

graf. Natalia Gościńskiak

Wskazania akredytacji CMJ oraz ISO 9001 nie są najlepszymi narzędziami do walki z zakażeniami szpitalnymi

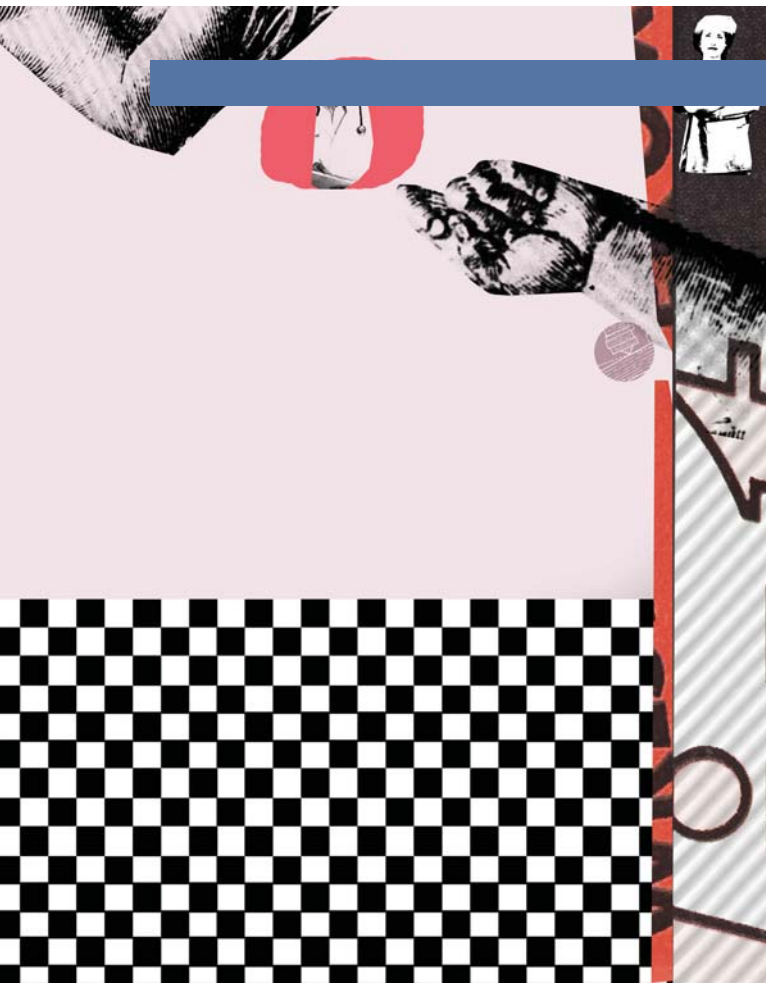
Nieustawowa rzeczywistość

Halina Bogusz

Zaledwie co trzecia placówka lecznictwa zamkniętego czynnie monitoruje zakażenia, a 25 proc. nie robi tego w ogóle. W 30 proc. jednostek nie ma procedur ani rekomendacji do polityki antybiotykowej. W co czwartej brakuje centralnej sterylizatorni. Takie są wyniki badań przeprowadzonych w 2001 r. w Wielkopolsce. Świadczy to o tym, że systemy kontroli zakażeń dopiero powstają.

Jak od tamtego czasu zmieniła się sytuacja, nie wiadomo. Nie prowadzi się podobnych badań – a szkoda. Myślę jednak, że takie dane pozwoliłyby się zorientować w sytuacji lepiej niż tylko za pomocą rejestru zakażeń. Wszystko dlatego, że należy

monitorować strukturę i sam proces, a nie tylko jego wynik. Tymczasem w 2001 r., na ogólnopolskiej konferencji poświęconej zapobieganiu zakażeniom szpitalnym, prof. Jacek Juszczyk powiedział: – *Zobaczycie państwo, że już wkrótce przyjdą do was ludzie*



od jakości i będą z wami rozmawiać na temat zakażeń szpitalnych.

Pytania, pytania, pytania...

Kto zatem dziś rozmawia w Polsce na temat zakażeń szpitalnych i jakie to są rozmowy? Czy tylko specjaliści z zespołów ds. zakażeń, mający poczucie niezrozumienia przez pozostałą część personelu szpitalnego? Czy dyrektorzy szpitali, przygotowując się do starcia w kolejnej sprawie w sądzie? Czy dziennikarze, szukający materiału do napisania kolejnego sensacyjnego artykułu, a mający nikłe pojęcie o meritum sprawy? Co robią ludzie od jakości (projektujący systemy zarządzania jakością i określający ich cele), zabiegający o przyznanie modnego certyfikatu ISO? Czy pamiętają o zakażeniach, będących najistotniejszym wyznacznikiem jakości usług zdrowotnych? O czym mówią prawnicy – czy o procesach sądowych i odszkodowaniach, czy też o zmianie szkodliwych przepisów? Jak wygląda krajobraz kontroli zakażeń szpitalnych A.D. 2007? Jak bardzo zmieniła się sytuacja w ostatnich kilku latach?

