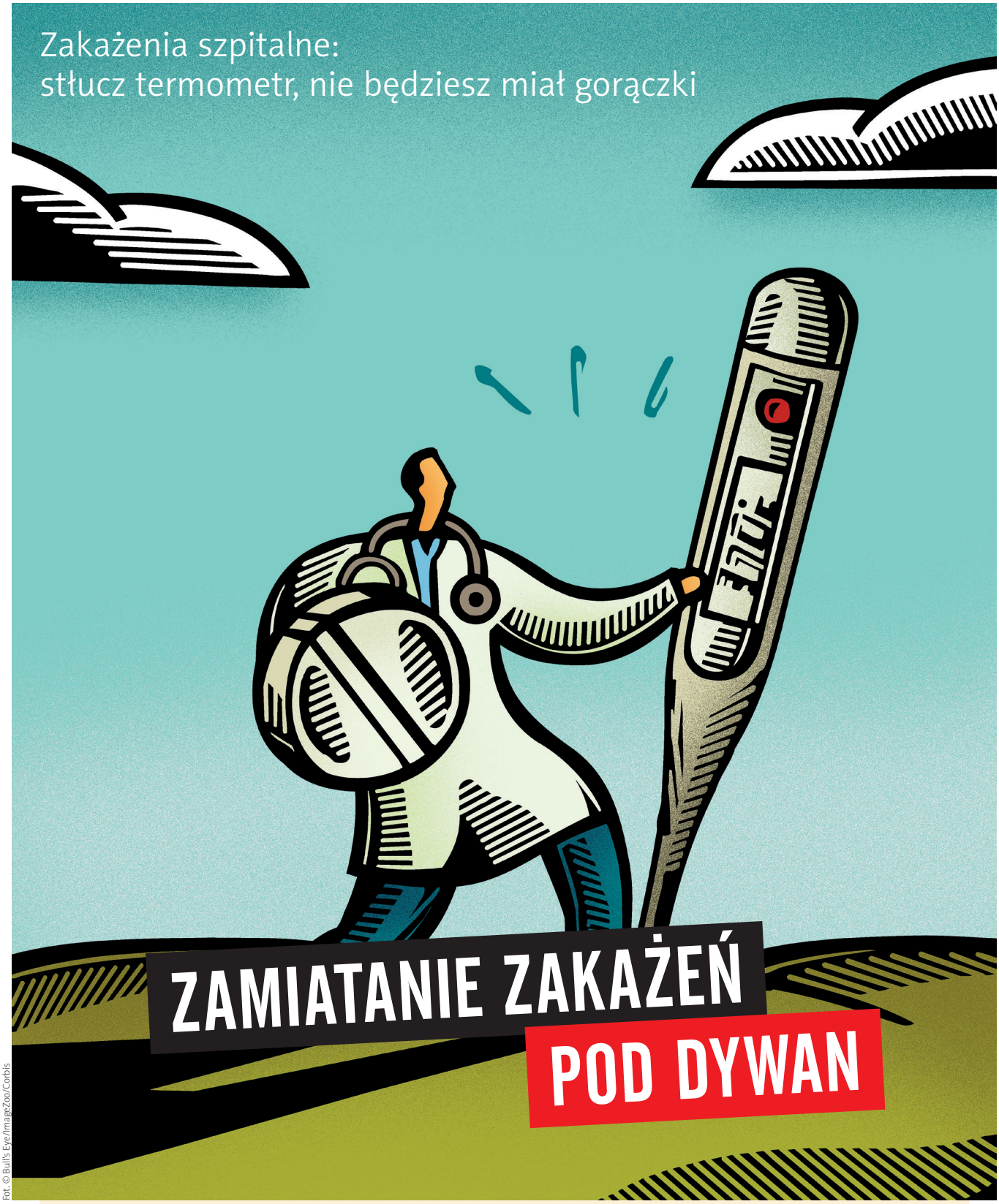
Zakażenia szpitalne:
stłucz termometr, nie będziesz miał gorączki



ZAMIATANIE ZAKAŻEŃ POD DYWAN

Fot. © Bull's Eye/ImageZoo/Corbis

Tylko 401 ognisk epidemicznych w nieco ponad 20 proc. polskich szpitali w 2014 r. To dane Głównego Inspektoratu Sanitarnego. Nic, tylko się cieszyć, że mamy tak bezpieczne lecznictwo zamknięte. Tylko czy wynik nie jest naciągany? Problem w tym, że zakażenia szpitalne to w Polsce wielka niewiadoma, bo system ich raportowania i kontroli pozostawia wiele do życzenia.

