

Niszczą nas zakażenia szpitalne

O wyzwaniach, przed którymi stoją polskie szpitale rozmawiamy z dr. n. med. Aleksandrem Deptułą ze Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 im. dr. Antoniego Jurasza w Bydgoszczy i Katedry i Zakładu Mikrobiologii Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu, koordynatorem badań w Polsce

Od 2012 roku Polska uczestniczy w Europejskim Badaniu Punktowym Występowania Zakażeń Szpitalnych i Stosowania Antybiotyków (EU-PPS HAI&AU – European Point Prevalence Survey of Healthcare Associated Infections and Antimicrobial Use).

MT: Jak Polska wypada na tle Europy pod względem zakażeń szpitalnych?

DR ALEKSANDER DEPTUŁA:

W mojej ocenie najbardziej odbiegamy w zakresie profilaktyki zakażeń. Parametrem, który brano pod uwagę w badaniach, było m.in. zużycie preparatu alkoholowego do higieny rąk. Okazało się, że w Polsce jest ono niewielkie, prawie o połowę niższe w porównaniu ze średnią europejską. Podobnie jest w kwestii odsetka jednoosobowych sal w szpitalach – w naszym kraju jest on bardzo niski. Dla przykładu we Francji jest to prawie 50 proc., a w Polsce zaledwie 10 proc., podczas gdy średnia dla Europy to blisko 36 proc. Niestety, biorąc pod uwagę zmiany, które zachodzą w polskich szpitalach, czyli łączenie oddziałów, tworzenie dodatkowych profilów w oddziałach (np. w chirurgicznych powstają oddziały laryngologiczne, urologiczne), widać raczej tendencję do zagęszczenia łóżek w salach chorych, a nie zapewnienia pacjentom większego

komfortu i intymności, przy jednoczesnym stworzeniu warunków do izolacji. Tymczasem sale jednołóżkowe mają bardzo duże znaczenie w ograniczaniu transmisji zakażeń, bowiem w razie ich wystąpienia umożliwiają izolację pacjenta.

MT: Jak często dochodzi do zakażeń szpitalnych?

A.D.: Szacuje się, że częstość ich występowania wykazana w badaniach metodą czynną, polegającą na aktywnym poszukiwaniu przypadków zakażeń przez wykwalifikowany personel, w ciągłym nadzorze nad zakażeniami, wynosi około 4 proc. Natomiast w badaniach punktowych, które mają charakter przekrojowy i są powtarzane od czasu do czasu, odsetek ten jest z reguły wyższy. Średnia dla Unii Europejskiej nie przekraczała 6 proc., zaś w przypadku Polski to 6,7 proc. Jednak nawet 5 proc. nie jest średnią, którą możemy zaakceptować. W mojej ocenie osoby zajmujące się kontrolą zakażeń nigdy nie będą zadowolone

z odsetka sięgającego choćby 2 proc. Okazuje się bowiem, że np. profilaktyka ukierunkowana na wybrane grupy pacjentów z określonymi czynnikami ryzyka doprowadza do dalszego zmniejszenia częstości występowania zakażeń, a tym samym poprawy bezpieczeństwa pacjenta.

MT: Biorąc pod uwagę niewątpliwe koszty leczenia zakażeń, zysk leży także po stronie szpitala.

A.D.: W Polsce nie ma jeszcze rzetelnych badań pokazujących koszty leczenia zakażeń związanych z opieką zdrowotną, ale pomysły na przeprowadzenie takich wyliczeń już są. Z pewnością nie będzie to zadanie łatwe, ponieważ trzeba odnieść określoną grupę pacjentów, u których wystąpiło zakażenie, do innych chorych z podobnymi schorzeniami, u których do niego nie doszło. Tymczasem koszty wynikające z zakażeń są ogromne. Szacuję, że leczenie szpitalnego zapalenia płuc może kosztować nawet 9 tys. zł na jednego pacjenta. A bywają takie, które kosztują znacznie więcej, nawet ponad 100 tys. zł. Oczywiście są to koszty wynikające tylko z przedłużonej hospitalizacji, zużycia leków i wykonywania badań. Ale do tego doliczyć należy jeszcze te ponoszone przez samego pacjenta

PARAMETREM, KTÓRY BRANO POD UWAGĘ W BADANIACH, BYŁO M.IN. ZUŻYCIENIE PREPARATU ALKOHOLOWEGO DO HIGIENY RĄK. OKAZAŁO SIĘ, ŻE W POLSCE JEST ONO NIEWIELKIE, PRAWIE O POŁOWĘ NIŻSZE W PORÓWNANIU ZE ŚREDNIĄ EUROPEJSKĄ.



foto. Jarosław Prus

i społeczeństwo. Trzeba sobie bowiem jasno powiedzieć, że leczenie zakażeń nie jest refundowane przez NFZ. Pieniądze na ten cel szpital musi więc wyłożyć z własnych wypracowanych zysków, bądź w wielu przypadkach powiększyć stratę.

