

GORZEJ NIŻ W OBORZE,

CZYLI BRUD USTAWOWY

Fot. © iStockphoto.com



W drzwiach obory staje weterynarz z wiatrakim, który mierzy przepływ powietrza. Gdy „cug” jest nieodpowiedni, właściciel dostaje mandat i krótki czas na usunięcie usterki, a jeśli to nie pomoże, zapada decyzja o natychmiastowym zamknięciu obiektu. Dlaczego piszemy o tym w branżowym piśmie medycznym? Bo gdyby weterynarz pojawił się z podobnym sprzętem w szpitalu – musiałyby go zamknąć. I to nie tylko z powodu nieodpowiedniego „cugu”.

Pracownicy Inspekcji Weterynaryjnej, którzy odwiedzają szpitale w roli pacjentów czy gości, przyznają, że w oborach dla zwierząt warunki bywają lepsze niż w przepelnionych salach chorych. I to wszystko w kraju, w którym obowiązują najbardziej restrykcyjne przepisy dotyczące infrastruktury szpitalnej. Dlaczego? Bo jak przekonują eksperci z dziedziny prawa, nie surowość kary, ale jej nieuchronność skutkuje przestrzeganiem przepisów. Zapomnieli o tym twórcy polskich norm szpitalnych. Napisali je tak, że na ich wprowadzenie potrzebne były pieniądze, których w Polsce po prostu nie ma. A szpitale zyskały *de facto* gwarancję bezkarności.

– Skontrolowano 1015 obiektów. W 168 przypadkach stwierdzono niezadawalający stan higieniczno-sanitarny i techniczny, w 24 przypadkach niezadawalający stan higieniczno-sanitarny, w 144 przypadkach niezadawalający stan techniczny – mówi Greta Kanownik, ekspert ochrony zdrowia.

I co? I nic! Przy takiej skali nieprawidłowości nie sposób karać, ryzykując zatrzymaniem pracy polskich szpitali, a więc życiem i zdrowiem pacjentów. Stało się to, co stać się musiało. Szpitale zamiast mozolnie poprawiać swoją bazę i procedury stanęły w miejscu. Pewne, że kary nie będzie, za to będzie kolejne przedłużenie okresu dostosowawczego.

Jak zauważają autorzy tekstu, w pierwszej kolejności trzeba zmienić rozporządzenie Ministra Zdrowia z 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą. Kierunek zmian to mniej szczegółowych regulacji i wyśrubowanych norm, za to lepsza egzekucja prawa i koncentracja na sprawach najważniejszych. Dla proponowanych zmian istnieje oczywiście alternatywa. Przyjdzie nam się pogodzić z tym, że mamy wspaniale wyglądające na papierze przepisy, których nikt nie przestrzega. A warunki w szpitalach będą gorsze niż... w oborach.

Redakcja



**POLSKIE PRAWO OPIERA SIĘ
W WIELU PRZYPADKACH
NA ARCHAICZNYCH ZAŁOŻENIACH,
ŻE BAKTERIE MOŻNA ZATRZYMAĆ,
BUDUJĄC KOLEJNE ŚCIANY I ŚLUZY**

Do końca ubiegłego roku szpitale i przychodnie miały czas, by spełnić warunki określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą. Wprowadzona w listopadzie 2017 r. nowelizacja ustawy o działalności leczniczej (art. 207) zobowiązuje szpitale niespełniające wymogów do wystąpienia o opinię do sanepidu, czy nie zagrażają bezpieczeństwu chorego.

Powstaje jednak ryzyko, że sanepid może wydać postanowienia w formie ocen, które obarczone są ryzykiem nadmiernego subiektywizmu i naturalną niechęcią do przejmowania odpowiedzialności za nieprawidłowości, które mogą nie być wcale zawinionymi niedociągnięciami, lecz wynikać z niedostatków inwestycji w ochronie zdrowia, a być może także z niedoskonałości zapisów rozporządzenia.