Eksperci szacują, że w Europie z powodu zakażeń szpitalnych niepotrzebnie umiera kilkadziesiąt tysięcy pacjentów rocznie. Ilu w Polsce? Nie wiadomo, ale Grupa Ekspertów ds. Zwalczania Zakażeń Związanych z Opieką Zdrowotną uważa, że ich liczba sięga dziesiątek tysięcy.

Milion złotych kary

– *W szpitalu był brud i była możliwość zakażenia salmonellą* – mówiła sędzia Sądu Apelacyjnego w Warszawie, uzasadniając wyrok nakładający na znany stołeczny szpital kliniczny obowiązek wypłacenia poszkodowanej pacjentce miliona złotych zadośćuczynienia i dożywotniej renty w wysokości 6 tys. zł miesięcznie. Jedną ze szkód było zakażenie pacjentki podczas jej pobytu w tym szpitalu.

Roszczenia z tytułu zakażeń to pokaźna grupa spraw wpływających do wojewódzkich komisji orzekających o zdarzeniach medycznych. I choć większość jest oddalana jako niezasadna, to wciąż zakażenia szpitalne są jednym z największych zagrożeń w opiece zdrowotnej.

Grupa Ekspertów ds. Zwalczania Zakażeń Związanych z Opieką Zdrowotną, na czele z przewodniczącym prof. Andrzejem Gładyszem, sformułowała listę najważniejszych działań, których „wdrożenie pozwoliłoby opanować epidemię zakażeń szpitalnych i jednocześnie pomóc odbudować zaufanie pacjentów do placówek medycznych". List z postulatami trafił do ministra zdrowia.

Termin nie został wybrany przypadkowo. W tym roku powinno w końcu ruszyć kontraktowanie, a to właśnie płatnik może skutecznie oddziaływać na szpitale, stosując bodźce finansowe, by efektywnie przeciwdziałały rozwojowi zakażeń wewnątrzszpitalnych.

Po pierwsze: nie karać

Według cytowanych wyżej szacunków Komisji Europejskiej w Unii Europejskiej każdego roku dochodzi do trzech milionów zakażeń związanych z opieką zdrowotną, a z ich powodu umiera rocznie około 50 tys. osób. Przy czym ECDC w raporcie opublikowanym w 2007 r. oceniło, że jednej trzeciej zakażeń można uniknąć. Kluczem jest wdrożenie i przestrzeganie procedur minimalizujących ryzyko zakażeń oraz sprawny system ich monitorowania i raportowania. Żeby to jednak osiągnąć, zgłaszający problem nie może się obawiać konsekwencji.

– *Musimy dążyć do tego, żeby kontrolować i monitorować przypadki zakażeń – nie po to, by napiętnować środowisko lekarskie, ale żeby móc dokładnie przeanalizować sytuację i pochylić się nad wnioskami* – mówił na posiedzeniu Parlamentarnego Zespołu ds. Zdrowia Publicznego prof. Gładysz. Dodał, że skala problemu jest duża i niestety niedoceniana zarówno przez decydentów w ochronie zdrowia, jak i wielu zarządzających szpitalami. Wtórował mu poseł Andrzej Sośnierz: – *Udajemy, że nie ma tego problemu. Papier jest cierpliwy i zniesie wszystko* – powiedział. Dodał, że w ubiegłym roku miał kontakt z pacjentami zakażonymi w szpitalu i zderzył się z „totalnym lekceważeniem problemu". – *Żaden z tych przypadków nie trafił do sprawozdań jako zakażenie szpitalne. Nie ma dochodzeń epidemiologicznych* – stwierdził.

W GRUPIE SZPITALI, KTÓRE ZGŁOSIŁY DO SANEPIDU OGNISKA EPIDEMICZNE, PRZEWAŻAŁY… SZPITALE Z AKREDYTACJĄ, CERTYFIKATEM JAKOŚCI LUB I JEDNYM, I DRUGIM. ALE WNIOSEK, ŻE PLACÓWKI AKREDYTOWANE SĄ MNIEJ BEZPIECZNE, JEST POCHOPNY

Kara dla prymusów

Sytuacja jest jednak bardziej skomplikowana, co widać na przykładzie danych przekazanych przez GIS. W grupie szpitali, które zgłosiły do sanepidu ogniska epidemiczne, przeważały… szpitale z akredytacją, certyfikatem jakości lub i jednym, i drugim. W grupie wszystkich szpitali, które zgłosiły ogniska epidemiczne, tylko niespełna 20 proc. nie miało żadnych certyfikatów jakości. A przecież w Polsce przeważają szpitale bez certyfikatów czy akredytacji. Wniosek, że te akredytowane są mniej bezpieczne, jest jednak pochopny. Szpitale akredytowane po prostu rzetelnie prowadzą monitoring i raportowanie problemów z zakażeniami.

