



Pielęgniarki epidemiologiczne

– organizacja kontroli zakażeń szpitalnych

Paweł Grzesiowski, Mirosława Gorczyca

Zagadnienia związane z kontrolą zakażeń szpitalnych nabrały szczególnego znaczenia i stały się jednym z ważniejszych problemów w zarządzaniu opieką zdrowotną. Starzejące się szybko społeczeństwo, rosnąca liczba pacjentów z przewlekłymi schorzeniami, którzy są wielokrotnie hospitalizowani, stwarza znamienne ryzyko zjawisk jatrogennych, do których można zaliczyć zakażenia szpitalne. W zakładach opieki zdrowotnej nie może zabraknąć zespołu ludzi, którego zadaniem jest opracowanie, wdrożenie i monitorowanie skuteczności programu zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych.

Zgodnie z aktualną koncepcją, podstawą organizacji skutecznego programu kontroli zakażeń jest powołanie w każdym szpitalu komitetu oraz zespołu ds. kontroli zakażeń szpitalnych. Wymaga to zatrudnienia personelu posiadającego specjalistyczną wiedzę, doświadczenie praktyczne i odpowiednie predyspozycje. W stworzonym systemie oprócz mikrobiologa oraz lekarza specjalisty ds. zakażeń (epidemiolog, lekarz chorób zakaźnych, lekarz mikrobiolog) podstawową rolę odgrywa *pielęgniarka epidemiologiczna*, która w zespole ds. zakażeń szpitalnych jest najczęściej jedynym członkiem zatrudnionym w pełnym wymiarze czasu pracy. Niestety, określenie pielęgniarka epidemiologiczna pociąga za sobą wiele niekorzystnych zjawisk, związanych z niewłaściwą interpretacją jej roli, szczególnie w aspekcie rozumienia pojęcia *pielęgniarka*.

Pielęgniarka epidemiologiczna to osoba, która oprócz dyplomu i prawa wykonywania zawodu zdobyła dodatkowo przeszkolenie praktyczne i teoretyczne z zakresu zagadnień epidemiologii, mikrobiologii, statystyki medycznej, chorób zakaźnych i administracji. Po-

wyższe kwalifikacje pozwalają jej pełnić funkcję doradcy lub specjalisty w różnych zagadnieniach związanych z podstawowymi dla działania szpitala obszarami, takimi jak dezynfekcja, sterylizacja czy kontrola zakażeń szpitalnych. Pielęgniarka epidemiologiczna musi rozumieć nie tylko specyfikę poszczególnych oddziałów klinicznych i zabiegowych, ale także służb technicznych i pomocniczych oraz umiejętnie i skutecznie komunikować się z personelem każdego szczebla. Spełniając tak wiele zadań powinna być traktowana jak członek ścisłego kierownictwa szpitala, a nie osoba pełniąca funkcje pomocnicze.

Z tego założenia wychodzili również twórcy idei stworzenia stanowiska pielęgniarki epidemiologicznej, która narodziła się w latach 50. w Wielkiej Brytanii. W tym modelu pielęgniarka epidemiologiczna miała silną pozycję, zajmowała wysokie stanowisko w hierarchii szpitalnej i podlegała służbowo dyrektorowi szpitala. Posiadała wiele uprawnień i samodzielność w działaniu, uczestniczyła również w pracach naukowo-badawczych. W zakresie pełnionych obowiązków znajdowały się głównie działania związane z tworzeniem i wdrażaniem standardów, których przestrzeganie jest podstawowym i niezwykle ważnym aspektem jakości świadczonych usług medycznych.

