprzątająca, po każdej zakończonej sesji szczotkowania zębów, pomiędzy poszczególnymi grupami uczniów, powinna przeprowadzić sprzątnięcie i dezynfekcję łazienki, w tym:

a) dezynfekcję roztworem wirusobójczym umywalk, przegród i parawanów,

b) skuteczne wywietrzenie łazienki, w tym zgodnie z czasem podanym w instrukcji użytego środka,

c) opróżnienie kosza na odpady komunalne znajdującego się w łazience oraz jego dezynfekcję,

d). umycie podłogi wodą z detergentem.

B. W sytuacji braku możliwości zastosowania w/w zaleceń dotyczących prowadzenia fluoryzacji w szkołach, rekomenduje się, aby w czasie przeznaczonym na fluoryzację zębów wśród uczniów w danej klasie, pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania lub higienistka szkolna w ramach celowanego programu edukacji zdrowotnej uczniów, omawiały zasady higieny jamy ustnej, przygotowały film instruktażowy dotyczący szczotkowania zębów oraz informację dla rodziców o znaczeniu regularnych wizyt u dentysty.

¹ <https://gis.gov.pl/wp-content/uploads/2020/03/mycie-r%C4%85k-A4-druk.pdf>

Lepiej zapobiegać niż leczyć – jak skutecznie przeciwdziałać zakażeniom *Clostridium difficile*?

Waldemar Ferschke

lekarz epidemiolog, MEDISEPT

Zakażenia szpitalne stanowią dziś poważny problem w ochronie zdrowia na całym świecie – dotyczą od 5% do 10% osób leczonych w szpitalach, czyli w Polsce w najlepszym razie ok. 400 tys. pacjentów. Jednym z najbardziej rozpowszechnionych jest zakażenie laseczką *Clostridium difficile*, która stanowi przyczynę biegunki poantybiotykowej i w ostatnich latach staje się coraz poważniejszym problemem. Jak w środowisku szpitalnym przeciwdziałać rozprzestrzenianiu się zakażeń wielolekoopornymi szczepami tego patogenu, równocześnie opornego na większość środków do dezynfekcji?

Clostridium difficile – bezwzględnie beztlenowa laseczka – została odkryta w 1935 r., za czynnik chorobowy uznano ją 40 lat później. Jednak dopiero na początku XXI w. zaobserwowano drastyczny wzrost zachorowań i ciężkości przebiegu biegunek poantybiotykowych związanych z zakażeniem. W 2020 r. zakażenia żołądkowo-jelitowe wywołane przez ***Clostridium difficile*** były drugim po wirusie SARS-CoV-2 powodem ognisk epidemicznych w polskiej ochronie zdrowia (41,1% – nie uwzględniając COVID-19).

JAKĄ ROLĘ ODEGRAŁA MIKROEWOLUCJA *CLOSTRIDIUM DIFFICILE*? – GENEZA PROBLEMU

Przyczyną coraz częstszego pojawiania się szpitalnych ognisk epidemicznych CDI (*C. difficile infection*) i regionalnego wzrostu zachorowań w USA i Europie okazało się pojawienie i szybkie rozprzestrzenianie hiperwirulentnego szczepu NAP1 – inaczej PCR rybotypu 027 (RT027) – powstałego w wyniku mikroewolucji. Dziś to najczęściej spotykany szczep *Clostridium difficile* w populacji europejskiej, w tym w polskich szpitalach. W większym stopniu niż wcześniej zidentyfikowane szczepy wytwarza toksyny A i B, dodatkowo produkuje toksynę binarną i ma większą zdolność do tworzenia sporów. Wszystkie te czynniki wpływają na cięższy przebieg choroby spowodowanej zakażeniem *Clostridium difficile*. Tymczasem ten patogen chorobotwórczy przyczynia się do

aż 30–50% biegunek poantybiotykowych, które wymagają izolacji chorych i zapewnienia im właściwej opieki, co z kolei łączy się z obciążeniem ekonomicznym ochrony zdrowia.

ŚRODOWISKO SZPITALNE JAK OCHRONNY KŁOSZ DLA PATOGENU?

Czynnikiem wpływającym na wzrost ryzyka zakażenia CDI jest przebyta antybiotykoterapia. W przypadku zdrowego człowieka wzrost laseczek patogenu jest tłumiony przez prawidłową florę jelitową. Tymczasem stosowanie antybiotyków przyczynia się do zredukowania bakterii w jelicie grubym. Ryzyko zakażenia wzrasta w pierwszych czterech tygodniach po antybiotykoterapii i przy zastosowaniu kilku antybiotyków, szczególnie z grupy beta-laktamów, fluorochinolonów oraz klindamycyny. Innymi czynnikami powodującymi wzrost ryzyka zakażeń są nabyte lub wrodzone niedobory odpornościowe, ciężkie choroby towarzyszące (np. cukrzyca), niechirurgiczne procedury gastroenterologiczne, steroidoterapia czy stosowanie inhibitorów pompy protonowej.

Głównym czynnikiem ryzyka zakażenia *Clostridium difficile* jest jednak hospitalizacja, szczególnie długotrwała lub łącząca się z pobytem na OIOM-ie. Badania pokazują, że 82% chorych, u których rozpoznano CDI, przebyło hospitalizację w ciągu ostatnich 12 tygodni. Część zarażo-

nych pacjentów staje się bezobjawowymi nosicielami i następnie nieświadomie rozsiewa przetrwalniki w środowisku szpitalnym. Szczególnie wysokie ryzyko zakażenia poprzez bezpośredni kontakt z zakażonym występuje, gdy ma takie objawy, jak biegunka. Wtedy znacznie wyższe jest też skażenie powierzchni, tym bardziej że *Clostridium difficile* występuje nie tylko jako komórka wegetatywna, ale również jako przetrwalnik (spor), czyli uśpiona forma komórki powstająca w wyniku procesu sporulacji. **Czas utrzymywania się sporów w środowisku szpitalnym jest znacznie dłuższy niż wrażliwej formy komórki i może wynieść nawet kilka miesięcy.** Skażone mogą być **całe sale chorych, deski sedesowe, umywalki, poręcze łóżek, klamki, włączniki światła, sprzęt medyczny czy ręce personelu medycznego i jego ubrania ochronne.** Z tego względu rezerwuarem wirusa może też być personel medyczny, który przenosi patogen np. na rękach – szacuje się, że ponad 20% osób z tej grupy jest nosicielami. Duże znaczenie w kontekście ograniczenia zakażeń ma prawidłowa higiena rąk i otoczenia chorego.

DBANIE O CZYSTOŚĆ KROKIEM NAPRZÓD

Testy pokazują, że poziom czystości w jednostkach ochrony zdrowia nie jest zadowalający. Według różnych szacunków udział powierzchni wyczyszczonych w środowisku



szpitalnym waha się od 11% przez 47% do niemal 80% po wprowadzeniu odpowiednich procedur utrzymania czystości. Tymczasem jak pokazuje przykład Wielkiej Brytanii, obok kontrolowania stosowania antybiotyków i wprowadzenia izolacji pacjentów dużą rolę w ograniczaniu zakażeń CDI – nawet o 80% – odgrywają odpowiednie zabiegi higieniczne i dezynfekcyjne.

Pierwszym krokiem dbałości o utrzymanie wysokiego poziomu higieny na oddziałach szpitalnych, na których przebywają lub przebywali pacjenci zakażeni CDI, powinno być opracowanie sposobu ich sprzątnięcia i dezynfekcji z uwzględnieniem faktu, że dla poszczególnych obszarów wokół chorego i na oddziale przyjmuje się inne protokoły – w zależności od możliwego stopnia skażenia. Warto przy tym zwiększyć częstotliwość sprzątnięcia (dwa razy dziennie) i zwrócić szczególną uwagę na powierzchnie często dotykane, np. ramy łóżka, krzesła i klamki. W przypadku dezynfekcji trzeba pamiętać, że preparat skutecznie usuwający przetrwalniki *Clostridium difficile* musi wykazywać pełne

działanie sporobójcze, jak np. Velox Oxy ETA, który działa w czasie 15 minut. Poza sporaми eliminuje również grzyby, bakterie, wirusy otoczkowe i nieotoczkowe (adeno, polio, noro).

Kolejny krok to przeszkolenie personelu sprzątającego oraz ograniczenie jego rotacji. Tylko odpowiednio przygotowany i świadomy personel będzie w stanie utrzymać czystość na najwyższym poziomie. Sala niedokładnie posprzątnięta po wypisie pacjenta może doprowadzić do zakażenia u następnego pacjenta zajmującego tę salę, co stanowi poważny problem w kontekście łańcucha zakażeń i epidemii szpitalnych.

Ostatni, choć równie ważny etap to kontrola przestrzegania zasad sprzątnięcia. Powinna się ona odbywać regularnie – w określonych przedziałach czasowych – poprzez bezpośrednią obserwację prowadzoną przez osoby opracowujące zasady sprzątnięcia.

