

PIEŁĘGNIARKI EPIDEMIOLOGICZNE W POLSCE

Z dr n. med. Anną Szczyptą, magistrem pielęgniarstwa, konsultantem krajowym w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego, wykładowcą akademickim oraz pielęgniarką epidemiologiczną w Szpitalu Zakonu Bonifratrów św. Jana Grandego w Krakowie, rozmawia Katarzyna Cichosz.



KATARZYNA CICHOSZ

Pielęgniarka

Katarzyna Cichosz: Kiedy pielęgniarka epidemiologiczna usłyszy hasło: „Mamy ognisko”, co się dalej dzieje?

Anna Szczypta: Opracowuje to ognisko, czyli musi sprawdzić kilka istotnych kwestii. Zbiera wstępne dane i je analizuje. Po pierwsze – ustala źródło: jak doszło do takiej liczby zachorowań, po drugie – określa drogę transmisji, po trzecie – mechanizmy, które doprowadziły do wzrostu zachorowań. Potwierdza, czy rzeczywiście jest to ognisko epidemiczne. Jeśli tak, przygotowuje wstępny raport do Państwowej Inspekcji Sanitarnej, zawiadamia kierownictwo podmiotu leczniczego oraz kierownictwo oddziału, gdzie ognisko występuje. Czy jest to SARS-CoV-2, czy inne zakażenie, zasady postępowania niczym się nie różnią. Aczkolwiek szybkość, z jaką rozprzestrzenia się wirus SARS-CoV-2, wymaga natychmiastowej reakcji i natychmiastowych działań.



Dr n. med. Anna Szczypta



K.C.: Czy to pielęgniarka epidemiologiczna podejmuje decyzje o przenoszeniu pacjentów, zamykaniu oddziałów?

A.S.: To wspólne działanie zespołu kontroli zakażeń szpitalnych z zespołem terapeutycznym, z ordynatorem, bo on jest kierownikiem oddziału i powinien z nami współpracować, oraz z kierownikiem podmiotu leczniczego. Pielęgniarka epidemiologiczna wskazuje pewne rozwiązania; pokazuje, co pomoże ograniczyć ryzyko rozprzestrzenienia się zakażeń i w konsekwencji doprowadzi do wygaszenia ogniska epidemicznego. Jako pielęgniarki epidemiologiczne jesteśmy przygotowane merytorycznie do podejmowania akcji mających na celu opracowanie ogniska epidemicznego – proszę mi wierzyć, nie ma innych osób w szpitalu, które posiadałyby taką wiedzę. I lekarze korzystają z naszej wiedzy nie tylko w dobie pandemii.

K.C.: Jak w ostatnim roku zmieniło się Pani życie jako konsultanta krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego?

A.S.: W lutym ubiegłego roku zaczęły napływać do nas informacje, że może dojść do rozprzestrzenienia się wirusa SARS-CoV-2. Już wtedy zaczęłam rozmowy z dyrekcją swojego szpitala, żebyśmy się powoli przygotowywali do gromadzenia środków ochrony indywidualnej. Skontaktowałam się z konsultantem wojewódzkim z Małopolski. Z kolei koleżanka zorganizowała spotkanie dla pielęgniarek epidemiologicznych; analizowałyśmy sytuację i przygotowywałyśmy się do działań w zakresie bezpieczeństwa pacjentów oraz pracowników. Później nastąpiły spotkania organizowane przez inspekcję sanitarną. To już był początek marca; wtedy spotykały się już nie tylko pielęgniarki epidemiologiczne, ale zespoły kontroli zakażeń szpitalnych.

K.C.: Jakie jeszcze wydarzenia miały miejsce w minionym roku?

A.S.: Konsultanci z różnych dziedzin pielęgniarstwa spotykali się online z ministerstwem zdrowia, żeby

omawiać bieżącą sytuację. Następnie konsultanci krajowi przygotowali swoje rekomendacje. Moja rola polegała na wstępnej ocenie tych rekomendacji, ponieważ ze względu na sposób postępowania profilaktycznego owe rekomendacje powinny zostać ujednolicone. To naprawdę był ogrom pracy, żeby to przeczytać, zaopiniować i ustalić strategię. Problem nie dotyczył tylko szpitali, ale także otwartej opieki zdrowotnej. W każdym szpitalu mamy zespół kontroli zakażeń, który służy pomocą personelowi i zarządzającym szpitalem. W otwartej opiece zdrowotnej nie ma osób mających taką specjalistyczną wiedzę. W tym czasie odbywały się również spotkania ze mną i z konsultantami wojewódzkimi. Sprawdzaliśmy, jakie problemy występują w poszczególnych województwach, jaki jest zakres ich zadań, z czym mają trudności. Przez długi czas gromadziłyśmy informacje o stopniu wyszkolenia pracowników medycznych w podmiotach leczniczych, o stosowaniu środków ochrony indywidualnej, bo to kluczowa sprawa, jeśli chodzi o bezpieczeństwo pracy personelu. Nad tym czuwali konsultanci wojewódzcy, którzy rozprawdzali materiały informacyjne do podmiotów leczniczych na swoim terenie działania.