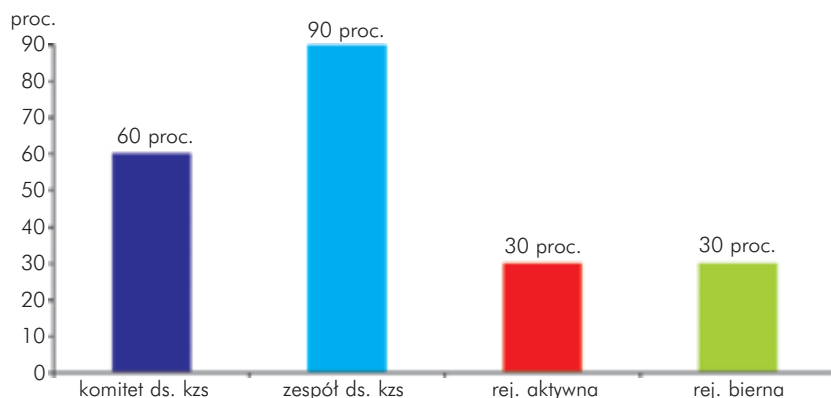
W USA pielęgniarka epidemiologiczna określana jest mianem praktyka ds. kontroli zakażeń szpitalnych. Pozycja amerykańskiej pielęgniarki epidemiologicznej w porównaniu z angielską jest słabsza, wiodąca rola została przypisana lekarzowi, przewodniczącemu zespołu ds. zakażeń szpitalnych. Zakres uprawnień i kompetencji pielęgniarki epidemiologicznej w USA jest nieco węższy, jej działalność dotyczy przede wszystkim prowadzenia aktywnego monitorowania zakażeń.

W Polsce stanowisko pielęgniarki epidemiologicznej jest nowe, obowiązki służbowe określają różne zapisy, m. in. w ustawie o zawodzie pielęgniarki i położnej z 5.07.1996 r. (DzU Nr 91 poz. 410) oraz rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Zdrowotnej z 17 grudnia 1998 r. w sprawie kształcenia po-

dyplomowego pielęgniarek i położnych (DzU Nr 161, poz. 1110). Pierwsze stanowisko pielęgniarki epidemiologicznej w Polsce zostało utworzone w 1980 r. w Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie, jednak kolejne etaty o tym profilu zaczęły powstawać dopiero w latach 90. XX wieku. Pierwszy ramowy zakres obowiązków, odpowiedzialności i uprawnień pielęgniarki epidemiologicznej został opracowany w 1996 r. przez zespół ds. zakażeń szpitalnych przy Biurze Naczelnej Pielęgniarki Kraju w oparciu o silny model angielski. W stworzonym systemie wyraźnie określono podległość służbową dyrektorowi szpitala lub jego zastępcy. Podstawowym zadaniem miało być monitorowanie i rejestracja zakażeń szpitalnych oraz współuczestniczenie w wypracowywaniu strategii działań szpitala w zakresie profilaktyki i zwalczania zakażeń szpitalnych. W zespole ds. zakażeń szpitalnych pielęgniarka epidemiologiczna miała pełnić rolę koordynatora, prowadzić nadzór w zakresie higieny szpitalnej, dezynfekcji i sterylizacji, a także analizę metod i technik pracy pielęgniarek i personelu pomocniczego, edukację personelu i uczestniczyć w pracach naukowo-badawczych.

Ponieważ pełnienie funkcji pielęgniarki epidemiologicznej wymaga określonej autonomii i decyzywności, w związku z tym powinna zajmować wysoką pozycję w hierarchii szpitala i podlegać dyrektorowi lub jego zastępcy. Mimo to, w opracowywanych w późniejszych latach opisach stanowiska pracy pielęgniarki epidemiologicznej pominięto problem podległości służbowej i organizacyjnej, pozostawiając swobodę w tym zakresie dyrekcyi zoz. Brak jednoznaczności w tym zakresie zaowocował sporym zamieszaniem i często błędnymi decyzjami organizacyjnymi.

W celu aktualnej oceny roli pielęgniarek epidemiologicznych w kontroli zakażeń szpitalnych, w 2003 roku przeprowadzone zostało badanie ankietowe wśród członków Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Epidemiologicznych, z udziałem reprezentatywnej próby 115 pielęgniarek (aktualny stan osobowy Stowarzyszenia wynosi 485 członków).



Ryc. 1. Charakterystyka szpitali uczestniczących w badaniu



Ryc. 2. Podległość służbowa pielęgniarek epidemiologicznych

Główne wyniki badania

Jak wynika z przeprowadzonych badań, komitet ds. kontroli zakażeń szpitalnych w prawie 40 proc. placówek służby zdrowia nie został w ogóle powołany, natomiast w większości szpitali działa zespół ds. kontroli zakażeń szpitalnych. Jednak w ponad 20 proc. badanych zakładów opieki zdrowotnej powołany zespół nie wypełnia powierzonych mu zadań, a jego działalność jest fikcyjna. Mniej niż 1/3 badanych szpitali prowadzi czynny rejestr zakażeń szpitalnych, a w 1/3 rejestr zakażeń szpitalnych prowadzony jest metodą bierną, tj. poprzez powiadamianie zespołu o wystąpieniu zakażenia bądź odnotowywanie takiego przypadku bezpośrednio na oddziale w specjalnie do tego celu założonych zeszytach bez wypełniania kart zakażeń szpitalnych (ryc. 1.).