MT: Jakie są najczęstsze przyczyny zakażeń związanych z opieką zdrowotną?

A.D.: Jeśli chodzi o czynniki etiologiczne, niestety bardzo często są to drobnoustroje wielolekooporne. Dlatego w momencie rozpoznania zakażenia i izolacji drobnoustroju czasami jesteśmy od razu na przegranej pozycji. Fakt, że izolujemy w Polsce drobnoustroje odporne na wszystkie znane antybiotyki, przestaje dziwić. Odsetki szczepów lekoopornych w Polsce, w porównaniu ze średnią europejską, nie były wysokie. Jednak okazało się, że jeśli chodzi o częstość izolacji

pałeczek Gram-ujemnych z rodziny *Enterobacteriaceae* opornych na karbapenemy (które nadal są lekami ostatniej szansy w wielu zakażeniach) z przypadków zakażeń związanych z opieką zdrowotną, jesteśmy na piątym miejscu w Europie spośród 30 krajów, które brały udział w badaniu. Wniosek? Sytuacja jest dramatyczna i trzeba bić na alarm. Jediną bronią jest tak naprawdę skuteczna kontrola zakażeń, podnoszenie świadomości i nieustanne edukowanie lekarzy oraz społeczeństwa na temat antybiotyków, ponieważ bywa, że nie jesteśmy w stanie nic zrobić w przypadku pacjenta, u którego dojdzie do zakażenia takim drobnoustrojem.

MT: Z czego wynika lekooporność?

A.D.: Sytuacja jest złożona, ponieważ w ciągu kilkunastu lat bardzo zmieniła się populacja pacjentów w Polsce. Obecnie mamy coraz więcej

czynników ryzyka występowania zakażeń szpitalnych. Społeczeństwo starsze się, ale dzięki postępowi w medycynie jesteśmy w stanie ratować pacjentów, którym wcześniej nie mogliśmy pomóc. Jednak siłą rzeczy, są to chorzy bardziej obciążeni ryzykiem zakażeń. Po drugie, nierozsądnie stosujemy antybiotyki. Kilka lat temu powstał Narodowy Program Ochrony Antybiotyków, kierowany przez prof. Walerię Hryniewicz, w ramach którego wydawane są rekomendacje, prowadzone warsztaty oraz podejmowane są akcje uświadamiające wagę problemu antybiotykooporności i zasady racjonalnej polityki antybiotykowej. Ale staż z mikrobiologii lekarskiej w Polsce mają tylko specjaliści chorób zakaźnych oraz okuliści. W przypadku lekarzy innych specjalności kształcenie z mikrobiologii kończy się na poziomie trzeciego, a obecnie drugiego roku studiów. Niestety, nie ma obowiązkowych kursów z antybiotykoterapii, więc bardzo

trudno przekazać tę wiedzę lekarzom. Z drugiej strony specjalistów mikrobiologii lekarskiej jest w naszym kraju może 40, maksymalnie 50. I wszystko wskazuje na to, że w najbliższym czasie liczba ta nie wzrośnie, ponieważ nie ma chętnych na rezydentury. Powiedziałbym, że jesteśmy w potrzasku. Pamiętać należy, że receptę na antybiotyki wystawić może lekarz każdej specjalności, a sytuacja staje się coraz bardziej skomplikowana z powodu lekooporności. Poza tym w szpitalu, zwłaszcza o wyższym stopniu referencyjności, prawdopodobieństwo, że chory był leczony antybiotykami, jest bardzo wysokie. Tymczasem zarówno ja, jak i moi koledzy z innych ośrodków klinicznych, widzimy, że błędy w antybiotykoterapii są częste. Zdarza się, że fakt ten uniemożliwia nam ratowanie życia.

MT: Jest to szczególnie niebezpieczne na oddziałach intensywnej terapii.

A.D.: Niestety, bardzo często zdarza się, że podawane są tam antybiotyki albo o zbyt szerokim spektrum działania, albo poza wskazaniami. Tymczasem można oszczędzać te antybiotyki, aby mieć czym leczyć pacjentów w przyszłości. Bowiemy w sprawie lekooporności musimy myśleć z dużym wyprzedzeniem. Oddziały intensywnej terapii są soczewką skupiającą problemy całego szpitala. Trafiają tam pacjenci w najcięższym stanie klinicznym i z największą liczbą czynników ryzyka, dlatego profilaktyka i racjonalna polityka antybiotykowa jest tam szczególnie ważna. Wyjaśnię od razu, że antybiotykoterapia na oddziałach intensywnej terapii powinna bazować na rekomendacjach powstających na podstawie wiarygodnych badań. Powinna być też prowadzona zgodnie z zasadami EBM. Trzeba pamiętać, aby stosować leki we wskazaniach klinicznych, w których zostały

