



Dezynfekcja w szpitalu

Anna Ziółko

Zakażenia szpitalne, nierozzerwalnie związane ze współczesną medycyną, stanowią obecnie jeden z najpoważniejszych problemów zakładów opieki zdrowotnej. Szerzące się w środowisku szpitalnym zakażenia stanowią nie tylko zagrożenie dla zdrowia i życia pacjentów (w sposób wymierny decydując o powodzeniu procesu leczenia), ale także (o czym nie wolno zapominać) generują wzrost kosztów związanych z hospitalizacją, oraz realne ryzyko roszczeń odszkodowawczych i odpowiedzialności cywilnej, a nawet karnej.

Na rozprzestrzenianie zakażeń w środowisku szpitalnym wpływa wiele różnorodnych czynników. Inwazyjne procedury diagnostyczne, lecznicze i pielęgnacyjne zwiększają ryzyko kontaktu z materiałem zakaźnym. Pogarszające się warunki finansowe szpitali ograniczają środki przeznaczane na wdrażanie efektywnych (kosztownych) procedur higienicznych. Nie bez wpływu pozostaje także system i organizacja pracy (niedobór kadry medycznej, koncentracja większości procedur w ciągu 6 godz. pracy (8⁰⁰–14⁰⁰), a także źle pojęta oszczędność, która w efekcie powoduje tylko niekontrolowany wzrost wydatków na leczenie powikłań. Koszty antybiotykoterapii empirycznej (nieadekwatne do oszczędności w diagnostyce mikrobiologicznej), wydłużenie czasu hospitalizacji, odszkodowania wypłacane pacjentom, wzrost składek ubezpieczeniowych (szpital, personel) – to tylko niektóre problemy, z jakimi może spotykać się menedżer w opiece zdrowotnej zle zarządanego zakładu opieki zdrowotnej.

Personel szpitala nie ma bezpośredniego wpływu na wiele czynników, warunkujących rozwój i szerzenie się zakażeń w środowisku oddziału i szpitala (struktura, stan pacjenta, inwazyjność procedur medycznych, przepelnienie). Można natomiast podjąć działania zmierzające do przerwania dróg przenoszenia czynników etiologicznych odpowiedzialnych za zakażenia. Jedną z najskuteczniejszych metod zapobiegania zakażeniom szpitalnym wydaje się być obecnie właściwe zastosowanie szeroko pojętych procedur higienicznych, obejmujących podstawowe procesy związane z dekontaminacją bezpośredniego otoczenia pacjenta (mycie, dezynfekcja, sterylizacja).

Niestety, to co teoretycznie jest proste, w praktyce jest bardzo trudne. Przed menedżerem szpitala stoją trudne pytania. W jaki sposób pogodzić efektywny (zabezpieczający pacjenta przed zakażeniem, a szpital przed roszczeniami) system dezynfekcji z trudną sytuacją finansową szpitala? Jak uniknąć pozornych oszczędności związanych ze stosowaniem tanich, lecz niewłaściwych preparatów dezynfekcyjnych (niepełne spektrum, reakcje niepożądane)? Co zrobić, aby ograniczyć nieuzasadnione zawyżanie kosztów dezynfekcji, wynikające ze złej organizacji systemu (nieodpowiedni do rodzaju strefy wybór procedury mycie – dezynfekcja), niewłaściwy dobór ilości i rodzaju preparatów dezynfekcyjnych?

Co więcej, wytyczne i podstawy prawne, które powinny ten problem rozwiązywać, nadal wprowadzają wiele niejasności.

Procedury higieniczne – wytyczne i zalecenia

Brakuje niezależnych, zarówno ogólnokrajowych, jak i regionalnych wytycznych, w sposób szczegółowy definiujących kryteria poprawności i efektywności procesów dezynfekcji. Z kolei wytyczne, istniejące na poziomie lokalnym (zoz), charakteryzuje nieznaną poziom jakości. Tworzone na tym poziomie procedury dezynfekcyjne są często niepełne, oparte na nieaktualnych informacjach (np. dane PZH, nie aktualizowane od 2001 roku). Prowadzi to w efekcie nie tylko do błędnej identyfikacji poziomu zagrożenia, oraz nieprawidłowości w wyborze, przygotowaniu i zastosowaniu preparatów dezynfekcyjnych, ale także w sposób często nieuzasadniony zawyża koszty dezynfekcji.