Spśród ankietowanej grupy, ponad 85 proc. pielęgniarek legitymuje się długim stażem pracy w zawo-

dzie (powyżej 10 lat), a połowa z nich, zanim objęła stanowisko pielęgniarki epidemiologicznej pracowała w specjalnościach zabiegowych. Około 40 proc. pielęgniarek pełniących funkcję pielęgniarki epidemiologicznej ma tytuł magistra pielęgniarstwa, podobna liczba ukończyła kurs dokształcający z zakresu pielęgniarstwa epidemiologicznego. Pielęgniarki stale uzupełniają kwalifikacje zawodowe, o czym świadczy fakt, iż 20 proc. badanych niebawem ukończy pierwszą edycję specjalizacji z zakresu pielęgniarstwa epidemiologicznego. Jednak istnieją poważne ograniczenia możliwości podnoszenia kwalifikacji zawodowych pielęgniarek epidemiologicznych, ponieważ w prawie 70 proc. szpitali dyrekcja w ogóle lub sporadycznie dofinansowuje udział w szkoleniach i kursach poza zakładem pracy. Należy podkreślić, że wiele ośrodków prowadzących specjalizację z zakresu pielęgniar-

stwa epidemiologicznego działa na zasadach komercyjnych, a koszty uzyskania specjalizacji sięgają niejednokrotnie przeciętnego półrocznego uposażenia pielęgniarki. Warto dodać, że żadna z ankietowanych pielęgniarek nie ma wyższego uposażenia od pielęgniarki naczelnej, a większość zarabia na poziomie zasadniczego uposażenia pielęgniarki oddziałowej (40 proc.) lub odcinkowej (35 proc.).

W ponad 1/5 szpitali stanowisko pielęgniarki epidemiologicznej jest połączone z innymi stanowiskami, co w znaczny sposób utrudnia pełnienie obowiązków w zakresie kontroli zakażeń szpitalnych. Nierzadko pielęgniarki nie posiadają odrębnej umowy o pracę, mimo że 84 proc. z nich wykonuje zadania w pełnym wymiarze czasu pracy, a ponadto wiele z nich nie ma pisemnego zakresu obowiązków nadanego przez dyrektora zakładu. Prawie w 40 proc. szpitali na jedną pielęgniarkę epidemiologiczną przypada więcej niż 400 łóżek, w skrajnych przypadkach nawet 750–850 łóżek. Natomiast wyposażenie stanowisk pracy pielęgniarek epidemiologicznych jest ubogie, tylko 44 proc. z nich do zbierania danych o zakażeniach może wykorzystywać komputer, a 70 proc. posiada dedykowaną linię telefoniczną.

Podległość służbowa pielęgniarek epidemiologicznych w poszczególnych placówkach służby zdrowia nie jest jednakowa. Bezpośrednio nacelnemu dyrektorowi lub zastępcy ds. lecznictwa podlega 60 proc. ankietowanych, jednak pielęgniarki naczelnej służbowo podlega 1/3 ankietowanych (ryc. 2.).

Organizowanie opieki i nadzoru nad pacjentami z zakażeniem wymaga od pielęgniarki epidemiologicznej dostępu do informacji o metodach diagnozowania i leczenia. Badania wykazały, że 15 proc. ankietowanych pielęgniarek nie ma dostępu do danych zawierających informacje o metodach diagnozowania, leczenia i rehabilitacji pacjentów, a ponad 20 proc. pielęgniarek epidemiologicznych nie ma możliwości uczestniczenia w odprawach z pielęgniarkami oddziałowymi oraz nie bierze udziału w spotkaniach innych zespołów doradczych. W zakresie obo-

wiązków większości ankietowanych pielęgniarek znajduje się nadzór nad programem sterylizacji, dezynfekcji i sprzątnia, udział w przetargach na środki dezynfekcyjne. Tylko połowa badanych pielęgniarek zadeklarowała swój nadzór nad pracą firmy sprzątającej, a aż 1/3 uważa, że nie ma decydującego wpływu na zakup środków dezynfekcyjnych, sprzętu jednorazowego i innych środków ochrony.