zarejestrowane. Jeśli zaś idzie o profilaktykę w OIT, przede wszystkim należy eliminować czynniki ryzyka, w miarę możliwości jak najszybciej rezygnować ze stosowania inwazyjnych procedur medycznych, takich jak cewnikowanie dużych naczyń, pęcherza moczowego czy intubacja. Należy również prowadzić stały nadzór nad zakażeniami i szkolenie z zasad higieny rąk oraz stosowania rękawic ochronnych, ponieważ jest to najczęstsza droga transmisji zakażeń związanych z opieką zdrowotną. Niestety, zarówno higiena rąk, jak i właściwe używanie rękawic nie są jeszcze nawykami wśród personelu szpitalnego. Ciągłe obserwujemy błędy w tym zakresie. Przy okazji warto wspomnieć o kolejnej sprawie dotyczącej personelu kontroli zakażeń – otóż część szpitali nie ma przewodniczącego Zespołu Kontroli Zakażeń, któremu wypłacałoby się wynagrodzenie. Nierzadko są to osoby pełniące tę funkcję jako zadanie dodatkowe, tak więc nie mogą zaangażować się należycie.

MT: Świadomość w zakresie zakażeń szpitalnych jest w Polsce niewielka.

A.D.: Nie doceniamy wagi problemu, ale nie można uogólniać, ponieważ byłoby to krzywdzące dla szpitali, które aktywnie angażują się w różnego rodzaju programy profilaktyczne i w Narodowy Program Ochrony Antybiotyków. Jednak wielokrotnie spotykam się z poglądem, że nie należy mówić o zakażeniach związanych z opieką zdrowotną, nie należy ich rejestrować czy też ujawniać, bo sprowadzi to na szpital problemy. Ale z drugiej strony, jako biegły, muszę powiedzieć, że w sytuacji roszczenia w sprawie zakażeń szpitalnych, na podstawie dokumentacji można szybko dowiedzieć, czy szpital monitoruje zakażenia, czy wprowadza działania korygujące w przypadku stwierdzenia błędów. Jeżeli szpital

pokazuje w dokumentacji i w swoim podejściu do problemu, że jest świadomy, stara się naprawiać błędy lub po prostu wprowadza działania profilaktyczne, zawsze będzie to działało na korzyść placówki.

MT: Być może uda się w przyszłości udoskonalić badania mikrobiologiczne.

A.D.: Niestety, diagnostyka mikrobiologiczna, mimo wprowadzenia metod mniej lub bardziej zbliżonych do poziomu światowego, jest wciąż bardzo czasochłonna. Badanie mikrobiologiczne trwa od 24 do 48 godzin i zdarza się, że jest to czas, którego brakuje nam do podania skutecznego antybiotyku. Obserwujemy również niebezpieczną tendencję do outsourcingu, gdy laboratorium mikrobiologiczne nie znajduje się na terenie szpitala. Nie twierdzą, że każdy szpital powinien mieć laboratorium mikrobiologiczne. W kraju działają bowiem lecznice, które mają 70 łóżek i w tej sytuacji mógłby być problem z zapewnieniem w nich odpowiedniej jakości badań mikrobiologicznych. Ale zdarzają się również szpitale duże, wieloprofilowe, skąd próbka materiału transportowana jest przez kilka



fot. Contrastwerkstatt/Fotolia.com

Dzisiaj mówimy o higienie rąk, ale jeżeli za pięć lat mielibyśmy powtórzyć tę rozmowę, myślę, że ponownie wrócimy do tego tematu, bo okaże się, że coś można poprawić w metodzie szkolenia, w dostępności środków, jakości preparatów. Z kolei niewykluczone, że w ciągu kilku lat poziom higieny rąk zostanie opanowany do tego stopnia, że będziemy mogli skupić się na innych działaniach profilaktycznych, np. na zapobieganiu zakażeniom związanym z dostępem naczyniowym czy z zapaleniem płuc, które są najczęstsze. Pracy w tym zakresie będzie niewątpliwie dużo.

godzin do innego ośrodka. To oczywiście opóźnia uzyskanie wyniku i wpływa negatywnie na jakość badania. Trzeba również rozwijać diagnostykę opartą na metodach biologii molekularnej, ponieważ wówczas uzyskamy odpowiedzi na dręczące nas pytania w ciągu kilku, kilkunastu godzin. Są w Polsce prywatne centra diagnostyczne, które wykonują już taką diagnostykę, ale przyznaję, że mam poważne obawy dotyczące wiarygodności i jakości tych badań, zwłaszcza jeśli patrzę na wielką liczbę badań znajdujących się w ofercie. Oczywiście, funkcjonują również ośrodki referencyjne, w których wykonuje się np. diagnostykę molekularną gruźlicy na bardzo wysokim poziomie. W województwie kujawsko-pomorskim szpitalem takim jest na przykład Kujawsko-Pomorskie Centrum Pulmonologii. Ale na swoją kolej czeka jeszcze wiele badań opartych na metodach biologii molekularnej, które nie zostały wprowadzone do rutynowej diagnostyki, ponieważ są bardzo kosztowne. Koszty te mogą być niższe, gdy zapewni się odpowiednio dużą liczbę próbek w danym ośrodku. Niestety, nie zaobserwowałem, by choć jedno laboratorium w dużym szpitalu lub przy uniwersytecie medycznym zakupiło aparat