Rezerwuarem wirusa może być personel medyczny, który przenosi patogen np. na rę-

kach – szacuje się, że ponad 20% osób z tej grupy jest nosicielami. Duże znaczenie w kontekście ograniczenia zakażeń ma prawidłowa higiena rąk i otoczenia chorego.

PROBLEM KLINICZNY I FINANSOWY

Zakażenia *Clostridium difficile* stanowią w XXI w. nie tylko poważny problem kliniczny, ale też ekonomiczny – prowadzą do wydłużenia pobytu pacjenta w szpitalu (średnio wynosi 16–37 dni), przeprowadzania dodatkowych badań, a niekiedy konieczności zamknięcia zakażonego oddziału. Już kilka lat temu szacowano, że roczne koszty ponoszone w Europie w związku z CDI wynoszą około 3 mld euro. Kontrolowanie stosowania antybiotyków, monitorowanie sytuacji epidemiologicznej, wprowadzenie izolacji pacjentów i zasad higieny na wysokim poziomie to dziś najistotniejsze metody walki z *Clostridium difficile* i ograniczania zakażeń w środowisku szpitalnym, zalecane przez ekspertów.

Źródło: MPIP nr 10. 2021

HPV – wirus, który może wywoływać raka

mgr Dorota Andrzejewska

specjalista zdrowia publicznego,
„Sancor” Zakład Paliatywnej Opieki
Zdrowotnej i Rehabilitacji w Gnieźnie

Co roku w Polsce rejestrujemy ok. 4000 nowych przypadków raka inwazyjnego szyjki macicy. Codziennie nowotwór zabija 5 Polek. Przyczyną rozwoju choroby w 99,7% jest wirus brodawczaka ludzkiego. Co warto o nim wiedzieć?

Rak szyjki macicy to trzeci po raku trzonu macicy i jajnika nowotwór atakujący narządy rodne kobiet. Stanowi czwartą w kolejności przyczynę zgonów wśród kobiet wywołanych chorobami nowotworowymi. Przyczyną zakażenia jest wirus HPV.

HPV (Human Papilloma Virus) jest nazwą ludzkiego wirusa brodawczaka. Wirus został odkryty w roku 2008 przez niemieckiego lekarza Harald zur Hausena, który wykazał, że rak szyjki macicy jest wywołany przez czynnik zakaźny. Za to odkrycie w 2008 roku Harald zur Hausen został uhonorowany Nagrodą Nobla w dziedzinie fizjologii i medycyny.

Wyróżnia się 150 typów HPV, które decydują o przebiegu zakażenia. Zakażenie wirusem brodawczaka ludzkiego może przebiegać zarówno pod postacią łagodnych zmian skórnych w okolicy narządów płciowych oraz innych okolic ciała, jak również w postaci zmian przednowotworowych i nowotworowych. Wyróżniono wysoce onkogenne typy wirusa i typy o małym ryzyku onkogennym.

Typy o małym ryzyku onkogennym. Do wirusów o małym ryzyku onkogennym należą typy HPV 6 i HPV 11. Są one odpowiedzialne za ponad 90% przypadków brodawek płciowych i brodawek okolic odbytu (tzw. kłykciny kończyste) oraz dużej części zmian brodawczakowatych w jamie ustnej.

Typy wysoce onkogenne. Do wirusów wysoce onkogennych należą typy HPV-16, HPV-18 i HPV-45. Są one odpowiedzialne za 75% przypadków raka płaskonabłonkowego szyjki macicy, 90% przypadków raka gruczołowego szyjki macicy i większość przypadków zmian przednowotworowych. Ponadto typy HPV-16 i HPV-18 są odpowiedzialne za 80% przypadków raka płaskonabłonkowego sro-

mu i pochwy oraz ponad 90% przypadków raka odbytu. Zakażenia HPV mogą prowadzić również do raka przestrzeni ustno-gardłowej, pochwy, sromu u kobiet i prącia u mężczyzn. Obecnie uważa się, że wszystkie przypadki raka szyjki macicy są poprzedzone przewlekłą infekcją HPV.

JAK MOŻNA SIĘ ZARAZIĆ?

Zakażenia HPV szerzą się drogą płciową. Do zakażenia dochodzi najczęściej w początkowym okresie po rozpoczęciu aktywności seksualnej. W ciągu swojego życia 50–80% aktywnych seksualnie kobiet i mężczyzn było lub będzie zakażonych HPV. Okres wylęgania wynosi od 1 do 6 miesięcy. Okres zakaźności dotyczy czasu utrzymywania się zmian chorobowych. Zazwyczaj do zarażenia dochodzi w przeciągu kilku miesięcy od pierwszego stosunku. Jednym z najważniejszych czynników ryzyka zakażenia wirusem HPV jest liczba partnerów, przy czym kobiety współżyjące nawet z jednym mężczyzną także są narażone na zakażenie HPV.

JAK PRZEBIEGA ZAKAŻENIE WIRUSEM HPV?

Najczęstsze objawy zakażenia to: brodawki stóp, brodawki zwykłe, brodawki płaskie, brodawki młodzieńcze krtani, brodawki w okolicach narządów płciowych oraz odbytu tzw. kłykciny kończyste, zmiany przednowotworowe żeńskich narządów płciowych (szyjki macicy, sromu i pochwy), rak szyjki macicy. Przebieg zakażenia uzależniony jest od typu wirusa, który je wywołał.

Zakażenie HPV typem wysoce onkogennym może przebiegać w postaci: zakażenia bezobjawowego, ustępującego samoistnie

w ciągu około 2 lat, zakażenia przetrwałego, utrzymującego długi okres czasu, które może prowadzić do neoplazji szyjki macicy nabłonka wielowarstwowego płaskiego szyjki macicy, a w przypadku braku leczenia, w raka płaskonabłonkowego i raka inwazyjnego. Oszacowano, że wśród 1 000 000 kobiet zakażonych typem HPV wysoce onkogennym, u 8 000 kobiet dochodzi do rozwoju raka, a u 1600 kobiet rozwija się inwazyjna postać raka. Rak szyjki macicy długo rozwija się niezauważony, sięgając spustoszenia w kobiecym organizmie. Kiedy daje o sobie znać, zwykle jest to już zaawansowane stadium choroby. Nowotwór pozostaje utajony przeciętnie 3 do 10 lat.

Istnieją pewne czynniki ryzyka, które sprzyjają rozwojowi raka szyjki macicy. Do czynników ryzyka można zaliczyć wczesne rozpoczęcie współżycia, wielu partnerów seksualnych, zachorowanie na choroby przenoszone drogą płciową, dużą liczbę porodów, wieloletnie stosowanie preparatów antykoncepcyjnych oraz palenie papierosów. Szacuje się, że palenie papierosów przy zakażeniu onkogennym typem wirusa HPV zwiększa ryzyko rozwinięcia się raka niemalże 5-krotnie. Śmiertelność raka szyjki macicy oceniana jest na poziomie 50%.

Zakażenie wirusem HPV niskiego ryzyka onkogennego może przebiegać w postaci: zakażenia bezobjawowego, zakażenia objawowego w formie brodawek okolic narządów płciowych lub odbytu (kłykciny kończyste), w większości ustępujących samoistnie w ciągu około 6 miesięcy, lecz u części chorych wymagających kosztownego, bolesnego i powtarzanego leczenia związanego z interwencją chirurgiczną.

KTO POWINIEN SIĘ ZASZCZEPIĆ?

W Polsce zarejestrowane są trzy szczepionki przeciw HPV: szczepionka 2-walentna: CERVARIX, szczepionka 4-walentna: GARDASIL i szczepionka 9-walentna: Gardasil9. Wszystkie chronią przed najbardziej onkogennymi typami wirusa 16 i 18. Dodatkowo są przeznaczone do ochrony przed zmianami przednowotworowymi i nowotworami narządów płciowych (szyjki macicy, sromu, pochwy) i odbytu oraz brodawkami narządów płciowych. Zalecane są dla dziewcząt i młodych kobiet oraz chłopców i młodych mężczyzn. Rekomenduje się rutynowe szczepienie dziewczynek w wieku 11–12 lat. Zalecane jest także szczepienie dziewcząt w wieku 13–18 lat, które nie rozpoczęły jeszcze serii szczepień lub tych, u których tę serię należy zakończyć. Według Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego nie ma dostatecznie dużo danych ekonomicznych i klinicznych odnośnie jednoznacznego wskazania do szczepienia kobiet młodych w wieku 19–26 lat oraz kobiet starszych – powyżej 55. roku życia, które miały już styczność z HPV. W Polsce szczepienia przeciw ludzkiemu wirusowi brodawczaka (HPV) są zalecane (niefinansowane z budżetu Ministra Zdrowia) szczególnie osobom przed inicjacją seksualną.