Omówienie i wnioski

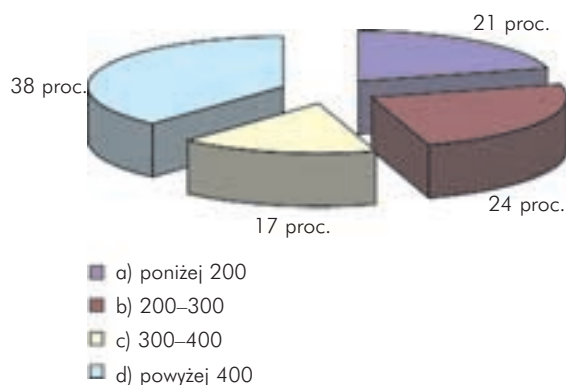
Badania przeprowadzone w 2003 roku w reprezentatywnej grupie polskich pielęgniarek epidemiologicznych dowodzą, że istnieje wiele problemów i ograniczeń w zakresie realizacji zadań z zakresu kontroli zakażeń szpitalnych. Wiele pielęgniarek ocenia negatywnie usytuowanie swojego stanowiska w strukturze szpitala, wyposażenie stanowiska pracy oraz możliwości podnoszenia kwalifikacji zawodowych. Od pielęgniarki epidemiologicznej wymaga się odpowiednich kwalifikacji i ciągłego aktualizowania wiedzy z zakresu zakażeń szpitalnych, jednak często środki finansowe przeznaczane przez dyrekcję na doskonalenie zawodowe są niewystarczające i nie zaspokajają potrzeb. Przeprowadzone badania dowodzą, że większość pracujących w Polsce pielęgniarek epidemiologicznych to osoby z długoletnim stażem pracy. Zaczynały pracę w czasach, gdy w trakcie kształcenia niewiele mówiło się o prewencji zakażeń szpitalnych, a w zakładach opieki zdrowotnej funkcjonował anachroniczny system zarządzania i nadzoru nad jakością udzielanych świadczeń. Należy oczekiwać, że w istotny sposób rzutuje to na sposób wykonywania pracy, a także możliwość kompleksowego spojrzenia na problemy higieny i epidemiologii szpitalnej. Specjalizacja epidemiologiczna to jedna z najmłodszych specjalności w dziedzinie pielęgniarstwa, i mimo że w 1995 roku Biuro Naczelnej Pielęgniarki Kraju określiło wstępną strategię działań na rzecz rozwoju tej dziedziny, postęp w rozwoju świadomości kadry zarządzającej i pracowników medycznych dokonuje się powoli. Pielęgniarka epidemiologiczna

jest traktowana przede wszystkim jako pielęgniarka, członek personelu białego szpitala, a nie doradca czy specjalista w dziedzinie higieny i epidemiologii szpitalnej. Z uwagi na to, że pełnienie funkcji pielęgniarki epidemiologicznej wymaga określonej autonomii i decyzyjności, pielęgniarka czy konsultant ds. zakażeń szpitalnych powinien służbowo podlegać dyrektorowi szpitala lub dyrektorowi ds. medycznych. Tylko te pielęgniarki, które mają samodzielne stanowisko i precyzyjnie określony zakres obowiązków, mogą konsekwentnie realizować powierzone im zadania. Największe problemy rodzi służbowa podległość pielęgniarcze naczelnej, co powoduje problemy z podziałem kompetencji oraz uprawnień, a także utrwala niewłaściwe rozumienie jej funkcji przez personel szpitala. Pielęgniarki epidemiologiczne podlegające pielęgniarcze naczelnej, zwykle mają ograniczone możliwości działania i nie są traktowane jako samodzielne w działaniu, a ponadto mając za zadanie kontrolować i nadzorować pion pielęgniarski nie powinny podlegać jego zwierzchnikowi.