Procedury higieniczne – podstawy prawne

Akty prawne w żadnym kraju nie definiują procedur dezynfekcji w sposób jednoznaczny. Ostatnie zmiany w sposobie dopuszczania do obrotu preparatów dezynfekcyjnych w Polsce, oraz zła kondycja finansowa służby zdrowia rodzą uzasadnioną obawę, że obecnie głównym kryterium zastosowania dezynfektantów stanie się ich cena, a nie jakość. W Polsce podstawy prawne, dotyczące opracowania i wdrażania procedur higienicznych, oraz bezpiecznego stosowania chemicznych preparatów dezynfekcyjnych regulują przepisy, zawarte w obwieszczeniu ministra pracy i polityki socjalnej, ustawach i rozporządzeniach ministra zdrowia oraz publikacjach i opiniach wydawanych przez Państwowy Zakład Higieny i Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych. Definiują one poziom odpowiedzialności kierownika zakładu opieki zdrowotnej, określają podstawy prawne do tworzenia i wdrażania procedur higienicznych, prawidłowego oraz bezpiecznego stosowania i oznakowania chemicznych preparatów dezynfekcyjnych, a także postępowania ze środkami ochrony indywidualnej. Określają także obowiązki i prawa, zarówno pracownika, jak i pracodawcy w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy.

- *Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej z 30.08.1991 r. (DzU Nr 91 poz. 408)* w rozdz. 3 art. 44 określa, że odpowiedzialność za zarządzanie publicznym zakładem opieki zdrowotnej ponosi kierownik zakładu.
- *Ustawa o chorobach zakaźnych i zakażeniach z 6.09.2001 r. (DzU Nr 126 poz. 1384)* – zobowiązuje kierowników zakładów opieki zdrowotnej do opracowania i wdrażania procedur zapobiegających rozprzestrzenianiu się zakażeń zakładowych, zgodnych z obowiązującymi standardami i wiedzą medyczną. Nakłada na nich obowiązek zapewnienia warunków niezbędnych do prawidłowej dezynfekcji i sterylizacji narzędzi, materiałów i sprzętu medycznego, oraz prowadzenia skutecznego nadzoru bieżącego w zakresie szeroko pojętej higieny szpitalnej.
- *Komunikat Głównego Inspektora Sanitarnego z 27.09.1996 r. (DzUz Nr 11 poz. 32)* lub opublikowana w 1996 r. przez Państwowy Zakład Higieny Informacja VII (wraz z jej Uzupelnieniem z 2001 r.) – zawierają wykaz preparatów dezynfekcyjnych, przeznaczonych do stosowania w zakładach opieki zdrowotnej oraz podają podstawowe zasady związane z ich prawidłowym doborem i zastosowaniem w praktyce.
- Z uwagi na brak aktualizacji tych danych (*Uzupelnienie do Informacji VII* obejmuje okres pomiędzy 1.07.1996–14.03.2001) użytkownik pozbawiony jest informacji o właściwościach i zasadach prawidłowego zastosowania preparatów opiniowanych po tym okresie.
- *Opinia Państwowego Zakładu Higieny* wydawana dla preparatów przeznaczonych do stosowania podczas dezynfekcji narzędzi chirurgicznych, sprzętu i aparatury medycznej oraz powierzchni w zakładach opieki zdrowotnej do grudnia 2002 r. była niezbędnym warunkiem wprowadzenia preparatu biobójczego do obrotu. Obecnie ustawa o produktach biobójczych dopuszcza możliwość

rejestracji preparatu na podstawie dostarczonej dokumentacji (bez obowiązku wykonywania badań).