Szczepionki przeciw HPV są bezpieczne i dobrze tolerowane. Podano już ponad 270 mln dawek szczepionki przeciw wirusowi HPV. Dane statystyczne wskazują, iż występuje niewiele działań niepożądanych. Najczęściej objawy to ból w miejscu wstrzyknięcia,

zaczzerwienienie, świąd, obrzęk, zmęczenie, ból głowy i mięśni. Przeciwwskazaniem do szczepień jest ciąża i uczulenie na którykolwiek składnik szczepionki. Szczepienia nie powinny być podawane dziewczętom poniżej 9 lat.

Szczepionka przeciw HPV charakteryzuje się wysoką skutecznością. Na jej skuteczność wskazują wyniki badań prowadzone w krajach, gdzie stosowane są powszechne szczepienia przeciw HPV. Kraje prowadzące szczepienia odnotowały 90% redukcję infekcji wirusem HPV typu 6, 11, 16 i 18 oraz 90% zmniejszenie zachorowalności na brodawki narządów płciowych. Ponadto aż o 85% zmniejszyła się liczba patologii wysokiego stopnia szyjki macicy.

CO MÓWIĄ STATYSTYKI?

Rak szyjki macicy stanowi czwartą w kolejności przyczynę zgonów wśród kobiet wywołanych chorobami nowotworowymi. Szacowana liczba kobiet i mężczyzn zakażonych wirusem HPV na całym świecie wynosi 660 mln. Każdego roku wirus HPV powoduje ok. 595 000 nowych przypadków raka szyjki macicy, sromu, pochwy i odbytu. Z powodu raka szyjki macicy na świecie umiera 260 000 kobiet. Ponad 80% wszystkich zachorowań występuje w krajach rozwijających się. Wskaźniki zapadalności na raka szyjki macicy są zróżnicowane – najniższe w Finlandii (4,3/100 000 kobiet), a najwyższe na Haiti (87,3/100 000 kobiet). W Europie w 2012 r. odnotowano 58 000 przypadków raka szyjki macicy. A jaka jest skala tego problemu

w Polsce? Dane epidemiologiczne wskazują, że Polska należy do krajów o średniej częstotliwości występowania zachorowań na raka szyjki macicy. Każdego roku o chorobie dowiaduje się prawie 3000 kobiet. Jest to trzeci po raku trzonu macicy i jajnika rodzaj nowotworu, który atakuje narządy rodne kobiet. Wskaźniki epidemiologiczne różnią się w zależności od wieku pacjentek. W populacji młodych kobiet (od 20. do 44. roku życia) rak szyjki macicy odpowiada za 8% zachorowań oraz 11% zgonów nowotworowych. Według danych Krajowego Rejestru Nowotworów w 2013 r. zarejestrowano 2909 zachorowań, zmarło 1669 kobiet (w 2012 r. odnotowano 2783 zachorowania i 1669 zgonów).

Ocenia się, że aż 80% kobiet i mężczyzn w ciągu swojego życia może zostać zakażonych HPV. Większość osób zarażonych to nastolatki i młode kobiety. Problem w tym, że wiedza o zagrożeniu rakiem szyjki macicy i powodującym go wirusem HPV nie jest w Polsce szeroko rozpowszechniona, pilną potrzebą staje się zatem wprowadzenie efektywnego i skutecznego programu zapobiegania tej chorobie.

PROJEKT „WYBIERZ ŻYCIE – PIERWSZY KROK”

Zmniejszenie występowania i umieralności na raka szyjki macicy to główny cel Projektu „Wybierz Życie – Pierwszy Krok”. Projekt ten realizowany jest w ramach partnerstwa publiczno-społecznego i skierowany jest do młodzieży ponadgimnazjalnej. Jego założeniem jest zwiększenie świadomości młodych ludzi w zakresie zagrożenia rakiem szyjki macicy i innych chorób wywołanych wirusem HPV. W ramach projektu prowadzone są również szkolenia dla nauczycieli z zakresu profilaktyki raka szyjki macicy i infekcji HPV. W latach 2009–2011 w projekcie wzięło udział ponad 2100 koordynatorów z 2000 szkół z 10 województw. Dotychczas edukacją objęto ponad 370 000 nastolatków.

Mimo iż szczepionki przeciwko zakażeniu wirusem brodawczaka ludzkiego są przedmiotem wielu kontrowersji, to opierając się na wynikach badań klinicznych, w których udokumentowano wysoką skuteczność szczepionek, warto się zastanowić, czy wprowadzenie ich do kalendarza szczepień nie będzie miało długodystansowych korzyści – także ekonomicznych. Zapobieganie chorobom jest o wiele korzystniejsze finansowo niż późniejsze ewentualne leczenie. Zwiększenie odsetka osób szczepionych spowoduje zmniejszenie częstości zakażeń wirusem HPV, a tym samym śmiertelność z powodu raka szyjki macicy.

Źródło: MPiP nr 9. 2021



Rehabilitacja urologiczna szansą na normalne życie tysięcy Polaków

Rozmawia Agata Grzeźlińska

Nietrzymanie moczu, brak szans na wyprawę do miasta, brak możliwości satysfakcjonującego życia seksualnego – to tylko niektóre skutki dolegliwości urologicznych, które rujną codzienność wielu z nas. Co jest potrzebne, by to zmienić i od czego zacząć zmiany? O tym mówi dr n. med. Krzysztof Tupikowski, urolog z Dolnośląskiego Centrum Onkologicznego we Wrocławiu w rozmowie z Agatą Grzeźlińską.

Agata Grzeźlińska: Zanim zapytam Pana o inne sprawy, wyjaśnijmy najpierw, czym właściwie jest rehabilitacja urologiczna.

Dr n. med. Krzysztof Tupikowski: Rehabilitacja urologiczna to zestaw działań, które przygotowują pacjenta do leczenia urologicznego i pomagają mu odzyskać zdrowie po nim. Dotyczą one problemów z układem moczowo-płciowym. To bardzo ogólna definicja, natomiast trzeba sobie zdawać sprawę, że w jej zakres wchodzi bardzo wiele różnych rzeczy. Pierwsza z nich to rehabilitacja związana z nietrzymaniem moczu, co u pacjentów urologicznych jest niestety bardzo częstym problemem. Dalej rehabilitacja osób z zespołem bólowym miednicy, który może się pojawiać jako niezależna choroba, ale także jako związana z leczeniem urologicznym. Są to również działania usprawniające związane z naszą zdolnością seksualną oraz z możliwościami prokreacyjnymi. Oczywiście w zakres tego pojęcia wchodzi także klasyczna rehabilitacja okołoperacyjna oraz połączona z leczeniem zarówno zabiegowym, jak i niezabiegowym. To bardzo szeroka gama poczynań, ćwiczeń i różnego rodzaju fizycznych czynników, którymi działamy na naszego pacjenta albo którymi on działa na samego siebie.

A.G.: Jaka jest skala zapotrzebowania na taką rehabilitację? Problem nietrzymania moczu dotyczy dużej grupy ludzi i co dla niektórych z nas może być zaskoczeniem, nie tylko kobiet.

K.T.: To prawda, o problemach urologicznych i związanych z nietrzymaniem moczu zaczęło się głośno mówić w naszych mediach dwa lata temu. Dopiero wtedy pojawiły się pierwsze reklamy związane z wkładkami

chłonnymi dla kobiet i mężczyzn, używanymi w przypadku nietrzymania moczu. Reklamy środków higienicznych dla kobiet (tampony, podpaski) pojawiły się już w latach 90. XX wieku. Dopiero 20 lat później zaczęliśmy mówić o nietrzymaniu moczu, które dotyka bardzo dużego odsetka społeczeństwa. Mówimy tutaj nie tylko o nietrzymaniu moczu u kobiet, ale także u mężczyzn. Są to przypadki wynikające z różnych chorób dolnych dróg moczowych oraz z leczenia onkologicznego i nieonkologicznego (np. raka prostaty czy łagodnego przerostu prostaty). Urologzy, trochę śmiejąc się, twierdzą, że każdy pacjent po 50. roku życia powinien mieć przyjaciela urologa. Dlaczego? Dlatego, że tak naprawdę każdy z nas po 50. roku życia ma jakieś kłopoty urologiczne. Może jeszcze o tym nie wiedzieć, ale tak jest. Mam tu na myśli bardzo duże spektrum różnych schorzeń, począwszy od najcięższych i najpoważniejszych chorób nowotworowych nerek, moczowodu, pęcherza, prostaty, jąder czy prącia, aż po problemy (szczególnie u młodszych osób) związane z płodnością i zaburzeniami erekcji, z zespołem bólowym miednicy, ale też ze współżyciem seksualnym. Te choroby mogą dotknąć zarówno osób młodych, jak i starszych. Ale, rzecz jasna, dużo częściej są u ludzi starszych po 50., 55. roku życia.

A.G.: Wróćmy do problemów kobiecych. W reklamach pokazywane są głównie starsze panie. Ale te młode, np. po porodach, też miewają podobne problemy.