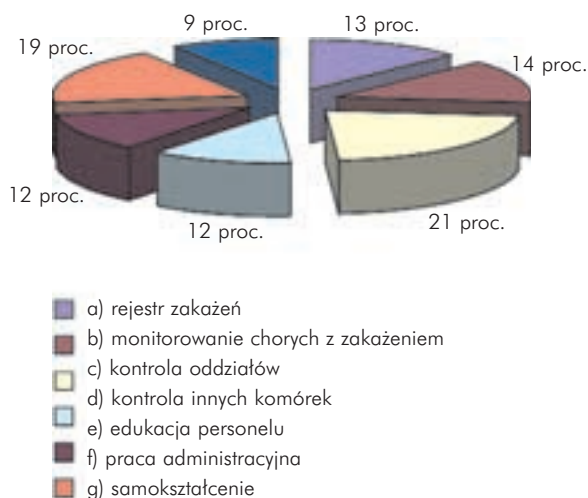
Podległość merytoryczna lekarzowi, który jest przewodniczącym zespołu ds. zakażeń szpitalnych ma zasadnicze znaczenie, ale tylko wtedy, gdy jest on specjalistą z zakresu mikrobiologii, epidemiologii lub chorób zakaźnych. W chwili obecnej w większości zespołów przewodniczącymi są lekarze nie przygotowani do roli koordynatorów zapobiegania zakażeniom szpitalnym. Lekarze ci są zajęci wykonywaniem swojej podstawowej pracy, zwykle w jednym z oddziałów szpitalnych, nie wykazują dostatecznego zaangażowania i nie poświęcają odpowiedniej ilości czasu na zagadnienia związane z pracą w zespole ds. zakażeń szpitalnych. Fakt, że ponad 3/4 badanych pielęgniarek epidemiologicznych wskazało na dostateczną samodzielność swojego stanowiska, w praktyce nie oznacza osiągnięcia pełnej autonomii i odpowiedzialności zawodowej. Bardzo często nie mają swobody w podejmowaniu decyzji, ponieważ w wielu placówkach stanowisko to zostało powołane tylko z powodu istnienia ustawowego obowiązku.

Ważnym aspektem w ocenie aktualnej sytuacji stanowiska pielęgniarki epidemiologicznej jest uposażenie. Prawie połowa pielęgniarek epidemiologicznych zarabia w rzeczywistości mniej niż pielęgniarka oddziałowa, a pielęgniarki odcinkowe poprzez dyżury nocne oraz w dni wolne od pracy mają szansę zwiększyć dochody, co w przypadku pielęgniarki epidemiologicznej nie jest możliwe. Analizując uzyskane dane z całą odpowiedzialnością można powiedzieć, że pielęgniarki epidemiologiczne w swojej grupie zawodowej zarabiają najmniej, co biorąc pod uwagę zakres obowiązków oraz odpowiedzialność jest wysoce frustrujące i nie stanowi pozytywnego bodźca dopingującego do aktywnego działania.

Biorąc pod uwagę metody monitorowania i sposób rejestracji zakażeń, należy stwierdzić, że tylko w niepełna 1/3 szpitali prowadzone jest czynne monitorowanie zakażeń szpitalnych, co oznacza, że w większości jednostek istnieje anachroniczny rejestr zakażeń szpitalnych, prowadzony metodą bierną. Rejestr zakażeń szpitalnych powinien być prowadzony na bazie codziennego aktywnego monitorowania prowadzonego przez fachowy personel, współpracujący z oddziałami szpitalnymi i laboratorium mikrobiologicznym. Optymalny model monitorowania i rejestracji jest oparty na bieżącej, codziennej analizie raportów o pacjentach oraz wyników badań mikrobiologicznych prowadzonej przez pielęgniarkę epidemiologiczną we współpracy z lekarzem prowadzącym. Apteka przekazuje również cenne dane w zakresie rodzaju i ilości antybiotyków zleczanych przez poszczególne oddziały, co umożliwi identyfikację ognisk epidemicznych lub pacjentów z ciężkimi zakażeniami. Należy podkreślić, że w szpitalach, gdzie pielęgniarki epidemiologiczne pracują w niepełnym wymiarze godzin, system czynnego monitorowania nie jest możliwy do realizacji, podobnie jak w sytuacji nadmiernego obciążenia liczbą łóżek szpitalnych. W blisko 40 proc. szpitali na jedną pielęgniarkę epidemiologiczną przypada powyżej 400 łóżek, dodatkowo wyposażenie stanowisk pracy pielęgniarek epidemiologicznych jest bardzo skromne,



Ryc. 3. Liczba łóżek przypadająca na 1 etat pielęgniarki epidemiologicznej



Ryc. 4. Przeciętny rozkład 8-godzinnego dnia pracy pielęgniarki epidemiologicznej

mniej niż połowa korzysta z komputera, a w wielu przypadkach dysponuje wyłącznie długopisem i zeszytem (ryc. 3.).