Szpital Wolski w Warszawie jest jednym z tych, które mają zarówno akredytację Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, jak i ISO. – *Na terenie szpitala rejestrujemy każde zakażenie. Zgodnie z prawem do sanepidu zgłaszamy ogniska. Porównujemy ilość zużywanych antybiotyków i środków dezynfekcyjnych. Prowadzimy nie bierny, ale czynny monitoring, starając się reagować nie dopiero wtedy, kiedy pojawią się objawy kliniczne u pacjenta, ale wtedy, gdy podejrzewamy, że może być źródłem zakażenia* – informuje Arkadiusz Ciupak, zastępca dyrektora ds. leczniczych szpitala. Pomagają w tym przyjęte formularze, w których lekarz ocenia ryzyko danego pacjenta i w razie potrzeby może zlecić badanie mikrobiologiczne, by sprawdzić, czy nie został przyjęty pacjent skolonizowany przez niebezpieczny patogen.

Arkadiusz Ciupak podkreśla, że aby raportowanie było rzetelne, konieczna jest zdecydowana postawa zarządzających i komunikat, że priorytetem dla zarządu jest rzetelny monitoring i rozwiązanie problemu, a nie

MUSIMY DĄŻYĆ DO TEGO, ŻEBY KONSEKWENTNIE KONTROLOWAĆ I MONITOROWAĆ PRZYPADKI ZAKAŻEŃ – NIE PO TO, BY NAPIĘTNOWAĆ ŚRODOWISKO LEKARSKIE, ALE ŻEBY MÓC DOKŁADNIE PRZEANALIZOWAĆ SYTUACJĘ I POCHYLIĆ SIĘ NAD WNIOSKAMI

poszukiwanie winnych. – *Dopóki chęć bezpiecznego raportowania zakażeń przeważa nad obawą przed restrykcjami, statystyki dotyczące tego problemu nie będą odzwierciedlać rzeczywistości* – mówi. Zaznacza, że jeśli okaże się, iż do zakażenia doszło wskutek nierzetelnego postępowania, konsekwencje są jednak wyciągane.

Efekt jest taki, że w tym warszawskim szpitalu wykrywa się… więcej zakażeń. – *Nie dlatego że nasza sytuacja epidemiologiczna się pogarsza, ale dlatego że wzrasta świadomość pracowników* – zaznacza Ciupak.

Stałe szkolenia

Stałe szkolenie pracowników medycznych i uwrażliwianie na ten problem to jedno z zaleceń ECDD sformułowane po tym, jak Rada Ministrów Unii Europejskiej przyjęła rezolucję w sprawie zakażeń związanych z opieką zdrowotną, uznając ten problem za jedno z największych wyzwań w obszarze opieki zdrowotnej na terenie UE.

Andrzej Sośnierz stwierdził, że pierwszym znakiem, że monitoring zakażeń w większości szpitali w Polsce naprawdę zaczął działać, będzie wzrost ich liczby. W statystykach, które teraz, zdaniem ekspertów, rzeczywistości nie odzwierciedlają.

Samo raportowanie nie wystarczy

– *Ognisko epidemiczne to wierzchołek góry lodowej. Dane podawane przez GIS niewiele wnoszą, przede wszystkim istotne w nich jest to, jakie patogeny były powodem zgłoszeń* – denerwuje się dr Paweł Grzesiowski, założyciel i prezes Fundacji Instytut Profilaktyki Zakażeń. Dodaje, że wystąpienie ogniska najczęściej wskazuje na nieprzestrzeganie procedur. Uważa, że obok raportowania zakażeń konieczna jest też ich walidacja, czyli weryfikacja danych nie tylko na podstawie badań mikrobiologicznych, lecz także m.in. zużycia antybiotyków, analizy przyczyn gorączki i analizy dokumentacji medycznej. Taką analizę ułatwi elektroniczny obieg dokumentacji medycznej. Jego zdaniem należy wprowadzić centralny rejestr kontroli zakażeń szpitalnych, co usprawni kontrolę nad rozprzestrzenianiem się infekcji.