- *Ustawa o produktach biobójczych z 13.09.2002 r. (DzU Nr 175 poz. 1433)* – określająca warunki wprowadzania do obrotu i stosowania produktów biobójczych. Wpis do rejestru dokonywany jest na podstawie dostarczonej dokumentacji. W przypadku produktu biobójczego, który został dopuszczony do obrotu w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej, minister obowiązany jest do wydania pozwolenia na podstawie właściwości substancji czynnej. A ponieważ nie ma jednolitych norm europejskich, regulujących problem związany z metodyką badań określających skuteczność produktu (spektrum, czas, stężenia) istnieje obawa, czy dopuszczone do użycia preparaty biobójcze będą w pełni efektywne w działaniu.
- *Rozporządzenie ministra zdrowia z 17.01.2003 r. w sprawie kategorii i grup produktów biobójczych wg ich przeznaczenia (DzU Nr 16 poz. 150)* – definiujące przynależność produktów biobójczych do 4 kategorii podstawowych oraz 23 grup szczegółowych.
- *Karta charakterystyki substancji chemicznej*, informująca o fizykochemicznych właściwościach preparatu, sposobach bezpiecznego przechowywania i stosowania oraz zasadach udzielania pierwszej pomocy.
- *Obwieszczenie ministra pracy i polityki socjalnej z 23.12.1997 r. (DzU Nr 25 poz. 94)* – określa m.in. zasady dotyczące bezpiecznego postępowania z substancjami chemicznymi oraz stosowania środków ochrony indywidualnej. Zobowiązuje pracodawcę nie tylko do nieodpłatnego wyposażenia pracownika w środki ochrony indywidualnej, zapewnienia ich konserwacji i czyszczenia, ale także do prowadzenia systematycznych szkoleń w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy. Na pracownika nakłada obowiązek przestrzegania przepisów dotyczących bezpieczeństwa pracy, udziału w szkoleniach i sprawdzianach.

Procedury higieniczne – założenia programowe wg Krajowej Grupy Roboczej ds. Zakażeń Szpitalnych

Uwzględniając aktualną sytuację prawną, powraca pytanie: co zrobić, aby wdrożony w szpitalu system dezynfekcji był efektywny, bezpieczny dla pacjenta, personelu i środowiska, ale akceptowalny ze względu na trudną sytuację finansową szpitala?

Analizując sytuację polskich szpitali współpracujących w ramach programu OPTY (Ogólnopolska Sieć Monitorowania Lkooporności i Konsumpcji Antybiotyków) z Krajową Grupą Roboczą ds. Zakażeń Szpitalnych, proponujemy wdrożenie programu racjonalnego i kompleksowego nadzoru nad systemem dezynfekcji.

Prawidłowość programu gwarantuje opracowanie 10 kroków, uwzględniających następujące elementy:

- zespół merytoryczny – członkowie: zespół ds. zakażeń szpitalnych, sterylizacja, zespół ds. jakości, administracja,
- audyt wstępny – uwzględniający wszystkie jednostki organizacyjne,
- dezynfektariusz szpitalny – uwzględniający poziom zagrożenia,

- przetarg – z naciskiem na jakość (nie cenę) produktu lub usługi,
- procedury – szczegółowe, dostosowane do potrzeb i możliwości użytkownika,
- szkolenia – systematyczne, kierowane do wszystkich grup zawodowych,
- system nadzoru – zewnętrzny i wewnętrzny; na poziomie lokalnym i centralnym,
- system raportowania – wg kryterium czasu, jednostki, procedury, preparatu,
- analiza efektywności – wg poziomu wykonania i kosztów,
- aktualizacja procedury – zmiana lub ponowne zatwierdzenie,

Zespół merytoryczny

Jest on gwarancją poprawności opracowanego systemu dezynfekcji. Jeśli program higieny szpitalnej tworzony będzie przez osoby o niewystarczających kompetencjach, trudno spodziewać się, aby w praktyce funkcjonował on prawidłowo. Podstawę zespołu stanowią przedstawiciele zespołu ds. zakażeń szpitalnych (głównie pielęgniarki epidemiologiczne), dysponujący wiarygodnymi, aktualnymi i zgodnymi z obowiązującymi normami prawnymi informacjami na temat procesu oraz znajomością dostępnych na rynku preparatów dezynfekcyjnych. Prawidłowość dezynfekcji wynika również ze znajomości specyfiki jednostki, w której zostanie ona wdrożona w praktyce. Dlatego konieczne jest, aby w jej tworzeniu uczestniczyli także kierownicy lub przedstawiciele jednostek, którzy powinni dostarczać szczegółowych i rzetelnych informacji na temat specyfiki i organizacji pracy, decydujących o powodzeniu procesu. Istotnym warunkiem wdrożenia procesu jest znajomość realnych możliwości finansowych zakładu, dlatego wskazane jest, aby w zespole pracowali także przedstawiciele administracji.