W tym czasie wykonywałam wszystkie inne czynności przypisane konsultantowi krajowemu – tutaj się nic nie zmieniło, może oprócz jednej rzeczy, którą była kontrola. W czasie pandemii konsultanci nie wykonywali bezpośrednich kontroli w podmiotach leczniczych. Nie jeździliśmy do placówek, natomiast jako konsultanci krajowi i wojewódzcy pielęgniarstwa byliśmy cały czas do dyspozycji. Jeśli podmiot miał jakieś problemy, zwracał się do nas o pomoc w ich rozwiązaniu.

K.C.: Jakiego rodzaju pytania padały?

A.S.: Jak przeorganizować placówkę? Jakie środki ochrony indywidualnej zastosować? Skąd pozyskać? Jak przeprowadzić izolację swoich podopiecznych; co będzie najlepszym rozwiązaniem w danej sytuacji? Jak bezpiecznie zakładać kombinezon? Pytano, jak wyposażać szluzę czystą, a jak brudną? Jak przewozić pacjenta,

jakimi drogami, żeby było bezpiecznie? Jak pobierać wymaz? Wydaje się to oczywiste, ale niektórzy lekarze wcześniej tego nie robili. I tutaj konsultanci wojewódzcy, pielęgniarki epidemiologiczne bardzo się sprawdziły. Muszę powiedzieć, że od początku pandemii w żadnych mediach nie słyszałam, że w szpitalach są zespoły kontroli zakażeń, które de facto na bieżąco rozwiązują problemy związane z sytuacją pandemiczną w zakresie COVID-19. Nie słyszałam ani jednej informacji na ten temat. A przecież strategia walki z wirusem to praca zespołowa. Szpitale z pewnością nie poradziłyby sobie, gdyby nie praca tych zespołów i przygotowanie merytoryczne pielęgniarek epidemiologicznych. One w swoich szpitalach odebrały setki telefonów z pytaniami: Jak się zachować? Gdzie przewieźć pacjenta? Czy już jesteśmy narażeni, czy jeszcze nie? A pytania te były nasilone przy pierwszej fali, kiedy największą trudnością było rozpoczęcie działań. Pandemia nas wszystkich zaskoczyła, bo nigdy nie było sytuacji dotyczącej całej populacji.

Dla nas ognisko epidemiczne nie jest czymś nowym. Około 10 procent zakażeń szpitalnych w podmiotach leczniczych ujawnia się w postaci ognisk epidemicznych. One występują, więc pielęgniarki epidemiologiczne są przygotowane do tej pracy.

K.C.: Kto wchodzi w skład zespołu kontroli zakażeń szpitalnych?

A.S.: Standardowo w każdym podmiocie leczniczym typu szpital są to trzy osoby: lekarz, pielęgniarka epidemiologiczna i mikrobiolog. Jest jeden mały wyjątek: jeżeli lekarz przewodniczący zespołu posiada specjalizację w dziedzinie mikrobiologii lekarskiej, to wtedy wystarczy, jeśli w zespole jest lekarz i pielęgniarka, ale takich lekarzy jest w Polsce niewiele.

K.C.: Proszę podziękować zespołom kontroli zakażeń szpitalnych. Jak często zespoły się spotykają?

A.S.: Spotykamy się w zależności od potrzeb, czasem codziennie, niejednokrotnie jesteśmy pod telefonami. Taką codzienną, żmudną pracę w szpitalu wykonuje pielęgniarka epidemiologiczna. Lekarz przewodniczący zespołu jest zatrudniony w podmiocie leczniczym na różnych warunkach, czasami łączy różne funkcje, stąd nie pracuje w zespole w pełnym wymiarze godzin. Zadania pielęgniarki epidemiologicznej koncentrują się wokół kilku istotnych obszarów. Pielęgniarka zajmuje się edukacją pracowników, rejestracją zakażeń szpitalnych, przeprowadzaniem kontroli wewnętrznych w zakresie działań profilaktycznych, ale także konsultowaniem – w swoim pielęgniarskim zakresie – osób po-

dejrzanych o chorobę zakaźną bądź tych, u których już stwierdzono chorobę. My nie konsultujemy leczenia, to nie jest zakres naszych kompetencji, ale konsultujemy na przykład rodzaj izolacji, sugerujemy, jakie należałoby wykonać badania mikrobiologiczne. Pandemia pokazała, jak bardzo jesteśmy potrzebni pracownikom.

K.C.: Ile jest pielęgniarek epidemiologicznych w Polsce?