Profesor Gładysz stoi na stanowisku, że już teraz Polska ma przyzwoite przepisy dotyczące bezpieczeństwa

Fot. Archiwum

Jarosław Fedorowski

prezes Polskiej Federacji Szpitali i gubernator HOPE

Kwestia raportowania i zwalczania zakażeń szpitalnych jest bardzo złożona, tak samo złożone jest zapobieganie zakażeniom. Oczywiście nakłady finansowe są potrzebne, szczególnie że polskie szpitale, od których wymaga się standardów zachodnioeuropejskich, mają do dyspozycji nawet 10 razy mniejsze środki finansowe (np. największy szpital pod względem przychodów w Niemczech i największy w Polsce). Wiele zależy jednak od spraw organizacyjnych oraz osobowych. Jako przykład można podać szersze stosowanie standardów terapii antybiotykowej, a użycie antybiotyków spoza zatwierdzonej listy powinno wymagać autoryzacji. Jest jeszcze jeden aspekt, o którym boimy się mówić – oczekiwania pacjentów, którzy niestety zbyt często wywierają presję na lekarzy, aby przepisywali antybiotyki. Są też pacjenci, którzy nie zażywają antybiotyków zgodnie z zaleceniem lekarza i potem trafiają do szpitala z bakteriami opornymi na antybiotyki.

W dalszym ciągu głównym problemem jest higiena rąk personelu. To wiąże się m.in. z niedostateczną dostępnością miejsc do mycia rąk – zamiast gęsto rozmieszczonych pojemników z pianką dezynfekcyjną pozostajemy głównie przy modelu tradycyjnych umywalek. Poza tym zbyt dużo czasu i środków poświęcamy na „ochronę" środowiska szpitalnego przed odwiedzającymi chorych. Następna sprawa to kwestia dostępności testów, np. na *Clostridium difficile* – wszędzie powinien być dostępny i odpowiednio (dodatkowo) finansowany szybki test typu PCR. Zgłaszanie zdarzeń niepożądanych to także problem mentalności ludzkiej, w naszym społeczeństwie zbyt często przeważa kultura zwalczania tzw. donosicielstwa.

Przed nami długa droga, moim zdaniem przyszłość należy do organizacji koordynowanej ochrony zdrowia (KOZ), gdzie liczy się końcowy efekt leczenia i opłaca się wprowadzać agresywną politykę kontroli i poprawy jakości. Myślę, że mogło by być to także zadanie dla AOTMiT. Przy taryfikacji świadczeń można premiować leczenie z mniejszą liczbą powikłań. Powstanie bardzo reprezentatywnego zespołu ekspertów ds. zakażeń, do którego należę, napawa nadzieją na poprawę sytuacji pod warunkiem zrozumienia postulatów ekspertów przez wszystkich interesariuszy systemu.

Fot. PAP/Tomasz Waszczuk

Irena Kierzkowska

dyrektor Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie

Zarządzam szpitalem akredytowanym od 2003 r., zakażenia w Polsce rejestrujemy zaś od 1998 r. Szpital w Olsztynie rejestruje zakażenia od 1996 r. Odsetek zakażonych w 2014 r. wynosił 2,89% ogółu leczonych, natomiast w 2015 r. wzrósł do 4,15%. Należałoby zadać pytanie, co było powodem wzrostu liczby zakażeń. Szpital zna odpowiedź: zmiana narzędzi i strategii monitorowania zakażeń. Wykonujemy rocznie ok. 30 tys. badań bakteriologicznych, czyli w przeliczaniu na jedno łóżko ok. 55 badań. Mocno się więc staramy, aby zidentyfikować wszystkie zakażenia. Mogę być dumna, że mój szpital wypada lepiej od innych. Niestety, na tym satysfakcja się kończy.

Zakażenia szpitalne są i pozostaną problemem, bo w mojej ocenie samo monitorowanie nie wystarczy. Samo rejestrowanie to zaledwie początek polityki ograniczenia ryzyka zakażenia oraz monitorowania zakażeń. Nie pomogą również medialne wystąpienia polskich autorytetów w tej dziedzinie czy pojedyncze wykłady na niektórych konferencjach dla dyrektorów szpitali. Potrzebna jest polityka otwartości w monitorowaniu i upowszechnianiu danych, które będą odzwierciedlały rzeczywistą sytuację epidemiologiczną w Polsce.