Audyt wstępny

Umożliwia poznanie specyfiki danej jednostki – topografii przestrzennej (liczba, rodzaj i powierzchnia poszczególnych pomieszczeń), infrastruktury (podział na strefy, liczbę, rodzaj i poziom wykorzystania łóżek), organizacji pracy (liczba, rodzaj i kumulacja zarówno czasowa, jak i przestrzenna) wykonywanych procedur; rotacja personelu pomiędzy poszczególnymi odcinkami i oddziałami, realnie pracująca liczba personelu (ze szczególnym uwzględnieniem dyżurów świątecznych, nocnych, okresu urlopowego lub wzmoczonej absencji chorobowej). Definiuje ryzyko wystąpienia zakażenia ze względu na rodzaj i częstotliwość wykonywanych procedur oraz przynależność pacjentów do grup ryzyka (wiek, ogólny stan zdrowia, schorzenia dodatkowe). Pozwala na określenie ryzyka zakażenia wynikającego z rodzaju zastosowanej procedury i bezpośredniego kontaktu z materiałem zakaźnym. Audyt musi być połączony z wizytą w poszczególnych oddziałach i określeniem precyzyjnej mapy zagrożeń, wynikających ze stosowanych

procedur, praktyk codziennych oraz uwarunkowań socjologicznych.

Dezynfektariusz szpitalny

Jest to lista preparatów dezynfekcyjnych, dopuszczonych do zastosowania w ściśle zdefiniowanych przypadkach (procedura, poziom zagrożenia, jednostka organizacyjna). Zawiera wybór preparatów dezynfekcyjnych, precyzyjnie dostosowany do poziomu zagrożenia mikrobiologicznego, rodzaju stosowanych procedur diagnostycznych, leczniczych i pielęgnacyjnych oraz możliwości finansowych zakładu. Powinien być tworzony z uwzględnieniem potrzeb i możliwości poszczególnych jednostek organizacyjnych. Definiuje preparat dezynfekcyjny (uwzględniając rodzaj substancji aktywnej), określa sposób jego zastosowania w praktyce (stężenie, zakres i czas działania). Zastosowanie preparatów nieuwzględnionych w dezynfektariuszu jest zabronione, co eliminuje niekontrolowane używanie preparatów biobójczych, dostarczanych bezpośrednio przez firmy.

Specyfikacja przetargowa

Musi być ustalana w wyniku wcześniejszego rozpoznania sytuacji, gdy znane są potrzeby jednostki wynikające z poziomu zagrożenia mikrobiologicznego oraz właściwości produktu (ze szczególnym uwzględnieniem niepożądanych reakcji ubocznych). Pierwszym warunkiem umożliwiającym opracowanie prawidłowych założeń specyfikacji przetargowej, jest pełne rozpoznanie sytuacji wyjściowej definiujące **co** (powierzchnia, narzędzia, sprzęt medyczny), **czym** (rodzaj preparatu) i **w jaki sposób** (spektrum, czas, stężenie) należy dezynfekować.

Drugim, niezwykle istotnym elementem przetargu jest testowanie dostępnych na rynku produktów, umożliwiających poznanie ich właściwości fizykochemicznych. Ograniczenie testowania produktu wyłącznie do dotychczasowych w przetargu próbek jest niewystarczające z dwóch powodów – zbyt krótki czas (większość reakcji niepożądanych pojawia się po dłuższym i systematycznym stosowaniu produktu) i zbyt mała ilość (uniemożliwia wielokrotne przeprowadzenie testu przez różne osoby na różnych odcinkach pracy). Jakość specyfikacji przetargowej ostatecznie warunkuje właściwe zdefiniowanie punktów przetargowych, co nie jest aktualnie możliwe ze względu na obowiązujące przepisy o postępowaniu przetargowym. Należy za wszelką cenę dążyć do uwzględnienia jakości preparatu lub usługi, a nie wyłącznie ceny i terminu dostawy. Przy najlepiej opisanym produkcie, gdy jedyne kryterium stanowi cena, nie można uniknąć sytuacji, kiedy przetarg wygra produkt tani, lecz nie zawsze bezpieczny i efektywny. Szczególnie obecnie, gdy w myśl *Ustawy o produktach biobójczych*, produkt w Polsce może być dopuszczony do obrotu tylko na podstawie dostarczonej dokumentacji z kraju producenta.

Procedura dezynfekcyjna

Podstawą wszystkich działań związanych z higieną szpitalną są procedury higieniczne, tworzone przez zespół ds. kontroli zakażeń szpitalnych, kierowników jed-

nostek organizacyjnych (ordynatorzy i pielęgniarki oddziałowe, kierownicy obiektów) oraz pracowników wybranych jednostek.