Paraliżują i przeszkadzają

W ostatnich tygodniach do wielu polskich szpitali dotarły takie właśnie oceny, które powinny wyzwolić dyskusję oraz zmobilizować środowisko medyczne do twórczego przemyślenia omawianego rozporządzenia. Według Głównego Inspektora Sanitarnego 1400 podmiotów leczniczych nie spełniło wymagań w wyznaczonym terminie, tj. do końca 2017 r. Wydający opinie czują się usprawiedliwieni, bo ich ocena jest zgodna z przepisami, więc wypełnili swoje obowiązki. Zarządzający szpitalami wpadli w konsternację w związku z niemożnością spełnienia wymagań, a płatnik z kolei



Fot. Archiwum

Dariusz Madera

dyrektor Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Opolu, członek rady naczelnej Polskiej Federacji Szpitali

W związku z wieloletnimi próbami dostosowania szpitali do rozporządzenia Ministra Zdrowia z 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą, a także z podejmowanymi krokami legislacyjnymi skutkującymi zmianami ostatecznych dat dostosowania pomieszczeń do wspomnianych wymogów pojawiła się nowelizacja ustawy o działalności leczniczej, która z jednej strony utrzymała termin, a z drugiej strony wprowadziła obowiązek wystąpienia przez podmioty lecznicze do Państwowej Inspekcji Sanitarnej z wnioskiem o wydanie opinii o wpływie niespełniania wymagań na bezpieczeństwo pacjentów. Podmioty lecznicze zostały zobowiązane do przedstawienia analizy ryzyka, na podstawie której Inspekcja Sanitarna wyda opinię w formie decyzji administracyjnej.

Wprowadzona nowelizacja w mojej ocenie jest korzystna dla podmiotów leczniczych, gdyż wprowadza możliwość indywidualnej oceny każdego podmiotu przez Państwową Inspekcję Sanitarną oraz ustalenia określonych warunków dalszej realizacji świadczeń. Dzisiejsze rozwiązania prawne gwarantują indywidualne podejście do podmiotów leczniczych, jednakże nadal nie zapewniają środków finansowych na spełnienie tych wymogów, co jest w mojej ocenie istotnym problemem w kontekście decyzji podejmowanych przez kierowników jednostek. Z uwagi na powiększające się zadłużenie (po pierwszym kwartale br. ponad 11,8 mld zł, z czego ok. 1,4 mld zł to zobowiązania wymagalne) szpitalom nie będzie łatwo spełnić te wymogi, gdyż jednostki, które są w najlepszej kondycji, nie będą miały na ten cel środków. Dlatego też uważam, że celowe byłoby nie tyle zmienianie przepisów dotyczących wymogów sanitarnych, ile podjęcie działań przez Ministerstwo Zdrowia w celu utworzenia funduszu, z którego podmioty lecznicze mogłyby uzyskać dotacje na spełnienie wymogów sanitarnych. Częściowo problem ten jest rozwiązywany przez środki unijne, lecz nie są one przeznaczone na wszystkie obszary działalności podmiotów leczniczych. Z tego powodu potrzebne są dodatkowe pieniądze, które służyłyby właśnie spełnieniu wymogów sanitarnych.



Fot. Archiwum

Greta Kanownik doktor nauk ekonomicznych

Pierwszy i podstawowy problem, z jakim stykają się dziś szpitale, to konieczność dostosowania swojej infrastruktury technicznej, przeciwpożarowej, sanitarnej i akredytacyjnej do wymogów ministerialnych, co jest niewątpliwie procesem bardzo trudnym. Wynika to przede wszystkim z ograniczonych możliwości finansowych samorządu, jak i samych szpitali.