Szpitale potrzebują fachowej wiedzy, wytycznych, zaleceń lub rekomendacji. Aktualna i ukierunkowana na praktykę wiedza mikrobiologiczna w zakresie źródeł zakażenia, dróg transmisji, mechanizmów oporności na antybiotyki, czynników ryzyka zakażeń pozwoliłaby klinicystom budować aktualne schematy profilaktyki i antybiotykoterapii. Tymczasem w Polsce odczuwa się wyraźnie brak instytucji zajmującej się kompleksowo analizą zagadnienia zakażeń szpitalnych w ujęciu praktycznym. Dotychczas nie zostały opracowane i wdrożone zasady zbierania danych na szczeblu krajowym. Oprócz raportowania ognisk epidemicznych i zakażeń spowodowanych alert-patogenami, jak przytacza dr Paweł Grzesiowski, nie mamy żadnych istotnych informacji o sytuacji epidemiologicznej. Jednolity centralny system monitorowania i raportowania pozwoliłby na ocenę skali problemu zakażeń, a poszczególnym jednostkom na porównanie z innymi szpitalami.

Nie wystarczą szpitalne komitety czy zespoły do spraw zakażeń szpitalnych. Potrzebne są gremia, które opiniowałyby merytoryczność podejmowanych działań, w tym w trudnych przypadkach podczas rozpraw sądowych dotyczących zakażeń, ponieważ problem odszkodowań jest coraz większym obciążeniem finansowym dla szpitali. Rzadko bierze się pod uwagę osobnicze czynniki ryzyka rozwoju zakażenia, a być może przy współistnieniu więcej niż dwóch nie jesteśmy w stanie, mimo należytej staranności, zapobiec zakażeniu. Prognozy demograficzne wskazują na wzrost liczby zakażeń endogennych. Definicja zakażeń szpitalnych czy trudności w różnicowaniu zakażeń endogennych z egzogennymi również nie ułatwiają sądom arbitrażu. Uważam, że uporządkowanie kwestii roszczeniowych zwiększy aktywność szpitali w rejestrowaniu zakażeń, czyli ujawnieniu prawdy o skali zjawiska.

Szpital musi mieć pewność, że gromadzone dane nie zostaną zrozumiane i użyte opacznie, np. przez instytucje kontrolujące. Opublikowany w mapach potrzeb wskaźnik zakażeń zarejestrowanych w polskich szpitalach w wysokości 0,98 świadczy o tym, że jako kraj nadal jesteśmy na początku drogi.

Niedawno w poważanym czasopiśmie medycznym (JAMA Intern Med 2016; 176 (5): 705-706) ukazała się praca, która chyba po raz pierwszy zwróciła uwagę na higienę rąk u pacjentów. Autorzy badania wskazali, że 1 na 4 pacjentów, którzy zostali wypisani ze szpitala, miał na rękach bakterie oporne na leki. Wśród rekomendacji znalazło się wdrożenie polityki mycia rąk przez pacjentów w szpitalu oraz ułatwienie pacjentom dostępu do urządzeń dezynfekcyjnych, a także podjęcie akcji uświadamiającej społeczeństwo.

pacjentów w szpitalach pod względem epidemiologicznym. Problem jest z ich egzekucją – nie zawsze kadra zarządzająca widzi oszczędności w prowadzeniu rzetelnej kontroli ryzyka zakażeń.

Efektywny *outsourcing*

Znaczna część szpitali, optymalizując koszty, „wyprowadziła" laboratoria, zlecając badania zewnętrznym prywatnym podmiotom. Rynek jest podzielony pomiędzy dwóch głównych graczy, którzy w takiej sytuacji mają silną pozycję.

PIERWSZYM ZNAKIEM, ŻE MONITORING ZAKAŻEŃ W WIĘKSZOŚCI SZPITALI W POLSCE NAPRAWDĘ ZACZĄŁ DZIAŁAĆ, BĘDZIE WZROST ICH LICZBY

Fot. Łukasz Cynalewski/Agencja Gazeta

Andrzej Trybusz

wielkopolski państwowy wojewódzki inspektor sanitarny

Obowiązek ustawowy dotyczący podejmowania działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych zgodnie z przepisami rozdziału 3 ustawy z 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2013 r., poz. 947 z późn. zm.) spoczywa na kierowniku podmiotu leczniczego. Stosownie do tych przepisów kierownicy podmiotów leczniczych są odpowiedzialni za podejmowanie działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych związanych m.in. z oceną ryzyka, monitorowaniem zakażeń w celu eliminacji alert-patogenów ze środowiska pacjentów, wykonywaniem badań laboratoryjnych, analizą lokalnej sytuacji epidemiologicznej w celu optymalizacji profilaktyki i antybiotykoterapii oraz prowadzeniem kontroli wewnętrznych i dokumentowaniem.