Procedura dezynfekcyjna nie powinna ograniczać się tylko do powielania informacji zawartych w dezynfektariuszu szpitalnym – rodzaj substancji aktywnej, stężenie, spektrum i czas działania. Prawidłowo opracowana procedura powinna także dostarczać informacji na temat sposobów prawidłowego definiowania poziomu zagrożenia, doboru preparatów dezynfekcyjnych, zasad poprawnego przygotowania i zastosowania w praktyce ich roztworów roboczych. W sposób precyzyjny, czytelny i jednoznaczny powinna definiować **co** (czynność, przedmiot, powierzchnia), **czym** (rodzaj preparatu, jego stężenie, czas i spektrum działania), **kto** (salowa, pracownik ekipy sprzątającej, pielęgniarka, położna) i **jak** – ma wykonać. Powinna być opracowana na podstawie wiarygodnych, zgodnych z obowiązującymi normami informacji i opinii, dostarczanych z poziomu producenta, instytucji powołanych do kontroli i nadzoru lub innych użytkowników. Nowoczesna procedura uwzględnia także informacje zawarte w wiarygodnych i aktualnych publikacjach opartych na zasadach EBM (*evidence based medicine*). Prawidłowa procedura precyzyjnie i jednoznacznie definiuje proces – nie zawiera pytań otwartych, dopuszczających dowolność wykonania. Charakteryzuje się czytelnością i zwięzłą formą. Zawiera rysunki, schematy, oraz słowniki definiujące podstawowe założenia procesu.

Szkolenia

W sposób bezpośredni warunkują skuteczność praktycznego wykonania procedury. Najwięcej problemów związanych z brakiem efektywności stosowanych w praktyce szpitalnej procedur wynika nie tyle z błędnych założeń samego procesu, ile z błędów popełnianych na poziomie wykonania. A ponieważ wiadomo, że procedurę wykona prawidłowo personel nie tylko przeszkolony, ale przede wszystkim przekonany o słuszności postępowania, należy go do takiego działania zmotywować. Szkolenia nie mogą być ograniczone do jednorazowych akcji organizowanych dla wszystkich pracowników wyłącznie w chwili wprowadzania procedur w życie. Warunkiem powodzenia jest systematyczne, ciągłe organizowanie szkoleń, w małych grupach uczestników (ok. 20 osób), na zasadzie zajęć warsztatowych. Uczestnik szkolenia nie ogranicza się tylko do potwierdzenia swojej obecności na liście lub odpowiedzi na pytania kontrolne, ponieważ o powodzeniu szkolenia decyduje aktywne uczestnictwo.

System nadzoru

○ efektywności procedury decyduje prawidłowy, systematyczny i dwupoziomowy organ kontroli zewnętrznej czyli, np. audytor lub przygotowany inspektor stacji sanitarno-epidemiologicznej. ○ prawidłowości i efektywności nadzoru (zarówno zewnętrznego, jak i wewnętrznego) decyduje system zbierania danych, wykonywany z dwóch poziomów – lokalnego (oddział) i centralnego (admini-

stracja i apteka szpitalna). Kontrola lokalna przeprowadzana jest w oparciu o informacje dostarczane bezpośrednio z poziomu użytkownika (pielęgniarka oddziałowa, odcinkowa, salowa, pracownik firmy sprzątającej) oraz na podstawie własnych obserwacji. Dotyczy przede wszystkim sposobu wykonania procedury bezpośrednio w miejscu jest stosowania. Ponieważ jednak jest ona w ogół obciążona wysokim poziomem błędów (niechętnie przyznajemy się do odstępstw od ogólnie przyjętych zasad), należy ją bezwzględnie uzupełnić o dane dostarczane przez administrację i aptekę szpitalną (koszty, zużycie). Skuteczna, rzetelna i efektywna analiza prowadzona jest w oparciu o obiektywne denominatory (przeliczniki) służące do przeliczeń ilości wykorzystanych preparatów na pacjentodzień, procedurę, liczbę personelu czy liczbę realnie wykorzystanych łóżek.