K.T.: Ma pani rację, to bardzo szeroki problem. Mówimy tu nie tylko o nietrzymaniu moczu, ale na przykład o problemach ze współżyciem. Mogło dojść do różnego rodzaju okołoporodowych uszkodzeń mięśni i narządów

dna miednicy, które uniemożliwiają prowadzenie satysfakcjonującego życia seksualnego i na przykład dalszej prokreacji. Mówimy też o nietrzymaniu moczu, bo porody naturalne, szczególnie związane z interwencjami położniczymi, są jednym z głównych czynników ryzyka wystąpienia nietrzymania moczu i to zarówno u kobiet młodszych, jak i starszych. To problem, który może dotknąć osoby w każdym wieku.

Mówimy również o nietrzymaniu moczu z powodu tak zwanego parcia. Jest to jeszcze inna sfera zaburzeń, gdy występują zaburzenia funkcjonowania samego pęcherza moczowego. Mamy do czynienia na przykład z takimi zespołami, jak pęcherz nadaktywny czy śródmiąższowe zapalenie pęcherza, które nie są chorobami onkologicznymi, nie wywołują zagrożenie zdrowia i życia, natomiast wyjątkowo negatywnie wpływają na jakość życia, na dobre samopoczucie, na codzienne funkcjonowanie. Osoby dotknięte takim problemem często nie są w stanie pójść na normalne zakupy, jeżeli w sklepie czy galerii handlowej nie ma toalety. To dotyka bardzo dużej części naszego społeczeństwa. Niestety, o problemach urologicznych mówi się mało, bo jest to sfera bardzo intymna, wstydliva i trudna. Każdy z nas chodzi do toalety kilka razy dziennie. Ale może się zdarzyć, że musimy chodzić nawet kilkanaście razy w dzień lub w nocy i nie możemy się wyspać. Kiedy nie jesteśmy w stanie wyjść normalnie z domu do pracy czy po prostu „na miasto”, dlatego że musimy mieć cały czas ze sobą albo wkładki chłonne albo wręcz pieluchomajtki, jest to coś, co wyjątkowo uprzykrza życie i powoduje, że staje się ono o wiele gorsze. Pomijam tu kwestie współżycia z partnerką albo partnerem... Na pewno nietrzymanie moczu to coś, co bardzo negatyw-

nie wpływa na jakość życia i powoduje, że jest ono dużo uboższe.

A.G.: Z tego, co Pan mówi, można wysnuć apel do lekarzy, że trzeba o tym mówić jak najczęściej i jak najwięcej. Chodzi o to, by pacjenci mieli świadomość, że w takich sytuacjach mogą liczyć na pomoc. Pewnie, jak ze wszystkim, jest tak, że im wcześniej się zacznie, tym lepsze będą efekty?

K.T.: To trudno jednoznacznie powiedzieć. Najważniejsze jest to, by stwierdzić, że się ma problem i żeby z tym problemem pójść do specjalisty. Czy to będzie na wczesnym etapie, czy na późniejszym – mniejsza o to. Ważne, by w ogóle stwierdzić i odważyć się na wizytę u urologa. Większość mężczyzn ma wyobrażenie, że taka wizyta to jakiś dramat. Czasem się zastanawiam, czy gdy ktoś siedzi przed drzwiami gabinetu urologicznego, nie wyobraża sobie, że mam rogi, ogon i troszeczkę ciągnie ode mnie siarkę... Z drugiej strony kobiety wyobra-

że (ujmując to bardzo szeroko) w Polsce leczenie rehabilitacyjne, jeżeli chodzi o urologię, praktycznie nie istnieje. Żeby pacjent mógł odnieść maksymalną korzyść z leczenia rehabilitacyjnego (jeżeli mówimy na przykład o panach leczonych z powodu raka prostaty), powinien odbyć zarówno rehabilitację przedoperacyjną, jak i być leczonym nie tylko na oddziale po samej operacji, ale także po wyjściu ze szpitala. W naszym kraju, niestety, jest tak, że kolejki w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia są ekstremalnie długie i ta rehabilitacja przestaje mieć sens... Prerehabilitacja, czyli uczenie pacjenta, jak postępować, rehabilitacja przedoperacyjna tak naprawdę nie istnieje! Istnieje jedynie rehabilitacja szpitalna, kiedy mamy chorego leżącego na oddziale i musimy mu pomóc pozierać się po operacji. To powoduje, że nasze wyniki (jeżeli chodzi o wyniki funkcjonalne, nie mówimy tu o wynikach onkologicznych, tylko o tym, jak nasz pacjent odzyskuje trzymanie moczu, jak

która ma zmniejszyć przede wszystkim powikłania związane z leczeniem onkologicznym. Czyli po wyleczeniu pacjenta ma mu umożliwić powrót do normalnego życia i funkcjonowania w społeczeństwie. Wszystko zależy od tego, o jakim schorzeniu mówimy, jakie to stadium choroby i jakie metody leczenia są dla danego pacjenta dobierane. Moim marzeniem jest, żebyśmy mogli indywidualizować terapię u każdego chorego nie tylko z punktu widzenia onkologicznego, ale także zindywidualizować ją, gdy chodzi właśnie o leczenie następstw terapii onkologicznej. Bo tylko w ten sposób jesteśmy w stanie przywrócić te osoby do normalnego życia i funkcjonowania w społeczeństwie. To nie jest tylko wycięcie raka i już mamy pacjenta zdrowego, jeżeli ten człowiek do końca życia będzie musiał biegać w pampersach. Pacjent jest wyleczony wtedy, gdy nie dość, że nie ma nowotworu, to jeszcze trzyma moc i może normalnie funkcjonować. I to jest cel, do którego współczesna medycyna dąży, czyli nie tylko do uzyskania maksymalnego efektu onkologicznego, ale także do uzyskania maksymalnego efektu w postaci jak najlepszej jakości życia po zakończeniu leczenia.

A.G.: Tak naprawdę rehabilitacja urologiczna z prawdziwego znaczenia istnieje tylko w szpitalach?

K.T.: Nawet nie w szpitalach, bo *de facto* w ogóle jej nie ma...

A.G.: Może jednak widzi Pan chociaż jakiś cień nadziei, że coś takiego powstanie?

K.T.: Powstaje coś, co się nazywa Krajową Siecią Onkologiczną. Ten projekt jest realizowany od 2019 roku i już się kończy. Pilotaż jest w tej chwili realizowany w 4 województwach. Na bazie tego projektu wykazaliśmy, że da się zbierać dane, da się mierzyć jakość w medycynie w polskich warunkach. Teraz są tworzone założenia Krajowej Sieci Onkologicznej. Ona ma zacząć działać w przyszłym roku już jako kompletny system w dziedzinie onkologii w całej Polsce. Bardzo duży nacisk jest tu kładziony na leczenie rehabilitacyjne, a więc pacjent ma być nie tylko dobrze zdiagnozowany i leczony, ale równolegle ma być również prowadzone leczenie wspomagające różnych schorzeń układu moczowego, czyli właśnie leczenie rehabilitacyjne. Do tej pory ważne było coś, co możemy opisać jako „zdiagnozować – wyleczyć – do widzenia”. Teraz myślimy inaczej: pacjent ma być nie tylko zdiagnozowany i wyleczony, ale ma jeszcze wrócić do sposobu funkcjonowania sprzed choroby, powinien więc normalnie korzystać z życia. Chodzi więc o to, by jego jakość życia ucierpiała za sprawą zastosowanych terapii w jak najmniejszym stopniu. Bez leczenia rehabilitacyjnego jest to po prostu niemożliwe!

Źródło: Medium Nr 10/2021 (374) październik 2021



żają sobie, że urolog to taki męski ginekolog, że tam kobiety nie chodzą, tylko sami mężczyźni. A to też nieprawda, bo mniej więcej 40% moich pacjentów to właśnie kobiety. Tu nie ma takiej dysproporcji jak na ginekologii – tam mężczyzn spotyka się dość rzadko, a jeśli już, to raczej jako osoby towarzyszące kobiecie i ją wspierające. U nas panie są jak najbardziej pacjentkami urologicznymi z tego względu, że tak samo jak mężczyźni posiadają pęcherz, nerki, moczowody, cewkę moczową.

A.G.: W jakim stopniu rehabilitacja urologiczna może być skuteczna? Od czego to zależy, że przynosi lepsze lub mniej spektakularne efekty?

K.T.: Najlepsze efekty przynosi taka rehabilitacja, która jest... stosowana. To może trywialne stwierdzenie, ale trzeba pamiętać o tym,

odzyskuje na przykład zdolność do erekcji po leczeniu) są niestety gorsze niż na Zachodzie. Dzieje się tak między innymi dlatego, że u nas rehabilitacja nie jest stosowana.

A.G.: Czy rehabilitacja może niekiedy zastąpić zabieg operacyjny, czy jednak zawsze są to połączone działania?

