

Ekspozycja zawodowa  
pracowników ochrony zdrowia

# Zbyt duże ryzyko zawodowe

Codziennie w polskich szpitalach dochodzi do co najmniej stu zakażeń igłami i innymi ostrymi narzędziami medycznymi. Pracownicy medyczni narażają się na zakażenia wirusami zapalenia wątroby, HIV i innymi groźnymi patogenami, ale tylko co piąty z nich komuś to zgłasza. Epidemiolodzy mają nadzieję, że sytuacja się poprawi wskutek implementacji dyrektywy unijnej.

Do ekspozycji zawodowej, czyli kontaktu pracownika ochrony zdrowia z potencjalnie zakażonym materiałem biologicznym pochodzącym od pacjenta, dochodzi najczęściej na oddziałach zabiegowych i w salach operacyjnych – podczas pobierania krwi, kaniulacji żył i tętnic, iniekcji, zszywania powłok i zakładania szwów, a także w trakcie ponownego zakładania osłonki na użytą igłę, choć takie postępowanie jest zabronione.

– Według szacunków w Polsce dochodzi rocznie do 37 tys. zakażeń ostrym sprzętem medycznym, czyli średnio do 100 zakażeń dziennie. Trzeba jednak powiedzieć jasno, że w polskich szpitalach nie ma mechanizmów pozwalających na precyzyjne monitorowanie takich zdarzeń, wobec czego ich rzeczywista liczba może być inna – podkreśla dr hab. n. med. Maria Gańczak z Zakładu Zdrowia Publicznego Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie.