Przy wydawaniu opinii odraczającej dostosowanie do wymogów sanepidu szczególną uwagę zwraca na bezpieczeństwo biologiczne: przenoszenie biologicznych czynników chorobotwórczych, właściwą sterylizację i dekontaminację. Także na wyposażenie sal i bloków operacyjnych, w tym również właściwą wentylację oraz zapewnienie rezerwowych źródeł zasilania w energię i wodę. Rzecznik GIS zaznacza, że opinia będzie dotyczyła wyłącznie czynników mających wpływ na bezpieczeństwo pacjentów, wynikających z art. 22 ustawy o działalności leczniczej i przepisów wykonawczych (chodzi o rozporządzenie ministra zdrowia z 2012 r. w sprawie szczególnych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą). Takie kwestie, jak np. ochrona przeciwpożarowa, typowe sprawy budowlane czy z zakresu BHP, nie będą w niej uwzględniane. Na podstawie opinii Państwowej Inspekcji Sanitarnej organ rejestrowy, czyli wojewoda, wyważy za i przeciw i dopiero wtedy będzie mógł wydać decyzję o dalszych losach podmiotu leczniczego. Według danych GIS na 15 grudnia 2017 r. programy dostosowawcze realizuje 3217 różnego rodzaju podmiotów leczniczych – od szpitali po samodzielne praktyki lekarskie i pielęgniarskie. Do 31 grudnia programów dostosowawczych nie zrealizowało ok. 1400 podmiotów.

Obecnie sytuacja jest dramatyczna. Duża liczba niedostosowanych placówek wynika też z tego, że ciągle przesuwane terminów demobilizowało zarządzających do aktywnego działania w kwestii realizacji zadań inwestycyjno-remontowych. Przykładowo w jednym z

szpitali już w 2007 r. był opracowany program dostosowawczy, który stał się elementem strategii rozwoju szpitala na lata 2008–2018. Gdy w 2012 r. ukazało się rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie szczególnych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą, placówka spełniała wyznaczone wymogi. Potem wyznaczano kolejne ostateczne terminy. Akurat ten szpital robił swoje w odpowiednim czasie, jednakże kilkukrotnie przesuwano terminów dostosowania szpitali zdemobilizowało dyrektorów i organy założycielskie. Panowało przekonanie, że znów wyznaczy się nową datę i nie będzie problemu, a środki finansowe z kontraktów lepiej przeznaczyć na inne pilne potrzeby.

Ale teraz czas minął. Pora na kontrole i rekonasans. Taki kubek zimnej wody na głowę.

Można by rzec, że wymogi, o których mówimy, to chleb powszedni, coś zwyczajnego, co powinno być w każdym szpitalu, przychodni itd., co nie powinno budzić żadnych kontrowersji w dzisiejszych czasach – są to po prostu wymogi podstawowe. Ale skala problemu, jaka została zastana po 1989 r. w ochronie zdrowia, doprowadziła do takiej sytuacji, że problem ten urósł do rangi nadzwyczajnego problemu. To prawda, że jedne szpitale poradziły sobie z tym problemem bardzo dobrze, a inne znacznie gorzej – czekając trochę na zrządzenie losu, na to, co przyniesie jutro. Inne z kolei miały faktyczne problemy finansowe i nie myślały o inwestycjach, gdy rosło zadłużenie. Co by jednak nie powiedzieć, obecnie wyznaczony termin nie powinien być już przesuwany, bo taki ruch doprowadzi do tego, że MZ nie będzie już wiarygodne w swoich decyzjach – tego nie można już cofnąć. Musimy zachować jakąś równowagę w tym aspekcie. Zmusi to tym samym zarządzających do efektywniejszego działania – a jak wiadomo, jak bardzo się chce, to każdy problem można rozwiązać.

Jako ciekawostkę dodam, że w krajach skandynawskich budynek, który jest używany z przeznaczeniem na szpital przez czas dłuższy niż 30–40 lat, jest burzony i następuje budowa nowego szpitala. Ciekawe, czy u nas, w Polsce, doczekamy się kiedyś takich rozwiązań?

przypomina w pismach, że jest to warunek zapłaty za świadczenia. Taka sytuacja powstała w znacznej części niedoinwestowanych polskich szpitali.