W ramach tych działań szpital prowadzi monitorowanie i rejestrację zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych, ale obowiązujące przepisy nie nakładają obowiązku zgłaszania do Państwowej Inspekcji Sanitarnej (PIS) pojedynczych przypadków zakażeń szpitalnych. Natomiast zgodnie z art. 14 ust. 1 pkt 6 ww. ustawy szpital jest zobowiązany do zgłaszania w ciągu 24 godzin potwierdzonego epidemicznego wzrostu liczby zakażeń szpitalnych.

Zgodnie z § 5 ust. 1. pkt 3 i ust. 2 pkt 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2011 r. w sprawie listy czynników alarmowych, rejestrów zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych oraz raportów o bieżącej sytuacji epidemiologicznej szpitala (Dz. U. z 2011 r., Nr 294, poz. 1741) oraz wytycznymi Głównego Inspektoratu Sanitarnego co roku szpitale sporządzają roczny raport o sytuacji epidemiologicznej, który przekazują w ustalonym terminie do organów PIS.

Nadzór nad zakażeniami związanymi z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i drobnoustrojami alarmowymi sprawowany przez organy PIS odbywa się w trybie biernym i tak naprawdę jego skuteczność zależy od pracowników podmiotów leczniczych, ich świadomości oraz znajomości zagrożeń mających wpływ na bezpieczeństwo epidemiologiczne pacjentów i personelu, jak również od dobrej współpracy merytorycznej z instytucjami powołanymi do realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego, w szczególności do prowadzenia działalności zapobiegawczej i przeciwepidemicznej. W sytuacjach szczególnie niepokojących, np. skarg, odwołań, oraz kiedy szpital ma trudności z wygaszeniem ogniska lub zagrażających zdrowiu i życiu pacjentów – organy PIS podejmują przeciwepidemiczne działania kontrolne interwencyjne, poza planami kontroli, które mają na celu zidentyfikowanie bieżącego problemu i wspólną ocenę podjętych działań zapobiegawczych.

W artykule podniesiono wiele istotnych kwestii mających wpływ na występowanie zakażeń szpitalnych, które oddają istotę problemu. Mimo stworzenia norm prawnych dających możliwość skutecznego monitorowania i zapobiegania zakażeniom szpitalnym, uzyskiwane efekty nie są zadowalające. Wśród przyczyn takiego stanu można wyróżnić to, że problematyka profilaktyki zakażeń szpitalnych nie jest przedmiotem troski całego personelu związanego z udzielaniem świadczeń leczniczych, co wynika m.in. z braków edukacyjnych w tym zakresie i niedoceniania skali zagrożeń, jakie powodują te zakażenia. Kłopotem jest również dramatycznie niskie wykorzystanie diagnostyki mikrobiologicznej w celu wykrycia i monitorowania zakażeń szpitalnych. Rekomendowany poziom to 50 badań/łóżko/rok lub 2 badania/pacjenta. W województwie wielkopolskim jest to średnio 19 badań/łóżko/rok lub 0,4 badania/pacjenta i dane te nie odbiegają od krajowych. Mamy także do czynienia z mało skutecznym nadzorem nad racjonalnym stosowaniem antybiotykoterapii w wielu podmiotach leczniczych.

Doświadczył tego jeden z rozmówców „Menedżera Zdrowia" zarządzający w szpitalu pionem medycznym, kiedy zapytał o cenę przesiewowych badań bez antybiogramu. – *Najpierw zażyczyli sobie 28 zł* – mówi. Stawkę negocjował, ale przyznaje, że łatwe to nie jest.

– *Outsourcing laboratoriów to była śmierć dla epidemiologii. Bardzo źle się stało, że w ostatnich latach wiele szpitali straciło praktyczną możliwość szybkiej diagnostyki mikrobiologicznej* – mówi dr Grzesiowski.

Czasem próbki są wożone aż 50 km, szpital nie może liczyć na konsultację mikrobiologa na miejscu, zlecenie posiewu w piątek oznacza długie czekanie na jego wynik. No i wspomniane koszty. Bo jeśli zleca się badanie mikrobiologiczne materiału od pacjenta, który nie ma objawów klinicznych, ale zachodzi wysokie podejrzenie, że jest skolonizowany (np. niedawno przechodził zabieg w innej placówce), to kto za ten posiew ma płacić?