K.T.: To zależy, o czym mówimy. Jeżeli o leczeniu rehabilitacyjnym związanym z niewielkim, wysiłkowym nietrzymaniem moczu, na przykład u kobiet po porodzie naturalnym, to na pewno rehabilitacja jest w stanie u wielu tych pacjentek dolegliwości związane z nietrzymaniem moczu znacznie zmniejszyć. Część z nich może być w ten sposób wyleczona. Natomiast nie mówimy o tego typu efekcie, jeżeli mamy na myśli leczenie nowotworów, na przykład dlatego, że rehabilitacja jest tutaj metodą,

Czy w Twojej pracy możliwy jest *Work life balance*?

Dorota Uliasz

– psycholog, autorka bloga
zadowolony pacjent.pl,
doradca i szkoli w zakresie
skutecznej komunikacji z pacjentem

Chodzi o zarządzanie czasem, czyli znalezienie równowagi pomiędzy pracą a życiem prywatnym. Czy to możliwe, gdy bierze się dodatkowe dyżury?

Work life balance to koncepcja związana z zarządzaniem czasem, której celem jest znalezienie równowagi pomiędzy pracą, a życiem prywatnym. A może lepszą definicją jest ta, która mówi, że jest to stan, gdy nasze życie – i to zawodowe, i to prywatne, tworzy spójną całość... Sformułowanie „zarządzanie czasem” należy uznać za skrót myślowy. Nie rozciągniemy przecież doby. Odnosi się do tego, jak my sami go organizujemy. To rozważenia w dużej mierze teoretyczne, zabawa definicjami, a jak to wygląda w praktyce?

Z PRACY DO PRACY

Często, przywołując w pamięci rozmowy z Wami, jawi mi się taki obraz pielęgniarki czy położnej: dużo godzin w pracy, dodatkowe dyżury, łączenie dwóch miejsc pracy itd. Pewnie lepiej ode mnie znacie tę rzeczywistość. Patrząc przez taki pryzmat, opracowane przez naukowców pojęcie „*Work life balance*” może wydawać się śmieszne. A może wręcz przeciwnie – to zagadnienie jest właśnie jak najbardziej ważne i kluczowe w takim rytmie pracy?

Przypominam sobie rozmowę z pielęgniarką, która kiedyś podzieliła się ze mną taką historią... Od zawsze łączyła dwie prace, w tym jedną mocno obciążającą w hospicjum. Jednak miała poczucie, że życie przebiega harmonijnie. Praca była wyczerpująca, ale życie domowe było odskocznią od niej. Jak sama mówiła, dzięki rodzinie mogła „naładować akumulatory”. W pewnym momencie to się zmieniło. Powodem była opieka nad chorą krewną. Ten jeden czynnik sprawił,

że zamiast harmonijnej spójności pomiędzy pracą, a życiem prywatnym, zaczęło dominować przemęczenie, obniżony nastrój oraz poczucie, że tak dalej być nie może. Ta pielęgniarka w miarę szybko to wytapasa. Jednak nie zawsze jest to tak jasne i klarowne. Często też mam poczucie, że nawet jeśli zauważacie, że nie jest do końca tak jak być powinno, to wiele czynników sprawia, że zmiana nie jest ani oczywista, ani łatwa. Dlatego też pomyślałam sobie, że kilka wskazówek dotyczących *Work life balance* pokaże Wam to z innej perspektywy. Być może zachęci do tego, by szukać tej pozytywnej równowagi na różnych etapach swojego życia. Bo jak pewnie domyślicie się, inaczej to będzie wyglądało z perspektywy młodej pielęgniarki czy położnej, która jest na początku swojej drogi zawodowej, a inaczej, gdy zaczynamy myśleć o emeryturze. Jednak zawsze takie zatrzymanie się i spojrzenie – czy jestem z obecnej sytuacji zadowolona, jest pomocne. W takich momentach myślę o tym, że rzeczywistość okołocowidowa ma ten jeden plus: zachęciła do zadawania tego typu pytań.

Oczywiście, możesz powiedzieć, że to Twój pracodawca powinien zadbać o harmonijność w pracy. Taka sytuacja byłaby idealna. Jednak, będąc realistą, warto pamiętać, że równowaga w pracy i życiu prywatnym jest też na szczęście zależna od nas samych i jest możliwa w każdym zawodzie, bo:

Nie oznacza równego podziału na czas poświęcony na pracę i czas wolny, czy też życie prywatne.

Nie jest tożsama z jakimś systemem pracy, np. od 7.00 do 15.00, a niedostępna, gdy pracujemy w innych porach.

Ważne są Twoje odczucia – czy jest to dla Ciebie satysfakcjonujące czy też nie. W takim układzie najbardziej zależne od Ciebie, chociaż zarówno Twój pracodawca, Twoi współpracownicy czy też Twoi bliscy mogą być tutaj pomocni.

Przyjrzyjmy się w takim razie kilku propozycjom, które mogą ułatwić uzyskanie harmonii. Bo mimo że warto reguły *Work life balance* wypracować indywidualnie, gdyż dla każdego jest coś innego ważne, to parę kwestii jest uniwersalnych.

USTAL SWOJE GRANICE I DBAJ O NIE

To, jak być może wiesz, jeden z elementów asertywnego zachowania. O korzyściach z pozytywnej pewności siebie (bo tak wolę nazywać asertywność) w Waszej pracy już pisałam. Dziś popatrzymy na nią z perspektywy stawiania granic. Zacznę od tej części zawodowej. Takie sytuacje opisują mi pielęgniarki i położne:

Wieczór w gronie rodzinnym. Dzwoni przełożony. Sprawa błaha według opisującej ją osoby. Podniesiony ton głosu szefa i zepsuty wieczór na rozmyślanie – jak załatwić tę kwestię następnego dnia w pracy.

Pierwszy dzień długo wyczekiwanego urlopu. Pielęgniarka odbiera sms-a od przełożonej z pytaniem o dokumentację, którą przygotowała przed urlopem. Szybko odpisuje, gdzie naczelną ją znajdzie. Jednocześnie kątem oka widzi, że mąż traci humor, bo

znowu coś z pracy okazało się ważniejsze niż wspólny, rodzinny czas.

Położna jest na zwolnieniu lekarskim. Zgodnie z zasadami przyjętymi w zespole przestała informację o tym, nie tylko formalnie, ale właśnie tak, jak było ustalone – do wszystkich pracowników. Gdy patrzy na komunikator, widzi pytania od koleżanek: *Dlaczego tak długie to zwolnienie?, Czy na pewno to aż taki poważny problem?*

Jeśli takie sytuacje są Ci znane, to być może nadszedł czas, by określić granice – zarówno z przełożonymi, jak i współpracownikami. Na początek krótka uwaga: ustalenie granic nie musi wiązać się ze zburzeniem dobrych relacji. Mam wrażenie, że obawa o relacje, które są przecież też ważne, by mieć spokojną pracę, powoduje niechęć do określenia granic.

Warto o tym pomyśleć w innych kontekście: masz prawo wyznaczyć granice. W zależności od Twoich relacji z szefem czy koleżankami – taka rozmowa może być łatwiejsza lub trudniejsza.

W każdym razie przygotuj się do niej tak, by szef czy koleżanki wiedzieli, co jest dla Ciebie do zaakceptowania, a co jest już przekroczeniem granic. Zbierz racjonalne argumenty.

Te zasady mają być korzystne zarówno dla Ciebie, jak i innych. Masz prawo wprost powiedzieć, że w czasie urlopu nie odbierasz telefonu/maili, bo potrzebujesz odpoczynku.

Warto też z wyprzedzeniem ustalać zasady współpracy, np. jak informujesz o swojej nieobecności z powodu choroby. Ostatnio rozmawiałam z pielęgniarką, mamą dwójki dzieci, które niestety często chorują. Ustaliła ona z szefową, że jak tylko coś się dzieje (a jest to najczęściej późnym wieczorem), to z samego rana przesyła jej sms-a z informacją. To rozwiązanie, zaakceptowane przez dwie strony, świetnie się sprawdza.

NADGODZINY, DODATKOWE DYŻURY, DODATKOWE OBOWIĄZKI – CZY CZASAMI UMIESZ ODMÓWIĆ?

Odmówić w spokojny sposób, lepiej z rzeczowymi argumentami niż bez (choć asertywność dopuszcza odmowę bez podania argumentów, ale gdy chcemy dbać o relacje, to warto pokazać powody). Czy wyobrażasz to sobie? Dla części osób jest to oczywiste, a dla innych wręcz niemożliwe. Jeśli jednak chcesz coś zmienić, to warto ćwiczyć odmowę. Słowa to jednak nie podstawa odmowy. To tylko technika, która ma pomóc. Prawdziwym fundamentem jest – mówiąc kolokwialnie, Twoja głowa. Czy dajesz sobie prawo, by powiedzieć „nie”? Może pomocne będzie tu stwierdzenie, które z początku wyda się przewrotne: moje „nie” daje też przestrzeń do mówienia „tak”. Jeśli danego dnia odmówię,



np. przyjdą na zastępstwo i dzięki temu odpocznę, to następnym razem będę mogła powiedzieć „tak” w podobnej sytuacji, bo będę miała na to siłę.