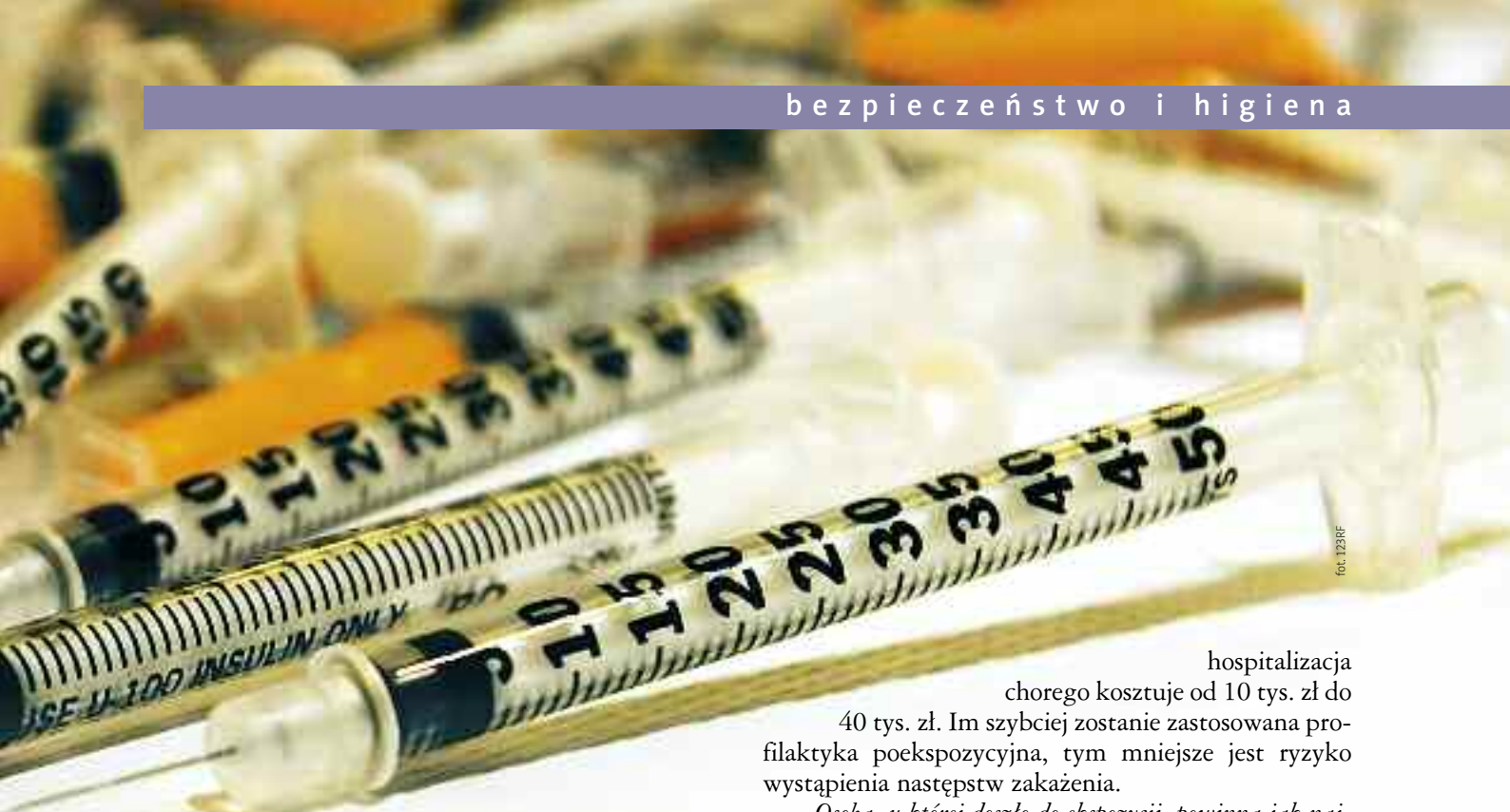
## Potencjalne źródło zakażenia

Jak wynika z badań przeprowadzonych kilka lat temu przez zespół lekarzy z Katedry i Kliniki Chorób Zakaźnych, Chorób Wątroby i Nabytych Niedoborów Odpor-

ności Akademii Medycznej we Wrocławiu, aż w trzech czwartych wszystkich przypadków do skażeń zakażoną igłą, skalpelem, nożyczkami czy innym ostrym narzędziem dochodzi podczas czynności związanych z opieką nad pacjentem, czyli w trakcie zabiegów diagnostycznych, leczniczych i pielęgnacyjnych. Dlatego, jak podkreślają eksperci, każdego chorego należy traktować jako potencjalne źródło zakażenia.

– Każda procedura medyczna powoduje wysokie ryzyko zakażenia ponad trzydziestoma potencjalnie niebezpiecznymi patogenami, między innymi WZW B i C oraz HIV – przypomina dr n. med. Paweł Grzesiowski, prezes Instytutu Profilaktyki Zakażeń.

Konsekwencją zakażenia ostrym sprzętem medycznym jest 40 proc. zakażeń WZW B i C oraz 4 proc. zakażeń HIV rozpoznawanych wśród personelu medycznego. Największym ryzykiem takiego zakażenia obarczone są osoby mające stały kontakt z materiałem biologicznym, a więc lekarze zabiegowi, pielęgniarki, położne, laboranci, pracownicy stacji dializ, ratownicy medyczni oraz salowe (pracownicy firm sprzątających).



for. 123RF

– Co roku 65 tys. osób zostaje zakażonych wirusem zapalenia wątroby typu B, 16,5 tys. wirusem wątroby typu C, a tysiąc HIV tylko dlatego, że dbając o zdrowie pacjentów, narażają własne – przytacza dane Światowej Organizacji Zdrowia Maria Gańczak. – Nawet środowisko medyczne nie zdaje sobie sprawy ze skali tego problemu – dodaje.

Wśród zakłuc pracowników ochrony zdrowia 84 proc. jest skutkiem samouszkodzenia, 5 proc. wiąże się ze skałeczeniem przez współpracownika, a 11 proc. przez pacjenta. Zagrożony jest również personel pomocniczy zajmujący się przygotowaniem sprzętu medycznego wielokrotnego użycia, a także osoby sprzątające i pracownicy firm transportowych zatrudnieni przy utylizacji sprzętu jednorazowego użytku. Ponad połowy takich zdarzeń można by uniknąć, gdyby pracodawcy zadbali o dostateczny poziom wiedzy pracowników na temat zagrożeń wynikających z kontaktu z materiałem biologicznym i zapewnili im bezpieczne warunki pracy, w tym barierowe środki ochronne: rękawiczki, fartuchy, maski i okulary ochronne. Powinni także zapewnić bezpieczny sprzęt medyczny, który jest, niestety, średnio o jedną trzecią droższy od powszechnie stosowanego w polskich szpitalach.