Można tylko mieć nadzieję, że rynek laboratoriów zareaguje na zwiększone potrzeby w dziedzinie badań mikrobiologicznych. Bo takie nastąpią.

Marchewka w kontraktach...

O tym, że w wycenie świadczeń zdrowotnych płatnik powinien uwzględniać jakość usług, mowa jest od lat. Na razie jednak więcej się o tym mówi, niż robi. Propozycje modyfikacji kryteriów oceny ofert doty-

Fot. © ImageZoo/Corbis

czących postępowań w sprawie zawarcia kontraktów przedstawił Narodowemu Funduszowi Zdrowia zespół ekspertów w 2013 r. Został powołany do tego zadania przez ówczesną prezes NFZ Agnieszkę Pachciarz. Zespół podkreślał, że skuteczny program kontroli zakażeń szpitalnych może być jednym z najbardziej efektywnych finansowo programów realizowanych przez szpital, spowoduje bowiem obniżenie kosztów poprzez skrócenie hospitalizacji, mniejsze zużycie leków i mniejsze ryzyko roszczeń pacjentów.

Fot. PAP/Paweł Supernak

Jan Bondar

rzecznik prasowy, Główny Inspektorat Sanitarny

Obowiązujące w Polsce przepisy tworzą właściwe ramy prawne do zapobiegania oraz zwalczania zakażeń w szpitalach, a problem tkwi głównie w ich realizowaniu. Zapobieganie zakażeniom szpitalnym opłaca się w perspektywie długoterminowej, ponieważ zmniejsza liczbę powikłań i skraca czas hospitalizacji. Niestety, presja bieżących oszczędności kosztem jakości wciąż często bierze górę w decyzjach kierowników szpitali.

Przepisy o zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych przewidują, że w każdym szpitalu powinien zostać powołany zespół kontroli zakażeń szpitalnych. Ich przewidzianą w ustawie rolą jest wykrywanie przypadków zakażeń szpitalnych, podejmowanie działań zapobiegających dalszemu szerzeniu się zakażeń oraz opracowywanie odpowiednich procedur, które pozwolą zapobiec tego typu zdarzeniom w przyszłości. Nie jest ani przewidziane przepisami, ani możliwe w sensie praktycznym, aby powiatowe stacje sanitarno-epidemiologiczne zastąpiły codzienną pracę lekarzy i pielęgniarek, którzy wchodzą w skład tych zespołów i znają specyfikę tych jednostek. Interwencje Państwowej Inspekcji Sanitarnej mają siłą rzeczy miejsce wtedy, gdy w szpitalach dochodzi do pojawiania się ognisk zachorowań. Dlatego też zasady kontraktowania NFZ powinny oddziaływać na szpitale poprzez zastosowanie kryteriów uwzględniających sprawność wewnątrzszpitalnego systemu zwalczania zakażeń. Do takich elementów należy zaliczyć nie tylko tak podstawową kwestię, jak posiadanie zespołu kontroli zakażeń szpitalnych (jego brak powinien eliminować szpital z kontraktowania), lecz również odpowiednią liczbę pielęgniarek epidemiologicznych, system szkoleń czy też posiadanie przez szpital własnego laboratorium.

Fot. PAP/Jakub Kamiński

Dariusz Oleński

dyrektor Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Białej Podlaskiej

Niezaprzeczalną prawdą jest to, że opieka zdrowotna jest jedną z najniebezpieczniejszych dziedzin naszego życia. Pobyt w szpitalu szczególnie. Ekstremalne sporty czy jazda samochodem nie stanowią takiego ryzyka i takiego zagrożenia jak na przykład pobyt w szpitalu. Tak jest w Stanach Zjednoczonych, w Europie i na całym świecie. Trzeba to sobie uświadomić i o tym pamiętać. Głównym powodem roszczeń pacjentów lub ich rodzin nie są błędy w sztuce medycznej, lecz problemy wynikające z zakażenia szpitalnego, błędu organizacyjnego jednostki czy też niezadowolenie z komunikacji z lekarzem.