Warto podkreślić, że aktualne rekomendacje w USA wskazują na to, że aby zwiększyć efektywność nadzoru nad zakażeniami szpitalnymi w każdym szpitalu na pierwsze 100 łóżek powinien przypadać jeden pełny etat pielęgniarki epidemiologicznej, a na każde następne 200 łóżek kolejne etaty. W związku z tym, np. w szpitalu 500-łóżkowym powinny być zatrudnione 3 pielęgniarki epidemiologiczne w pełnym wymiarze czasu pracy (ryc. 4.).

Kolejną ważną kwestią jest dostęp do informacji o pacjentach, metodach leczenia, diagnozowania i rehabilitacji. Jest to jeden z nieodzownych warunków, jaki powinien być spełniony, aby pielęgniarka epidemiologiczna mogła prowadzić aktywny nadzór nad chorymi z zakażeniem. Chociaż ponad 85 proc. badanych deklaruje, że nie ma proble-

mów z dostępem do historii choroby, to często istnieją trudności w komunikowaniu się z lekarzami, którzy uważają, że jest to wkraczanie w ich kompetencje. Brak jasno określonych zapisów w regulaminie szpitala, dotyczących uprawnień pielęgniarek epidemiologicznych w tym zakresie uniemożliwia uzyskanie dostępu do tych informacji. Podobny problem dotyczy odpraw z pielęgniarkami oddziałowymi i ordynatorami oddziałów, w czasie których można opracowywać metody i sposoby realizacji programów profilaktycznych oraz ustalać treści informacji przekazywanych personelowi oddziałów i pracownikom poszczególnych komórek.

Dezynfekcja i sterylizacja to najważniejsze elementy higieny szpitalnej w zakresie zapobiegania zakażeniom, które mają bezpośredni wpływ na jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych. Nadzór i kontrolę nad tymi procesami w ok. 90 proc. szpitali sprawują pielęgniarki epidemiologiczne. Jednak coraz

więcej szpitali sprzątanie pomieszczeń, jak również sterylizację powierza profesjonalnym firmom usługowym, które wskutek wadliwie sformułowanych umów nie zapewniają możliwości kontroli i nadzoru nad wykonywaniem usług pielęgniarskiej epidemiologicznej. Poważny niepokój budzi fakt, iż ponad 1/3 ankietowanych pielęgniarek epidemiologicznych nie ma wpływu na zakup środków dezynfekcyjnych i sprzętu medycznego jednorazowego użytku. Prawdopodobnie pielęgniarki epidemiologiczne przygotowują specyfikację przetargową, natomiast decydujący wpływ na zakup mają inne osoby, dla których najważniejszym kryterium przy zakupie jest cena asortymentu, a nie jego jakość.

Analiza uzyskanych wyników badań pozwala na identyfikację czterech głównych problemów:

- ▶ Środowisko prawne określające pozycję pielęgniarki epidemiologicznej w strukturze szpitali wymaga pilnych zmian.
- ▶ Współdziałanie różnych ogniw systemu kontroli zakażeń w szpitalu jest nieefektywne.
- ▶ Zatrudnienie pielęgniarek epidemiologicznych na obecnym poziomie w większości placówek jest niewystarczające, a stanowiska pracy są niedostatecznie wyposażone.
- ▶ Uposażenie pielęgniarek epidemiologicznych jest za niskie w stosunku do odpowiedzialności, jaką podejmują, a możliwości podnoszenia kwalifikacji zawodowych są ograniczone.

Rozwiązanie tych problemów wymaga podjęcia pilnych działań regulacyjnych na szczeblu centralnym i w poszczególnych zakładach opieki zdrowotnej. Konieczne jest jednoznaczne określenie roli, pozycji, podległości służbowej i merytorycznej tego stanowiska w strukturach zakładów opieki zdrowotnej, jak również zmiany w taryfikacji zaszerogowania oraz zapewnienie podstawowych narzędzi do realizacji powierzonych zadań.

dr Paweł Grzesiowski
– Krajowa Grupa Robocza
ds. Zakażeń Szpitalnych

Mirosława Gorczyca
– pielęgniarka Centrum ATTIS
w Warszawie