A.S.: Mamy niemal dwa i pół tysiąca specjalistów w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego. To osoby, które ukończyły dwuletnią specjalizację i zdały egzamin państwowy. Oprócz tego w systemie są jeszcze pielęgniarki ze specjalizacją w dziedzinie epidemiologii oraz higieny i epidemiologii. Na przestrzeni lat kryteria kwalifikacyjne na to stanowisko się zmieniały. Specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego pojawiła się w 2001 roku, więc dwa lata później pojawiły się pierwsze specjalistki w tej dziedzinie. Natomiast wcześniej niektóre pielęgniarki robiły specjalizację z higieny i epidemiologii, dlatego mamy różne nazwy specjalizacji.

K.C.: Taka liczba to dużo czy mało?

A.S.: Jeśli spojrzeć na liczbę specjalistów i liczbę łóżek szpitalnych, to według wytycznych jedna pielęgniarka epidemiologiczna powinna przypadać na 200 łóżek szpitalnych, wtedy liczba jest wystarczająca. Jeśli popatrzymy na demografię grupy zawodowej pielęgniarek, w tym pielęgniarek epidemiologicznych – a co roku robię razem z konsultantami wojewódzkimi ocenę zasobów – to wiekowo nie odbiegamy od innych specjalności pielęgniarskich, czyli średnia wieku wynosi 54 lata. Za kilka lat liczba pielęgniarek naszej specjalności może okazać się zbyt mała. Proszę pamiętać jeszcze o jednej rzeczy: nie wiemy, czy w przyszłości osoby te będą chciały pracować na tym stanowisku. Część osób zrobiła specjalizację z mniejszym lub większym przekonaniem i dopiero za jakiś czas się okaże, czy zostaną.

K.C.: Jak wypadamy na tle innych krajów, jeśli chodzi o nadzór nad zakażeniami?

A.S.: Jako kraj nie powinniśmy mieć sobie wiele do zarzucenia. Na przestrzeni dwudziestu pięciu lat wykonaliśmy olbrzymi krok, jeśli chodzi o problematykę zakażeń szpitalnych. Przede wszystkim we wszystkich szpitalach wprowadziliśmy nadzór nad zakażeniami, oceniamy je i analizujemy. Mamy wykształcone zespoły. Problemem jest natomiast pozyskiwanie lekarzy. Owszem, pracują w zespołach, ale byłoby dobrze, by koncentrowali się tylko na tej pracy, niestety przeszko-

dą jest to, że mają podzielone funkcje. Jeśli lekarz jest na przykład ordynatorem, to skupia się na prowadzeniu oddziału, reszta zadań jest tylko dodatkiem.

Polskie Towarzystwo Zakażeń Szpitalnych, które powstało w Krakowie, rozpropagowało ideę zespołów kontroli zakażeń. Pan profesor Piotr Heczko chciał, żeby tematem zajęli się profesjonalści. Pamiętam, że w roku 1997 nie mieliśmy żadnego podręcznika o zakażeniach szpitalnych. Dwa lata później Towarzystwo przetłumaczyło na język polski niewielką książeczkę profesora Nizama Damaniego „Praktyczne metody kontroli zakażeń”. Był to nasz główny przewodnik – wykorzystywany w pracy. Natomiast na przestrzeni ostatnich lat ukazało się mnóstwo prac i podręczników z tej dziedziny. Powstało Polskie Stowarzyszenie Pielęgniarek Epidemiologicznych, które zgromadziło sztab specjalistów; spotykamy się na konferencjach, edukujemy się i aktualizujemy naszą wiedzę.

K.C.: Wydaje się, że w początkach pandemii najtrudniej było zapobiec zakażeniom w domach pomocy społecznej.

A.S.: Trudno mi się do tego odnieść, bo nie pracuję w DPS-ie, ale wydaje mi się, że zmiany w opiece długoterminowej na pewno pojawić się powinny. Bardzo bym chciała, żeby w zakładzie opieki długoterminowej zatrudniano pielęgniarkę ze specjalizacją w dziedzinie epidemiologii. Służyłaby pomocą pracownikom i nadzorowała działania przeciwepidemiczne.

K.C.: Co jeszcze pokazała pandemia, jeśli chodzi o pielęgniarstwo epidemiologiczne?

A.S.: Między innymi to, że jako grupa jesteśmy silni i podchodzimy do pracy zadaniowo. Ale jesteśmy już wyczerpani. Pracujemy intensywnie od początku pandemii, niektórzy z nas nie byli na urlopie, a ci, którzy byli, odbierali telefony z pracy. Wiele można by było opowiedzieć, pandemia pokazała różne oblicza, myślę jednak, że na podsumowanie przyjdzie czas. ■

Jako grupa jesteśmy SILNI i podchodzimy do pracy zadaniowo. Ale jesteśmy już WYCZERPANI. Pracujemy intensywnie od początku PANDEMII