Mając już taką świadomość, bezwzględnie działamy, aby zminimalizować ryzyko zakażeń szpitalnych. Zgadzam się, że najważniejsze jest wdrożenie i przestrzeganie procedur zmniejszających ryzyko zakażeń. Badania mikrobiologiczne od wejścia pacjenta do szpitala, szczególnie pacjenta z obszaru ryzyka (domy pomocy społecznej, zakłady opiekuńcze, inne szpitale), po każdy etap procesu terapeutycznego to podstawa, a dobry mikrobiolog to skarb. Nie wyobrażam sobie funkcjonowania szpitala o 20 oddziałach i 650 łóżkach bez własnego laboratorium mikrobiologicznego.

Sprawne, czynne monitorowanie zakażeń, a nie spontaniczne zgłoszenia – to kolejna zasada, jaka obowiązuje w naszym szpitalu. Pielęgniarki epidemiologiczne mają przydzielone obszary aktywnego działania, gdzie codziennie muszą się pojawić, odnotować spostrzeżenia, wyciągnąć wnioski i zaproponować działania korygujące. Dla sprawnego działania systemu monitorowania zakażeń szpitalnych na każdym oddziale zostały wyznaczone pielęgniarki łącznikowe współpracujące z działem epidemiologicznym. Szpital posiada akredytację oraz zintegrowany system zarządzania jakością wg norm ISO. Postanowiliśmy połączyć wymagania systemu ze standardami akredytacyjnymi w taki sposób, aby proces hospitalizacji był opomiarowany ważnymi dla nas wskaźnikami. Jednym z nich, do osiągnięcia przez poszczególne oddziały, jest wskaźnik zakażeń szpitalnych. Zbyt niski poziom uzyskanej rejestracji zakażeń jest nieosiągnięciem celu przez właściciela procesu. W okresach półrocznych lub rocznych analizujemy wyniki na przeglądach zarządzania. Czy wszystkie zakażenia są rejestrowane w naszym szpitalu? Na pewno nie wszystkie. Wciąż szkolimy naszych pracowników, podkreślamy wagę zagadnienia i zwiększamy świadomość. Każdy pacjent, u którego pojawiło się podejrzenie zakażenia, ma założoną kartę zakażenia szpitalnego, prowadzimy własną politykę antybiotykoterapii, monitorujemy ilość zużytych środków dezynfekcyjnych.

Na razie jego zalecenia pozostały na papierze, m.in. z tego powodu, że kontraktowania nie było od lat. Pojawiły się jednak jaskółki zmiany, bo kiedy niedawno mazowiecki NFZ zorganizował konkurs na świadczenia z geriatrii, premiowana była właściwa kontrola zakażeń. Kompleksowe kontraktowanie planowane jest na połowę 2017 r. Jest czas, by wprowadzić odpowiednie rozwiązania.

...i kij od pacjentów

Wspomniany na początku artykułu wyrok to przykład drugiego bodźca wymuszającego właściwą kontrolę zakażeń szpitalnych. Pacjenci są coraz bardziej świadomi swoich praw i coraz częściej pozywają szpitale. Według Stowarzyszenia Pacjentów Primum Non Nocere jedna czwarta spraw, z jakimi zgłaszają się do niego pacjenci, to zakażenie w szpitalu i jest to druga pozycja w rankingu roszczeń. Nawet jeśli przyjmie się, że 30 proc. zakażeń ma charakter endogenny, to wciąż jest o co walczyć.

Sądy okazują coraz mniejsze pobłażanie finansom szpitali. Zlecanie badań przesiewowych, wzmocnienie szpitalnych zespołów kontroli zakażeń, także finansowe, oraz stałe szkolenie pracowników może się okazać tańsze niż koszty związane z poszkodowanymi pacjentami, którzy po zadośćuczynienie i rentę pójdą do Temidy.

Justyna Wojteczek

Postulaty Grupy Ekspertów ds. **Zwalczania Zakażeń Związanych z Opieką Zdrowotną**

- edukacja pracowników medycznych oraz pacjentów w dziedzinie zakażeń szpitalnych
- pozytywna motywacja i zwiększenie konkurencyjności placówek dzięki systemowemu zwiększaniu roli kryteriów związanych z jakością w procesie kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej
- poprawa profilaktyki zakażeń dzięki podejmowaniu działań zmierzających do ograniczenia antybiotykoodporności (m.in. bieżąca weryfikacja receptariusza i racjonalizacja jego stosowania w szpitalach)
- wdrożenie jednolitych standardów oraz metodologii raportowania zakażeń w celu uzyskania pełnego obrazu skali problemu i lepszej kontroli nad zakażeniami szpitalnymi