System raportowania

Kontrola, przeprowadzana wyłącznie na potrzeby kontrolującego, w sytuacji, gdy dane i wnioski nie zostaną przekazane wszystkim osobom zainteresowanym (dyrektor szpitala, zespół i komitet ds. zakażeń szpitalnych, zespół ds. jakości, kierownicy jednostek organizacyjnych) nie przyniesie pożądanych korzyści. Formę i zakres przekazywanych danych definiuje bezpośredni odbiorca. Dyrektor, zespół i komitet ds. zakażeń szpitalnych, zespół ds. jakości – otrzymują pełne raporty, dotyczące wszystkich kontrolowanych jednostek. Kierownicy jednostek otrzymują pełny raport tylko w odniesieniu do swoich własnych danych, oraz analizę uwzględniającą ich sytuację w odniesieniu do danych globalnych (cały szpital). Istotnym elementem gwarantującym skuteczność systemu nadzoru jest także czas. Raporty nie powinny być przekazywane z dużym opóźnieniem, w zależności od potrzeb, możliwości i sytuacji wskazane jest, aby obejmowały swym zakresem miesiąc lub kwartał. Raporty półroczne i roczne umożliwiają wprowadzić szerokoprofilową analizę retrospektywną, ale nie pozwalają na podejmowanie działań doraźnych.

Analiza efektywności

Nawet najlepiej wykonany raport, zawierający dużą liczbę danych, nie spełni oczekiwań, gdy nie będzie poparty rzetelną i efektywną analizą danych. Analizą przeprowadzaną na poziomie wykonania (czy i w jaki sposób odstępstwa lub celowa zmiana procedury wpływają na jej efektywność), oraz kosztów (drogą procedurę nie zawsze charakteryzuje wysoki poziom efektywności, a zmniejszenia kosztów nie zawsze oznaczają zmniejszenie jakości).

Aktualizacja procedury

○ rzeczywistej efektywności wszystkich podjętych dotąd działań można mówić dopiero wówczas, gdy w pewnym sensie powrócimy do punktu wyjścia, czyli do procedury, gdy na podstawie zdobytych informacji, przeprowadzona zostanie rzetelna analiza jej skuteczności, a wyciągnięte na tej podstawie wnioski pozwolą na jej weryfikację. Weryfikację, prowadzącą do wprowadzenia

zmian lub ponownego jej zatwierdzenia w obowiązującej dotychczas formie. Poniżej przytoczona analiza zużycia preparatu dezynfekcyjnego w jednym z polskich szpitali, przeprowadzona w oparciu o program Krajowej Grupy Roboczej ds. zakażeń Szpitalnych obrazuje powyższe wnioski.

Przykład A

300-łóżkowy szpital I stopnia referencyjności, zatrudniający 584 osoby (pielęgniarki i lekarze), audytowany przez przedstawicieli Krajowej Grupy Roboczej, zużył w ciągu roku 796 litrów preparatu do dezynfekcji rąk personelu.

Czy to ilość dostateczna?

Aby odpowiedzieć na to pytanie przeprowadzono analizę zużycia w oparciu o obiektywny denominator – w tym przypadku przeliczenie zużycia na statystycznego pracownika.

Zakupiona przez szpital ilość preparatu antyseptycznego (796 litrów) oznacza dobowe zużycie na poziomie 2,153 litrów. Oznacza to, że przy prawidłowym zużyciu (jednorazowo 3 ml preparatu) możliwe jest wykonanie 717 dezynfekcji. Przyjmując, że ze względu na dyżury, urlopy i pracę zmianową, w ciągu doby w szpitalu pracuje połowa zatrudnionego personelu (292 osoby) oznacza to, że statystyczny pracownik dezynfekuje ręce 2,4 razy w ciągu dyżuru.

Czy to dużo czy mało?

Pytanie pozostaje bez odpowiedzi, ale warto uwzględnić, że analizowany materiał obejmuje zużycie preparatu na bloku operacyjnym i oddziale intensywnej terapii.

Podsumowanie

Bez względu na fakt, czy za bezpośrednie opracowanie, wdrożenie i prawidłowe wykonanie procedury dezynfekcyjnej-higienicznej odpowiada zakład opieki zdrowotnej, czy też firma świadcząca usługi na rzecz szpitala, odpowiedzialność za bezpieczeństwo pacjenta ponosi placówka reprezentowana przez kierownika zakładu opieki zdrowotnej. Dlatego menedżer szpitala powinien być w pierwszym rzędzie zainteresowany wprowadzeniem bieżącego, skutecznego i efektywnego programu nadzoru nad procedurami dezynfekcyjnymi. Kontroli tej podlegać powinny wszystkie (stosowane zarówno przez pracowników szpitala, jak i przedstawicieli firm zewnętrznych) procedury dezynfekcyjne, a procedury przetargowe powinny być poddane szczególnemu nadzorowi merytorycznemu. W kolejnych numerach poruszone zostaną newralgiczne elementy systemu dezynfekcji szpitalnej.

mgr Anna Ziółko
– Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego
w Warszawie