i wprowadziło nowe metody badawcze, z których mogliby skorzystać wszyscy. Nie bardzo widzę chęć do takiej centralizacji, mimo że istnieją techniczne możliwości przesłania próbki na badania molekularne i uzyskania wyniku w ciągu kilku-kilkunastu godzin. Bardzo dobrze działa diagnostyka molekularna zakażeń ośrodkowego układu nerwowego. W Polsce funkcjonuje Krajowy Ośrodek Referencyjny ds. Diagnostyki Bakteryjnych Zakażeń Ośrodkowego Układu Nerwowego w Warszawie (KOROUN), dokąd można wysłać próbki na badania metodą biologii molekularnej (www.koroun.edu.pl). Badania są ciągle wykonywane, mimo że ośrodek boryka się z problemami finansowymi. Ale wiedza wśród lekarzy na temat tego, gdzie wysłać próbki, czego w nich szukać, kogo poprosić o pomoc, jest wciąż niewielka.

KOSZTY WYNIKAJĄCE Z ZAKAŻEŃ SĄ OGIEMNE. SZACUJĘ, ŻE LECZENIE SZPITALNEGO ZAPALENIA PŁUC MOŻE KOSZTOWAĆ NAWET 9 TYS. ZŁ. NA JEDNEGO PACJENTA. A BYWAJĄ TAKIE, KTÓRE KOSZTUJĄ ZNACZNIE WIĘCEJ, NAWET PONAD 100 TYS. ZŁ.

MT: Od czego należy więc zacząć, aby poprawić sytuację zakażeń szpitalnych w Polsce?

A.D.: Myślę, że jednak od higieny rąk. Nie ma ogólnopolskiego programu, który umożliwiłby wprowadzenie kampanii edukacyjnej dostępnej dla wszystkich zainteresowanych. W mojej ocenie kampania taka powinna być zorganizowana przez Ministerstwo Zdrowia lub Główną Inspekcję Sanitarną. Powtarzam – ważne, aby udział w niej mogły wziąć wszystkie chętne placówki, które zobowiązują się do pokrycia kosztów zakupu dodatkowych dozowników i preparatów do higieny rąk. Zaznaczę, że w porównaniu ze środkami, które uda się

zaoszczędzić na obniżeniu częstości zakażeń, są one niewielkie.

MT: A co z kontrolą zakażeń?

A.D.: W każdym szpitalu musi funkcjonować Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych, w skład którego wchodzi pielęgniarki epidemiologiczne i lekarz, przewodniczący zespołu oraz specjalista mikrobiolog. Istnieje ustawowy wymóg odnoszący się do przygotowania zawodowego tych osób. I niestety – jesteśmy krajem pozbawionym specjalizacji dedykowanej nadzorowi nad zakażeniami, w odróżnieniu choćby od Niemiec. W Polsce może to być lekarz chorób zakaźnych, specjalista mikrobiologii lekarskiej, lekarz ze specjalizacją z epidemiologii czy higieny i epidemiologii. Ale, co zaskakujące, ustawodawca dopuścił również lekarzy ze specjalizacją ze zdrowia publicznego i z zarządzania w ochronie zdrowia, którzy tak naprawdę w programie szkolenia specjalizacyjnego nie mają rozbudowanego modułu z chorób zakaźnych czy epidemiologii. Myślę, że może to przeszkadzać w prawidłowym konsultowaniu pacjentów z zakażeniami lub w odpowiedniej reakcji na pojawienie się ogniska epidemicznego w szpitalu. Podobne obawy mam w przypadku lekarza dowolnej specjalizacji, który również może przewodniczyć zespołowi kontroli zakażeń szpitalnych, pod warunkiem że ukończy tygodniowy lub dwutygodniowy kurs. Ufam, że jest to rozwiązanie tymczasowe, dopóki nie uzupełnimy wykwalifikowanej kadry. Natomiast pielęgniarki i położne epidemiologiczne (specjaliści ds. higieny i epidemiologii) mają ujednolicony system kształcenia, jednak zdarza się, że ich wiedza profesjonalna i kwalifikacje nie są w szpitalach należycie wykorzystywane. ■

Rozmawiała Marta Pieszczyńska