### Kosztowne zaktucia

Problem ekspozycji zawodowej personelu medycznego pozostaje w kręgu zainteresowania nie tylko epidemiologów, lecz także ekonomistów, ponieważ koszty postępowania poekspozycyjnego, które ponoszą zarówno pracownicy, jak i system ochrony zdrowia, są bardzo wysokie. Na przykład podanie 10 ampulek immunoglobuliny osobie zagrożonej zakażeniem HBV to wydatek 2–3 tys. zł, jeśli natomiast istnieje ryzyko zakażenia HIV, koszt leczenia poekspozycyjnego wzrasta do 6–7 tys. zł. Za leczenie osoby zakażonej np. wirusem zapalenia wątroby typu B lub C trzeba zapłacić wielokrotnie więcej, np. w wypadku marskości wątroby jednorazowa

hospitalizacja chorego kosztuje od 10 tys. zł do

40 tys. zł. Im szybciej zostanie zastosowana profilaktyka poekspozycyjna, tym mniejsze jest ryzyko wystąpienia następstw zakażenia.

– Osoba, u której doszło do ekspozycji, powinna jak naj-  
szybciej – nie później niż 48 godzin po tym zdarzeniu – zgłosić się do lekarza i podjąć stosowne w takiej sytuacji kroki – przypomina Paweł Grzesiowski.

### Niski poziom świadomości

Z badań przeprowadzonych w Pomorskim Uniwersytecie Medycznym wynika jednak, że ponad 78 proc. przypadkowo zakłuczonych pracowników ochrony zdrowia nikomu tego nie zgłasza. Robi to zaledwie co piąta pielęgniarka i co pięćdziesiąty lekarz! Według ekspertów uczestniczących w Ogólnopolskim Kongresie Ekspozycji Zawodowej, który odbył się w kwietniu w Warszawie, tak niewielki odsetek zgłoszeń wynika przede wszystkim z braku wystarczającej wiedzy na temat zagrożeń, jakie stwarza ekspozycja zawodowa na materiał biologiczny.

„ Każdego pacjenta należy traktować jako potencjalne źródło zakażenia ”

– Badania przeprowadzone przez nas w województwie zachodniopomorskim pokazują, że 50 proc. aktywnych zawodowo lekarzy i 25 proc. pielęgniarek nigdy nie brało udziału w szkoleniach dotyczących profilaktyki ekspozycji zawodowej – podkreśla Maria Gańczak. Żeby takie szkolenia przyniosły wymierne efekty, powinny być prowadzone cyklicznie, nie rzadziej niż raz na dwa lata, przez specjalistów z zakresu zakażeń krwiopochodnych.

Kolejną przyczyną znikomej liczby zgłoszeń jest brak jednolitego systemu ich rejestracji i monitorowania oraz jednolitego modelu postępowania poekspozycyjnego. Rozwiązaniem byłoby wprowadzenie regulacji prawnych minimalizujących ryzyko ekspozycji wśród pracowników sektora opieki zdrowotnej. W krajach mających takie regulacje liczba zranień ostrymi narzędziami

„ W Polsce dochodzi rocznie do 37 tys. zakłuć ostrym sprzętem medycznym, czyli średnio do 100 zakłuć dziennie „



foto: 123RF

„ W Stanach Zjednoczonych 12 lat temu wprowadzono ustawę o zapobieganiu zakłuciom. Dzięki temu przez pięć lat udało się zmniejszyć ich liczbę o połowę „

znacząco zmalała. Przykładem są Stany Zjednoczone, gdzie 12 lat temu wprowadzono ustawę o profilaktyce zakłuć, która zobowiązała szpitale m.in. do stosowania igieł z automatyczną osłonką. Dzięki temu przez pięć lat w amerykańskich szpitalach udało się zmniejszyć liczbę zakłuć o połowę.