Czy powszechna jest świadomość tego stanu? Jeśli nie, co bardziej prawdopodobne, to mamy do czynienia z wymknięciem się spod kontroli koordynacji spraw związanych z troską o infrastrukturę naszej służby zdrowia. A przecież przepisy nie powinny paraliżować funkcjonowania jednostek czy przeszkadzać im, lecz mobilizować do windowania standardów. Musi się to jednak odbywać w realiach spełniania wymogów, co wynika tylko w części ze sprawności organizacyjnej

zarządzających podmiotami leczniczymi, a w dużej mierze z nakładów na ten cel.

Nie ulega wątpliwości, że istnieją mocne dowody na związek środowiska szpitala z ryzykiem wystąpienia powikłań hospitalizacji, jakością opieki zdrowotnej oraz efektywnością pracy personelu¹. Wiele badań dowodzi, że środowisko szpitala może być źródłem niebezpiecznych drobnoustrojów, takich jak *Clostridium difficile*, wielooporne bakterie Gram-ujemne, norowirusy, oraz stanowić rezerwuar patogenów powodujących epidemie szpitalne².

Naszym zdaniem polskie prawo dotyczące wymagań sanitarnych stawianych szpitalom opiera się w wielu zapisach na archaicznych założeniach, że bakterie można

zatrzymać, budując kolejne ściany i śluzy. Wiele wymagań sanitarnych nie tylko nie jest uzasadnionych naukowo, ale naraża szpital na niepotrzebne straty. Wymagania zawarte w rozporządzeniu utrudniają elastyczne dostosowanie się do dynamicznie zmieniającego się rynku usług zdrowotnych i nowych technologii, hospitalizację cięższych pacjentów, a także sprostanie nowym zagrożeniom epidemiologicznym.

Niepotrzebne, nieefektywne, niebezpieczne

Rozporządzenie w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą, ma następujące wady:

- brak zróżnicowania wymagań stawianych nowo budowanym szpitalom i szpitalom już istniejącym, dla których zmiany architektoniczne mogą być niemożliwe do zrealizowania; rozporządzenie zawiera w pewnym sensie zapisy kompromisowe i związku z tym nie proponuje optymalnych wymagań dla projektów nowych szpitali;
- brak dostosowania do zmieniającego się profilu wykonywanych procedur, np. oddzielnych wymagań dla chirurgii jednego dnia czy chirurgii małoinwazyjnej, kardiologii interwencyjnej, chemioterapii jednodniowej;
- niebranie pod uwagę głównych źródeł drobnoustrojów chorobotwórczych w szpitalu oraz dróg ich przenoszenia;
- zapisy, które można określić jako nieuzasadnione, np. wymagania dotyczące konstrukcji izolatek, obecności gabinetów zabiegowych czy łazienek dla niepełnosprawnych na oddziałach intensywnej terapii;
- proponowanie rozwiązań o niepotrzebnie skomplikowanej architekturze, poprzez mnożenie liczby pomieszczeń i rozbudowywanie struktur śluz;
- propozycje dla bloku operacyjnego, które są nieuzasadnione pod względem epidemiologicznym, powiększają niepotrzebnie powierzchnię, utrudniają pracę personelu, zdecydowanie odbiegają koncepcyjnie od wymagań opisywanych w kluczowych wytycznych dla architektury szpitalnej³: za nieuzasadnione należy uznać wymaganie obecności co najmniej jednej sali operacyjnej mającej bezpośrednie połączenie z częścią brudną bloku operacyjnego z zachowaniem ruchu jednokierunkowego, co uniemożliwia zastosowanie dopuszczalnej w punkcie 4 obecności jednej drogi czystej i brudnej; zdziwienie budzą zapisy dotyczące śluzy szatniowej składającej się z dwóch rozdzielonych szatni – jednej, w której personel zdejmuje ubrania, i drugiej, w której zakłada ubrania blokowe; w aktualnie prowadzonych analizach system jednokorytarzowy z wyraźnym podziałem na trzy strefy (zastrzeżona, półzastrzeżona oraz niezastrzeżona) uznawany jest za najbardziej uzasadniony ekonomicznie i bezpieczny epidemiologicznie [4];
- nieefektywne rozwiązania w zakresie ergonomiki pracy, stwarzające konieczność niepotrzebnych na-