Prawo nadal niedoskonałe

Z pewnością można powiedzieć, że kontrola zakażeń jest dziedziną rozwijającą się niezwykle dynamicznie, także w sferze organizacyjnej i legislacyjnej. Przyjęcie ustawy o chorobach zakaźnych było na pewno kamieniem milowym – ustanowiono struktury szpitalne, wprowadzono określone procedury. Zatwierdzony ostatnio przez Radę Ministrów nowy projekt idzie

w niektórych wypadkach jeszcze dalej. Obliguje np. do zapewnienia całodobowej dostępności do badań mikrobiologicznych.

Trzeba jednak mieć świadomość dwóch faktów. Po pierwsze ustawy nie zmieniają rzeczywistości, choć mogą mieć na nią wpływ. Mimo to z obowiązku zatrudnienia pielęgniarek epidemiologicznych wywiązało się zaledwie 20 proc. dyrektorów szpitali (najwyraźniej brakuje świadomości, że zapobieganie zakażeniom szpitalnym się opłaca). Dlatego warto pomyśleć o tym, jak wyegzekwować literę prawa.

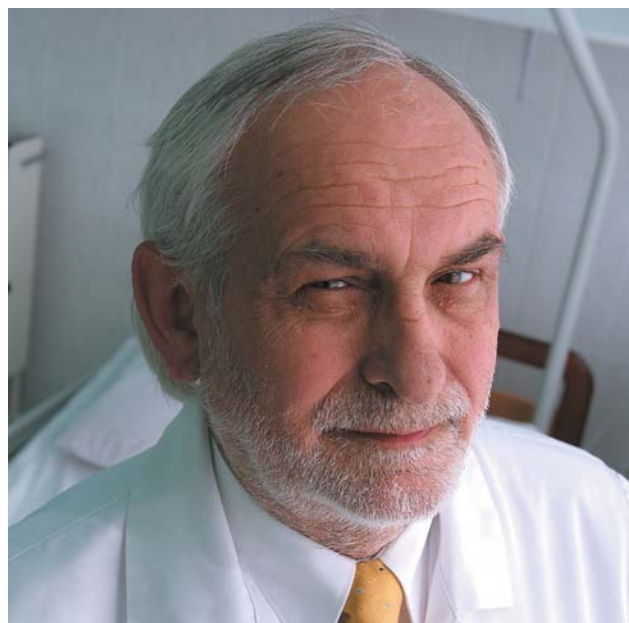


foto: Mariusz Forecki/TAMTAM

„ prof. Jacek Juszczyk:
– Zobaczycie państwo, że już wkrótce przyjdą do was ludzie od jakości i będą z wami rozmawiać na temat zakażeń szpitalnych ”

Po drugie, ustawa o zakażeniach nie jest jedynym aktem prawnym dotyczącym zasad postępowania w wypadku zakażeń szpitalnych. Problemem jest to, że inne zapisy nie ułatwiają życia, a nawet są szkodliwe. Celnym przykładem jest rozporządzenie o warunkach sanitarnych i technicznych, dotyczące wydzielenia jednego pomieszczenia w stacji dializ dla chorych z WZW (niezależnie od typu). Jest to przepis przyczyniający się do zwiększenia liczby zakażeń, ponieważ pacjenci



foto: Fotorepa

„ Z obowiązku zatrudnienia pielęgniarek epidemiologicznych wywiązało się jedynie 20 proc. dyrektorów szpitali. Najwyraźniej brakuje świadomości, że zapobieganie zakażeniom szpitalnym się opłaca ”

z WZW C mają wielką szansę *dokazania się* od przebywających w tym samym pomieszczeniu chorych z WZW B. Innym przepisem, będącym wyrazem niefrasobliwej nadgorliwości, jest konieczność sterylizowania odzieży dla hospitalizowanych dzieci poniżej 3. roku życia. Duży szpital położniczo-ginekologiczny ponosi z tego powodu całkowicie bezzasadne wydatki w wysokości średnio miliona złotych rocznie.