Eksperti przekonują, że każde zakłucie powinno być traktowane w Polsce jako wypadek przy pracy. Pozwoliłoby to wyeliminować sytuacje, że pracownicy skaleczeni ostrym narzędziem nie tylko nie uzyskują pomocy od pracodawców, lecz są przez nich obarczani odpowiedzialnością za to, co się stało, a nawet kosztami postępowania poekspozycyjnego, co jeszcze się zdarza w niektórych zakładach opieki zdrowotnej.

#### Nadzieja w unijnej dyrektywie

Problem ekspozycji zawodowej personelu medycznego nie dotyczy tylko Polski. W Europie co roku igłami

i innymi ostrymi narzędziami rani się ponad milion pracowników medycznych. Mimo znaczących różnic statystycznych w poszczególnych krajach Unii Europejskiej, w każdym z nich na 100 łóżek szpitalnych przypada rocznie średnio od 12 do 30 zakłuć, co dowodzi ogromnej skali tego zjawiska.

Ochrona pracowników narażonych na ekspozycję była celem uchwalonej 10 maja 2010 r. dyrektywy 2010/32/UE, która zobowiązuje kraje członkowskie Unii Europejskiej m.in. do zapewnienia pracownikom sektora ochrony zdrowia możliwie najbezpieczniejszego środowiska pracy oraz wprowadzenia procedur w zakresie reagowania i działań następczych w wypadku ekspozycji zawodowej. Polska ma czas na jej implementację do 11 maja 2013 r. W miarę zbliżania się tego terminu rosną nadzieje, że odmieni się los lekarzy i pielęgniarek, bardzo często pracujących pod presją, co jeszcze bardziej zwiększa ryzyko narażenia na kontakt z zakażonym materiałem biologicznym.

– Zgodnie z dyrektywą pracownik będzie mógł odmówić wykonania zadania, na przykład pobrania krwi, jeśli pracodawca nie zapewni mu bezpiecznych warunków pracy – mówi Maria Gańczak.

W opinii prof. Andrzeja Gładysza, byłego konsultanta krajowego w dziedzinie chorób zakaźnych, implementacja dyrektywy pomoże szczegółowo określić procedury poekspozycyjne i przyczyni się do zastąpienia zagrażającego zranieniem ostrego sprzętu medycznego bezpiecznymi wyrobami medycznymi wyposażonymi w mechanizmy zabezpieczające przed przypadkowym zakłuciem. Według prof. Gładysza, powinny także zostać ustanowione skuteczne kary finansowe dla pracodawców za nieprzestrzeganie przepisów BHP.

Na wprowadzenie unijnej dyrektywy czeka z niecierpliwością całe środowisko medyczne. – Polska wciąż ponosi wysokie koszty związane z wykonywaniem badań diagnostycznych, zwolnieniami chorobowymi, leczeniem pracowników, wypłacaniem odszkodowań, rent czy kosztami sądowymi. W wielu polskich szpitalach problem zakłuć i zachłapania krwią jest bagatelizowany. Ujednolicone normy prawne, profilaktyka, czyli wdrażanie działań zapobiegawczych, a także system pomocy zakażonym na pewno zmniejszyłyby skalę problemu – mówi Dorota Kilańska, prezes Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego, które było inicjatorem zorganizowania Ogólnopolskiego Kongresu Ekspozycji Zawodowej. Dodaje, że konieczne jest powołanie przez Ministerstwo Zdrowia zespołu ekspertów, który wypracuje jednolitą procedurę postępowania poekspozycyjnego.

Rada ekspertów obradującego w kwietniu w Warszawie Ogólnopolskiego Kongresu Ekspozycji Zawodowej podpisała „Deklarację poparcia Dyrektywy 2010/32/UE” i zobowiązała się dołożyć wszelkich starań, aby przyspieszyć i usprawnić proces implementacji nowych przepisów.

Mariola Markłowska-Dzierżak