W CZASIE PRYWATNYM – LISTA DOMOWYCH OBOWIĄZKÓW

To były spojrzenia z perspektywy pracy, jednak *Work life balance* zakłada też, że dbamy o siebie również w czasie prywatnym. Jak to wygląda u Ciebie? Co robisz po powrocie do domu? Czy czeka na Ciebie lista obowiązków nie krótsza niż ta, którą zostawiłaś w pracy? Piszą o tym: Sobczak M, Budzińska M. w „Przekonania i zachowania pielęgniarek aktywnych zawodowo na temat równowagi praca–dom i dom–praca”, *Problemy Pielęgniarstwa*. 2014;22(2):184–189. Wnioski z badań są takie, że przed przenikaniem pracy do domu chroni nas pasja (hobby). Jednak nie jest to łatwe, wychodzi z badań kobietom jest trudniej, a przecież to one dominują w zawodzie pielęgniarki.

Rady odnośnie życia prywatnego mogą wydawać się oczywiste, ale pewnie nie zawsze tak postępujemy:

Ważny jest czas dla najbliższych. Może być to różnie w praktyce wykorzystane (najlepiej tak, jak lubisz), ale po prostu warto o to zadbać, np. wspólne posiłki, oglądanie

filmów, słuchanie muzyki, spotkania się z ludźmi, którzy dodają Ci siłę itd.

Równie potrzebny, jak czas dla bliskich, jest czas dla siebie samej. Jest to chyba jeszcze częściej zaniedbywany obszar. Chcąc osiągnąć równowagę między pracą a życiem prywatnym, uczyn „czas dla siebie” priorytetem. To czas na drobne przyjemności, ale także zainteresowania/pasje/hobby. Często, gdy pytam o nie w mojej pracy szkoleniowo-doradczej, słyszę: *Gdybym miała wolny czas, to poświęciłabym go na...*, albo: *Jak będę miała wolny czas, to wrócę do tego, co kiedyś tak lubiłam robić...* Może nadszedł właśnie ten czas, by o siebie zadbać? Jeśli wysoko ustawisz ten priorytet – przed porządkami, zakupami, gotowaniem itd. – to może okazać się, że te domowe obowiązki mniej męczą. Piszę to z doświadczeń i swoich, ale przede wszystkim pielęgniarek i położnych, z którymi rozmawiam.

Jest taki slogan: „szczęśliwa mama to szczęśliwe dziecko”. Można oceniać go krytycznie z różnych względów (choćaby z tego, że skupia się tylko na macierzyństwie), ale gdyby go potraktować szeroko? Dla mnie jest to cel szukania harmonii pomiędzy pracą a domem.

Moda na cesarskie cięcia prostą drogą do epidemii ciąż pozamacicznych

Rozmawia Maciej Sas

Trudno je zdiagnozować i trudno leczyć. Najlepszą metodą jest edukacja kobiet, które planują dziecko. O ciążach ektopowych i heterotopowych, a także o tym, dlaczego w wielu szpitalach kuleje opieka okołoporodowa z prof. dr. n. med. Mariuszem Zimmerem, kierownikiem Kliniki Ginekologii i Położnictwa Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu, prezesem Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników (PTGiP), rozmawia Maciej Sas.

Maciej Sas: Macierzyństwo to zwykle piękny czas, ale bywa (całkiem nierzadko), że ma niepiękne początki. Pomijam kłopoty z zająciem w ciąży, ale kiedy już się uda, wcale nie musi być łatwo. Jednymi z trudniejszych problemów są ciąża ektopowe czy heterotopowe. Podobno bardzo trudno je zdiagnozować. Dlaczego?

Prof. dr. hab. n. med. Mariusz Zimmer: Rzeczywiście, to problem dobrze znany w położnictwie i ginekologii. Naszym zadaniem jest zdiagnozowanie jednego z najwspanialszych momentów w życiu kobiety i rodziny, a więc zbadanie, czy jest ciąża. Najczęściej dla potwierdzenia ciąży wykonywany jest test ciążowy, czyli próba biochemiczna wykrywająca beta HCG (gonadotropinę kosmówkową). Należy jednak pamiętać, że może ona błędnie wskazywać istnienie ciąży, a na pewno nic nie mówi o jej lokalizacji. Nie należy ulegać złudzeniom i nie popadać w pewność, sądząc, że jeżeli wynik tego badania jest pozytywny, to już na pewno mamy do czynienia z ciążą. Rzecz w tym, że istnieje kilka chorób, które mogą powodować pojawienie się beta HCG. Naszym zadaniem jest potwierdzenie, czy jest ciąża i gdzie ona się umiejscowiła – to najważniejsze. Wyjaśnijmy jeszcze najpierw, że ciąża ektopowa to ciąża zlokalizowana poza jamą macicy, czyli ciąża pozamaciczna, natomiast ciąża heterotopowa to taka, w której istnieją jednocześnie dwa zarodki – jeden w macicy i jeden poza nią, czyli jeden w dobrym miejscu, a drugi w złym. Taka sytuacja jest rzadka i stanowi nie lada wyzwanie dla ginekologów.

W przypadkach tego typu patologii najczęściej jednak mamy do czynienia z ciążą pozamaciczną – jest to również duży problem diagnostyczny i kliniczny.

M.S.: Z czego ten problem wynika?

M.Z.: Z różnych przyczyn – zwykle chorobowych, a często – z przypadkowych. Jeśli chodzi o te pierwsze, to często mamy do czynienia z sytuacją, gdy jajowód jest na tyle chory, że nie przepuszcza zarodka. Owszem, w jedną stronę przedostanie się plemnik, który dojdzie do końcowego odcinka jajowodu i zapłodni komórkę jajową wytaпанą przez jajowód. Niestety zarodka (czyli zapłodnionej komórki, która dzieli się w jajowodzie, powiększając się) już nie jest w stanie przepuścić. I dlatego ten zarodek zostaje już w jajowodzie – to jest ciąża jajowodowa. Obecnie w dobie epidemii cięć cesarskich pojawiła się nowa forma tego problemu – ciąża w bliźnie po cięciu cesarskim. Mówię „nowa”, bo kiedyś szacowało się, że zdarza się w 4 przypadkach na 1000 ciąż. Dzisiaj ten wskaźnik jest zdecydowanie większy. Akurat tak się złożyło, że moja Klinika w tym się specjalizuje i przyjmujemy takie pacjentki z całej Polski. Są to ekstremalnie trudne przypadki wymagające wysokospecjalistycznych procedur, które opracowaliśmy w Klinice. To ogromnie trudny problem.

M.S.: Jak wynika z tego, o czym Pan powiedział, ciąża ektopowe zdarzały się zawsze. Ale cywilizacyjnym śladem (pię-

nem) jest to, co się dzieje teraz, czyli nadmiar cięć cesarskich.

M.Z.: Tak, można nawet powiedzieć, że tych przypadków przybywa w postępie logarytmicznym. Nie wiem, czy dobrym słowem na określenie tego zjawiska jest „epidemia”, bo to by oznaczało, że mamy do czynienia z problemem zakaźnym, a to jest raczej problem społeczny. Wniosek z tego: eliminujemy niepotrzebne pierwsze cięcia cesarskie, bo to jest podstawowym elementem zapewniającym bezpieczeństwo kobiecie w kolejnych ciążach. Decyzja o tym, czy pierwszy poród powinien się odbyć siłami natury, czy drogą cięcia cesarskiego, ma ogromny wpływ na przebieg kolejnych ciąż!

„Obecnie w dobie epidemii cięć cesarskich pojawiła się nowa forma tego problemu – ciąża w bliźnie po cięciu cesarskim. Mówię „nowa”, bo kiedyś szacowało się, że zdarza się w 4 przypadkach na 1000 ciąż. Dzisiaj ten wskaźnik jest zdecydowanie większy. Akurat tak się złożyło, że moja Klinika w tym się specjalizuje i przyjmujemy takie pacjentki z całej Polski. Są to ekstremalnie trudne przypadki wymagające wysokospecjalistycznych procedur, które opracowaliśmy w Klinice. To ogromnie trudny problem”.

M.S.: Na czym polega terapia w przypadku takich ciąż? Podejrzewam, że wszystko zależy od tego, w którym miejscu umiejscowił się zarodek i jakie są tego przyczyny?

M.Z.: Wykrycie ciąży pozamacicznej ustalone jest na podstawie badania ginekologicznego, biochemicznego i USG. To właśnie USG zrewolucjonizowało diagnostykę tej choroby. USG jest moim zdaniem jedną z najwspanialszych zdobyczy medycyny – od 1958 roku, bo wtedy pojawiło się pierwsze takie badanie w położnictwie.

M.S.: Ta „święta” trójka pozwala zdiagnozować problem?