To, że nie ma dobrych zapisów ustawowych, jest tylko jednym z elementów szerszego problemu braku zaleceń. Na przykład w USA *Center for Diseases Control* (Komitet Doradczy ds. Szczepień Ochronnych) wydaje rekomendacje i szczegółowe zalecenia dotyczące procedur zapobiegania zakażeniom. Problemem jest to, że są one tworzone w określony, szczegółowy sposób, zgodny z zasadami medycyny opartej na faktach. Również zalecenia towarzystw naukowych powstają na podstawie rzetelnie udokumentowanych faktów naukowych. Nie da się ich przenieść żywcem na nasze podwórko, a na razie nie dysponujemy własnymi rekomendacjami i zaleceniami. Nie opracowano ponadto trybu ich tworzenia, co powoduje właściwie dowolność postępowania.

Zakażenia szpitalne a jakość

Czy przewidywania prof. Jacka Juszczyka były trafne i specjaliści zajmujący się jakością zaczęli rozmawiać o zakażeniach szpitalnych? Na świecie – zdecydowanie tak. Dlaczego? Bo mówią o jakości w opiece zdrowot-

nej, właściwie jednym tchem wymienia się bezpieczeństwo pacjentów. A zakażenia szpitalne i ich kontrola znajdują się w tej problematyce na jednym z pierwszych miejsc. W narodowych celach dotyczących bezpieczeństwa pacjentów w USA od kilku lat uwzględnia się kontrolę zakażeń szpitalnych. Ponadto utworzone przy WHO Światowe Porozumienie na rzecz Bezpieczeństwa Pacjentów (*World Alliance for Patients Safety*) uznaje ten problem za jeden z priorytetów.

A teraz sprawdźmy, jak to wygląda u nas w dwóch najczęściej stosowanych systemach zewnętrznej oceny jakości: akredytacji CMJ i ISO 9001.

W akredytacji sprawie zakażeń poświęcono odrębny rozdział standardów. Zawarto w nich podstawowe elementy kontroli zakażeń czynne monitorowanie, szkolenia oraz procedury. To dużo, ale czy wystarczy? Na pewno nie, bo ważne są merytoryczne podstawy tworzonych procedur, a także połączenie kontroli zakażeń z gospodarką lekami, zwłaszcza z antybiotykami.

Inaczej jest z normą ISO 9001. Ustanawia ona system zarządzania jakością, ale nie daje żadnych wskazówek co do problemów, jakimi ma się zajmować. W ten sposób zagadnienia jakości (w tym zakażeń) przerzucone zostają na osoby tworzące ów system. Jeśli np. są to niezbyt zorientowani w kwestiach merytorycznych konsultanci – monitoring może być zgodny z normą, ale nieefektywny (swoją drogą, niezwykle cenne byłoby zbadanie systemów zarządzania jakością w ochronie zdrowia w tym aspekcie).

Warto też pamiętać, że jeżeli system kontroli zakażeń ma współgrać z systemem zarządzania jakością, nie powinien się ograniczać do medycznych problemów, związanych z kontrolą zakażeń (dezynfekcja, sterylizacja i procedury postępowania z pacjentem). Budowanie jakości musi się odbywać w systemie, gdzie definiuje się procesy i wzajemne powiązania między nimi.

Naczynia połączone

Kontrola zakażeń jest procesem, który powinien być powiązany z innymi elementami systemu. Takimi, wydawać by się mogło odległymi, jak:

- gospodarka lekiem (chodzi oczywiście o antybiotykoterapię),
- gospodarka odpadami,
- zarządzanie zasobami ludzkimi (to przede wszystkim poświęcone zakażeniom szkolenia, które powinny być permanentne i obejmować cały personel *biały* oraz zawierać element sprawdzania skuteczności; swoją drogą, warto również niekiedy pomyśleć o szkoleniu dyrektorów),
- zakupy wyrobów i usług firm zewnętrznych (w tworzeniu specyfikacji przetargowej zakupów niektórych usług powinni uczestniczyć członkowie zespołów ds. zakażeń),
- utrzymanie czystości (w ostatnich latach *kariere* w polskich szpitalach zrobiły tzw. ochraniacze

na obuwie. Jest to dodatkowy zarobek dla szpitala, który dostaje procent od firmy uzupełniającej pojemnik w ochroniacze i pobierającej opłaty. Tymczasem specjaliści są zgodni, że noszenie ochroniaczy z punktu widzenia bezpieczeństwa epidemiologicznego jest bezsensowne i może być nawet szkodliwe),

- planowanie inwestycji i remontów (zdarza się bowiem, że nowe, piękne oddziały, przychodnie czy bloki operacyjne na etapie projektowania nie są opiniowane przez specjalistów z zespołu. Często generuje to niepotrzebne koszty lub trudne do zaakceptowania sytuacje, kiedy okazuje się, że nie zaprojektowano odpowiednio oddziału, brakuje izolatki, krzyżują się drogi *brudna* i *czysta* itd. Zdarza się, że podczas realizacji projektu rezygnuje się z izolatki na rzecz np. dodatkowej dyżurki lub pracowni diagnostycznej. Co gorsze – znane są wypadki, że w nowo oddanym obiekcie pierwszym wydawanym zarządzeniem jest niestosowanie lamp bakteriobójczych, których zainstalowanie byłoby być może znowu wyrazem *niefrasobliwej nadgorliwości*).