M.Z.: Tak – można powiedzieć – jest standardem postępowania. Czy USG jest tak dokładne, że zawsze nam powie, gdzie jest umiejscowiona ciąża? W przypadku ciąży w bliźnie po cięciu cesarskim – tak, ale już w przypadku ciąży jajnikowej, jajowodowej, szyjkowej, brzusznej (to takie książkowe lokalizacje) nie do końca jest tak idealne, bo czasami też w tych miejscach zarodka nie widać. Taką ciążę nieprawidłową sugerują więc objawy kliniczne i poziom beta HCG. Teraz wróćmy do sedna pytania, a więc: co robić? Są trzy kierunki działania. Pierwszym jest obserwacja, bo taka ciąża może, nie spotykając „odpowiedniego, dobrego gruntu” do rozwoju, samoistnie zaniknąć.

M.S.: Trzeba więc mieć nieustanną kontrolę nad sytuacją?

M.Z.: Otóż to, ale pacjentka musi być w szpitalu, bo niebezpieczeństwo pęknięcia miejsca jej zagnieżdżenia, bez względu na to, gdzie taka ciąża jest umiejscowiona, doprowadza do ekstremalnego zagrożenia życia kobiety. Druga możliwość to leczenie farmakologiczne, ale możliwe w pewnych określonych warunkach związanych z odpowiednim poziomem beta HCG. W tym przypadku można podawać kolejną zdobycz cywilizacyjną medycyny, jaką jest metotreskat. To jest jeden z przełomowych leków w historii medycyny, który jest skierowany przeciwko trofoblastowi, a więc tkance, która wytwarza się w czasie ciąży. Lek ten niszczy trofoblast uniemożliwiając dalszy rozwój ciąży. Metotreskat jest chemioterapeutycznym, który może zlikwidować ciążę odpowiedniej wielkości. Podaje się go w formie iniekcji, a potem trzeba sprawdzać, czy beta HCG spada, czy nie spada. Podkreślam: można to zrobić wyłącznie w warunkach szpitalnych! Trzecia możliwość to operacja, a więc najbardziej radykalny sposób postępowania. Taki zabieg, jak każdy inny, niesie ze sobą ryzyko związane zarówno ze znieczuleniem, jak i innymi powikłaniami śródoperacyjnymi czy pooperacyjnymi. Oczywiście zwykle robimy to laparoskopowo, ale ten zabieg zawsze może się zakończyć laparotomią, czyli rozcięciem brzucha i w konsekwencji blizną skórną. Podpisując zgodę na laparoskopię, pacjentka zawsze wyraża zgodę na możli-

wość konwersji do laparotomii, bo w czasie jednego znieczulenia nie jesteśmy w stanie jej wybudzić i pytać: „Czy zgadza się Pani na rozcięcie brzucha?”. W czasie operacji są dwa sposoby postępowania: albo nacięcie jajowodu i wyjęcie tej ciąży (jeżeli to tam się zagnieżdżyła), albo wycięcie całego jajowodu. Co ważne, ten drugi sposób o 50 procent zmniejsza możliwość zachodzenia w kolejną ciążę. Z kolei pozostawienie jajowodu naraża kobietę na kolejną ciążę pozamaciczną, bo jeśli już raz zarodek nie przedarł się przez ten chory jajowód, to i za drugim razem nie ma pewności, że to się uda. Tu decyzję muszą podjąć operatorzy w czasie zabiegu.

M.S.: Wspomniał Pan o objawach klinicznych, ale one – z tego, co wiem – nie zawsze są oczywiste.

M.Z.: Faktycznie, tak jest. Dlatego tak ważna jest jak najszybsza po zatrzymaniu miesiączki i dodatnim teście ciążowym wizyta u lekarza, a nie – jak robiły to nasze babcie, czy jak radzą niektóre periodyki „prolife” – pójdźmy do lekarza dopiero wtedy, gdy już będzie 10. tydzień ciąży, bo wtedy można radosną nowinę ogłosić całemu światu, w tym wszystkim ciotkom. Właśnie tu docieramy do najważniejszego wątku naszej rozmowy: jeśli test ciążowy jest dodatni, idźmy szybko sprawdzić, czy jest ciąża, a przede wszystkim niech lekarz



potwierdzi, gdzie ona się umiejscowiła. A już bezwzględna koniecznością, wpisaną w standard postępowania medycznego, jest udanie się na taką wizytę, gdy kobieta zajdzie w ciążę po wcześniejszym cięciu cesarskim. Dlaczego? Bo wtedy można wyleczyć ciążę w bliźnie po cięciu z jak najmniejszym zagrożeniem życia pacjentki. To jest prawdziwa zmora, dlatego jak mantrę powtarzam: „ciąża pozamaciczna” i „ciąża po cięciu cesarskim”.

M.S.: Wniosek z tego jest prosty: ciąża pozamaciczna ma ogromny wpływ na całą przyszłą płodność kobiety?

M.Z.: Tak jest, ale też nie panikujmy i nie stwarzajmy wrażenia, że jak już ktoś przeżył jedną ciążę pozamaciczną, to jest skazany na nieplodność, bo tak nie jest. Mamy pacjentki, które np. nie mają jajnika i jajowodu z jednej strony, potem zachodzą w ciążę bez problemu i są szczęśliwymi matkami. Owszem, na pewno stanowi to pewien problem medyczny, ale nie taki, który by uniemożliwił zajście w kolejną ciążę.

M.S.: Zmieńmy temat: w jaki sposób na waszą pracę wpłynął wyrok Trybunału Konstytucyjnego z początku roku? Czy to już wszystko się poukładało i w tej chwili wiecie, jak działać?

M.Z.: My jesteśmy lekarzami i mamy za zadanie przede wszystkim nieść pomoc pacjentce. Pracujemy zgodnie ze standardem opieki okołoporodowej, w którym jest jasno powiedziane: „Róbmy badania, również prenatalne”. Jeżeli zaś o tym mówimy, to mamy obecnie do dyspozycji kolejne niezwykłą zdobycz medycyny. To jest coś niesamowitego dla mnie, lekarza z 40-letnią praktyką, kosmiczna technologia, którą powinniśmy rozpropagować i refundować. Chodzi o badanie wolnego DNA płodu krążącego we krwi matki. To jest coś niesamowitego, że możemy pobrać matce krew jak do morfologii i z tej próbki jesteśmy w stanie ocenić, czy nie ma chorób genetycznych. Można więc stwierdzić potencjalne wady (np. letalne), na które możemy się przygotować w czasie porodu. Ale przede wszystkim oznacza to informację dotyczącą tego, jak dziecko może się rozwijać w przyszłości. Tu chodzi nie tylko o te trzy podstawowe choroby, a więc zespoły Downa, Edwardsa i Patau, ale również o szereg mikrodelekcji, monosomii, trisomii czy triploidii. To są ogromne zmiany w genomie, ale do tej pory można je było wykryć tylko po porodzie albo za pomocą inwazyjnego badania grożącego poronieniem. A to, o czym wspominałem, to prawdziwa rewolucja: można to zbadać zupełnie nieinwazyjnie, a pewność tego badania to 99,9%. I jednocześnie przy okazji na etapie 11 tygodnia ciąży dowiedzieć się, jaka jest płeć dziecka.

M.S.: To oznacza możliwość leczenia dziecka jeszcze w tonie matki?

M.Z.: Tak, można zdiagnozować szereg chorób, które mogą być leczone już w trakcie ciąży. To badanie niestety nie jest refundowane. A szkoda. Jest to kolejny krok milowy w diagnostyce prenatalnej. Dlatego pomimo tych rozmaitych zmian ustawowych namawiam pacjentki do wykonywania takich badań, bo warto wiedzieć, jaki będzie stan naszego nowo urodzonego maluszka.

M.S.: W tym, o czym Pan mówi, bardzo ważną sprawą jest też opieka okotoprodowa. Wiemy, niekiedy zostawia to wiele do życzenia. Co szwankuje, bo przecież standardy opieki opisano na papierze już 10 lat temu?

M.Z.: Podstawowy problem to brak kadry medycznej do pracy w takim standardzie, jaki jest opisany; jakiego oczekujemy. My lekarze chcemy go stosować. Pacjentki nasze oglądając filmy, jeżdżąc po świecie, porównują nas do ośrodków niemieckich czy amerykańskich. My też tak chcemy pracować. Ba, wiemy, co zrobić, by tak było, potrafimy. Kłopot w tym, że nie mam z kim pracować w szpitalu! Wszyscy młodzi adepci medycyny po specjalizacji opuszczają szpitale, idą do różnych miejsc pracy, głównie w przychodniach, ale nikt nie chce pracować w szpitalu. Dlaczego? Bo to ogromnie ciężka, odpowiedzialna praca – na dodatek bardzo niewdzięczna. Niestety nie można się nie zdenerwować, kiedy spotykamy się z nieuzasadnionymi roszczeniami, czego przykładem są nagminne wykorzystywanie sytuacji dyżurowej przez pacjentki, którym po prostu wygodniej jest przyjść na dyżur niż czekać w kolejce w przychodni. Często jest tak, że lekarz podczas katorżniczego dyżuru, gdzie nie zmużył oka nawet na 5 minut, pracując w stresie dowiaduje się, że w izbie przyjęć awanturuje się pacjentka, że musi czekać na lekarza, a jej dolegliwość to swędząca wydzieliną z pochwy trwająca od 14 dni, a obecnie o 3 w nocy zgłasza się do szpitala ze stwierdzeniem: „bo teraz nie ma kolejki i przyszedłam się zbadać”.

Wszystkie szpitale, a szczególnie te o najwyższej referencyjności borykają się z tym problemem: lekarze, położne, pracownicy medyczni każdego szczebla odchodzą ze szpitali. To jest prawdziwy alarm atomowy! Za chwilę nie będzie komu pracować w szpitalach i nie będzie, gdzie leczyć najtrudniejsze przypadki. Procedury wysokospecjalistyczne wykonywane tylko w niektórych szpitalach są nieodpowiednio wycenione i tu nie chodzi tylko o amortyzację sprzętu i zużycie materiału, tu też chodzi o wynagrodzenie tych najwyższej klasy specjalistów, którzy często jako jedyni są w stanie wykonać skomplikowane operacje ratujące życie.

Przykładem tego jest problem łożysk przerosniętych. Moja klinika przyjmuje z całej Polski takie przypadki – ale poza prestiżem nie mam żadnej innej satysfakcji, wręcz przeciwnie nawet pograżamy finansowo szpital. Opieka ambulatoryjna jakoś daje sobie radę, choć jak datem przykład wyżej, należy również ją zreformować, aby funkcjonowała ona np. przez całą dobę, co odciążałoby izby przyjęć w szpitalach. Inny problem to opieka ambulatoryjna przypadków onkologicznych – również wymaga zreformowania – to rola konsultanta wojewódzkiego i administracyjnych organów zarządczych.

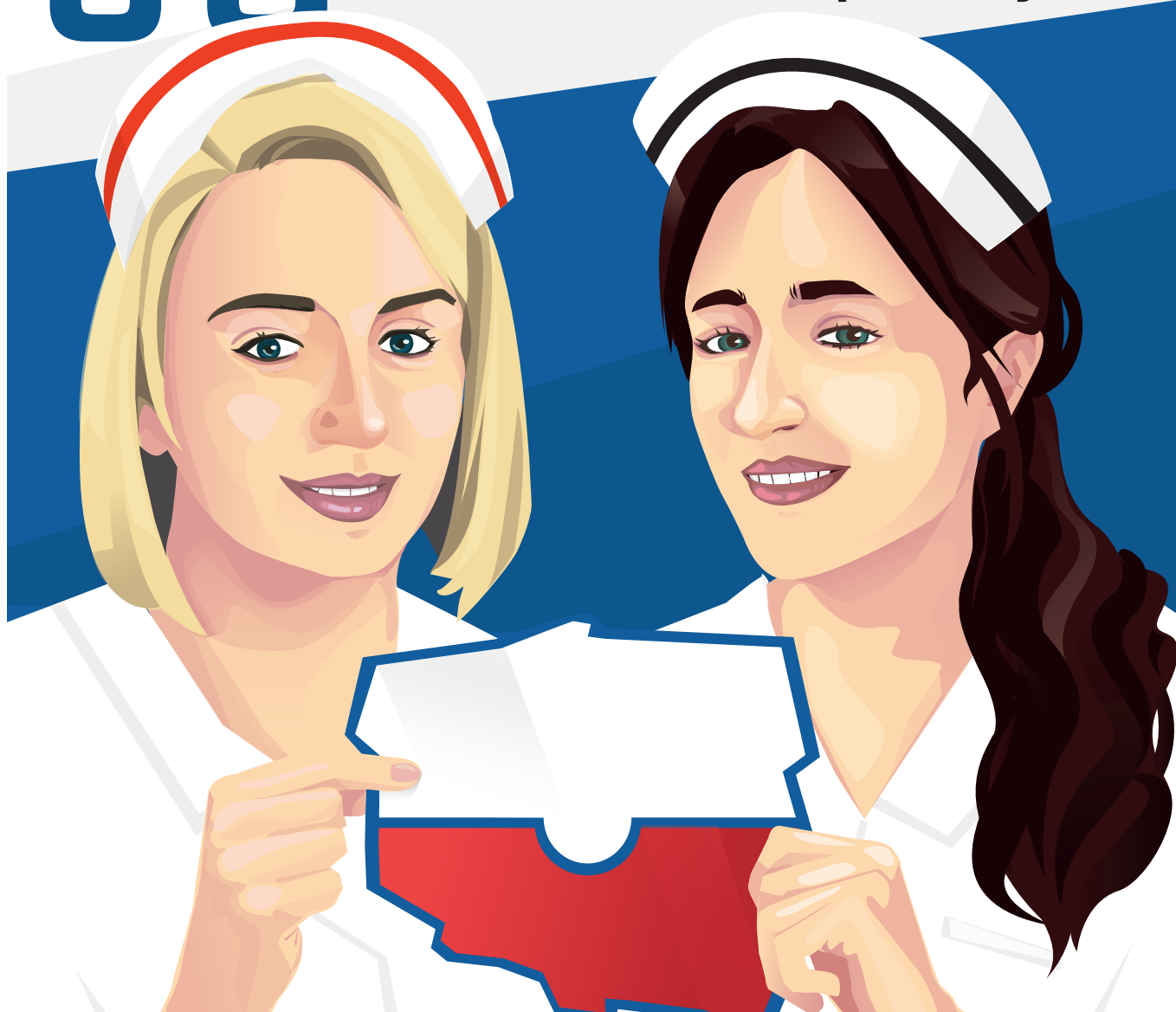
M.S.: Ważną rzeczą w tym, o czym rozmawiamy, jest też znieczulenie zewnątrzoponowe przy porodzie. Ono u nas nie jest standardem, choć dużo się o nim mówi. Dlaczego w wielu przypadkach ono nie jest stosowane?

M.Z.: Odpowiem tak samo jak przed chwilą: brak ludzi! Nasi anestezjolodzy są profesjonalistami, o czym się przekonałbym choćby w czasie apogeum epidemii covidowej, kiedy leczyli pacjentki z ekstremalnymi powikłaniami po SARS-CoV-2. Przecież to jest głównie ich zastuga, że przeżywały ciężarne pacjentki z Covidem. Oni są świetnie wyszkoleni. Każdy poród w znieczuleniu wymaga obecności personelu anestezjologicznego. Akurat w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym na ul. Borowskiej mamy to szczęście, że co prawda z trudnościami, ale robimy znieczulenia zewnątrzoponowe. Ale powód braku dostępności znieczuleń porodów w szpitalach jest tylko jeden: brak odpowiedniej liczby personelu.

M.S.: Pytam o to nie bez powodu: podkreślał Pan kilkakrotnie w czasie naszej rozmowy, że narastającym problemem jest nadmiar cięć cesarskich. Jak mi się wydaje, antidotum na to mogłoby być dostępne znieczulenie.

M.Z.: Zdecydowanie! Zwłaszcza że przychodzą do nas pacjentki z rozpoznaniem: tokofobia (czyli strach przed bólem porodowym). To możemy wyeliminować właśnie znieczuleniem zewnątrzoponowym. I to jest antidotum na niepotrzebną traumę i zgubną ciążę w bliźnie po cięciu cesarskim. Musimy to nieustannie uświadamiać pacjentkom, bo one nie mają tej świadomości i często przychodzą do szpitala, komunikując, że chcą „sobie zrobić cięcie cesarskie”. Po pierwsze: same sobie nie zrobią, bo nie damy im skalpela do rąk, a po drugie trzeba tym paniom uświadomić niebezpieczeństwa i możliwe późne powikłania, a wtedy często rezygnują z cięcia cesarskiego.

30 LAT SAMORZĄDU pielęgniarek i położnych



**PROFESJONALNI
I SAMODZIELNI**

ZAPRASZAMY

PIELĘGNIARKI I POŁOŻNE DO PUBLIKOWANIA

Wychodząc naprzeciw oczekiwaniom czytelniczek i czytelników Biuletynu informacyjnego, redakcja wydania jeleniogórskiego umożliwiła członkiniom Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych brania udziału w powstawaniu biuletynu.



Teksty prezentujące wiedzę osób zawodowo zajmujących się pielęgniarstwem i położnictwem oraz najczęściej wieloletnie doświadczenie pomogą w ukazaniu każdego aspektu pracy czasem niezauważanego lub rzadko przedstawianego.

Prosimy o nadsyłanie tekstów oraz fotografii w wersji elektronicznej (MS Word, PDF, TXT, JPEG). Artykuły powinny być podpisane imieniem i nazwiskiem, tytułem zawodowym oraz miejscem zatrudnienia.

Do wiadomości Redakcji proszę o zamieszczenie w e-mailu telefonu kontaktowego.

W wersji z fotografiami, do tekstu proszę załączyć zgodę osób przedstawionych na fotografiach na ich opublikowanie w biuletynie.

Artykuły prosimy przysyłać na adres: biuletynpip@wp.pl