stracji leków. Dość powiedzieć, że zdarza się nam zarejestrować leki we wskazaniach, dla jakich nie są rejestrowane nigdzie indziej na świecie. Jak np. można interpretować fakt zarejestrowania antybiotyku do leczenia praktycznie wszelkich zakażeń – od zapalenia gardła do sepsy? Czyżby wynaleziono *panaceum* na zakażenia? W kraju producenta tego preparatu w ogóle się nie stosuje. Zastanawiając się nad tym problemem, nie sposób nie zauważyć, że istnieje wyraźny konflikt interesów pomiędzy przemysłem farmaceutycznym (antybiotyki drogie to najczęściej te, które nie powinny być lekami pierwszego rzutu) a interesem szpitali. Tymczasem ten interes jest tożsamy z celami Ministerstwa Zdrowia.

Innym wyrazem tego konfliktu jest problem resterylizacji. W Polsce oficjalnie przyjęto jako zasadę punkt widzenia producenta – sprzęt jednorazowy powinien być użyty tylko raz. To proste i oczywiste. Wszyscy wiemy jednak, że praktyka jest inna. Z oszczędności wiele drogich wyrobów medycznych się resterylizuje. Czy to karygodna nieodpowiedzialność?

„ W Polsce zarejestrowano antybiotyki – podobno *panaceum* skuteczne w zapaleniu gardła i sepsie. Paradoks polega na tym, że w kraju producenta tego leku w ogóle się nie stosuje ”

Wiele zespołów szpitalnych zdaje sobie sprawę z koincydencji wymienionych elementów i próbuje na własną rękę dochodzić do wszelkich kwestii związanych z zakażeniami lub mogących mieć na nie wpływ. Warto jednak, by problem ten był zauważony także przez zarządzających, zwłaszcza pełnomocników ds. zarządzania jakością. I tu znowu sugestia związana z systemem szkoleń. Dyrektorze, opracuj plan szkoleń dla twojego pełnomocnika – on powinien wiedzieć o wiele więcej niż to wynika z normy ISO.

Konflikt interesów

Jak wspomniałam, kontrolę zakażeń należy ściśle powiązać z gospodarką lekami, szczególnie zaś z antybiotykoterapią. W Polsce w tej dziedzinie panuje bardzo duża dowolność i nie ma powszechnie uznanych standardów. Niestety, niezbyt liczne próby wprowadzania zaleceń dotyczących stosowania konkretnych antybiotyków w profilaktyce okołoperacyjnej (czy wręcz w terapii zakażeń szpitalnych) lekarze traktowali zwykle z dużą rezerwą, a czasem wręcz wywoływały one ich sprzeciw. Jednocześnie brakuje uznanych zasad tworzenia rekomendacji w tym zakresie. Sytuacji nie poprawia fakt, że w Polsce nie ma reguł dotyczących trybu i podstaw naukowych reje-

Nie sędzę. Uważam, że raczej przykładem niefrasobliwej nadgorliwości są oficjalne stanowiska instytucjonalne. O wiele bogatsi od nas Amerykanie wydają oficjalne zalecenia, co można resterylizować, a czego nie wolno. My tego nie robimy i w efekcie albo marnujemy pieniądze, albo po cichu resterylizujemy wyroby, które tym procesom nie powinny być poddawane. To stwarza kolejne istotne zagrożenie zdrowia pacjentów.

Daleka droga

Przedstawione problemy wskazują, że istnieje potrzeba multidyscyplinarnej dyskusji, opartej na rzetelnej wiedzy. Musimy mieć świadomość, że zakażenia nie są problemem wąskiej grupy specjalistów, ale także zarządzających szpitalami i systemem ochrony zdrowia. Potrzebne są również zmiany w programie studiów medycznych, ponieważ obecnie zakażenia szpitalne są omawiane przez każdego specjalistę osobno. Myślę jednak, że nie można tylko narzekać. W ostatnich latach zrobiono dużo. Nie można tego zaprzepaścić. Należy jednak pójść dalej – identyfikować problemy i odważnie, kompleksowo je rozwiązywać.

Autorka jest lekarzem, pełnomocnikiem ds. zarządzania jakością w Szpitalu Klinicznym Przemienienia Pańskiego UM w Poznaniu