Fot. Archiwum

Wojciech Zawalski

ekspert ochrony zdrowia
i były dyrektor Departamentu
Świadczeń Opieki Zdrowotnej NFZ

Albo zamknięcie szpitali, albo zmiana rozporządzenia? Nie, istnieje trzecia droga – spełnienie wymagań.

Rozporządzenie w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą, nie jest niemożliwe do wprowadzenia. Jego zapisy nie są wzięte z kosmosu, może poza kilkoma drobiazgami (a i te da się obronić). Stoją one na straży bezpieczeństwa pacjenta. Wiele szpitali dostosowało się do tych wymogów. Pora „zmusić” pozostałych do poprawy bezpieczeństwa pacjentów zamiast zastanawiać się nad zmianą rozporządzenia. Problemem jest niestety mentalność osób zarządzających lub organów tworzących szpitale. Lata zmian i przesuwania terminów wdrażania aktów prawnych nauczyły ich braku szacunku dla prawa. Pamiętam, gdy kilka lat temu zarządzałem szpitalem powiatowym i chciałem wykonać remont zgodnie z wytycznymi, usłyszałem od starosty – organu założycielskiego – kategoryczne weto: „i tak zmienią ten zapis, daj sobie spokój”. Niestety, jak Polska długa i szeroka taka retoryka dominuje. Podobnie jest z wprowadzaniem EDM. Przesuwamy, przesuwamy i przesuwac będziemy. Niestety. Zacznijmy tworzyć porządne, czyste i bezpieczne szpitale, gdzie pacjenci nie tylko będą dobrze leczeni, ale zapewni im się również komfort pobytu i co najważniejsze – bezpieczeństwo. W tym rozporządzeniu jest nawet za mało... Ogromna liczba szpitali w Polsce ma już dużo lepsze warunki, niż wymaga rozporządzenie.

Jesteśmy na początku kampanii samorządowej. Może warto zadać kandydatom na włodarzy miast i powiatów pytanie o przyszłość szpitali i wymusić wprowadzenie w życie zapisów rozporządzenia, a nie mówić, że się nie da? Da się i naprawdę warto. A jeżeli kilka szpitali nie będzie chciało zmienić się dla pacjentów, to trudno. Może pora zamknąć kilka budynków, które po prostu nie nadają się do tego, żeby byli w nich leczeni ludzie.

kładow pracy ze strony służb sprzątających, których niedobory kadrowe są obecnie wyjątkowo dotkliwe;

- zapisy, które mogą utrudniać budowanie bezpiecznego dla pacjenta środowiska, nieuwzględniające sposobu i koordynacji opieki nad pacjentem.
- Działania zmierzające do utworzenia bezpiecznego pod względem epidemiologicznym środowiska szpitala mogą i powinny zostać podzielone na trzy kategorie:
- interwencje przerywające bezpośrednią lub pośrednią transmisję drobnoustrojów,



Michał Ogrodowicz

ekspert ochrony zdrowia

Fot. Archiwum

Znakomita większość podmiotów, które wdrożyły programy dostosowawcze, nie zdążyła ich w pełni zrealizować. Na podstawie art. 207 ust. 3 ustawy o działalności leczniczej mogą one wystąpić do Państwowej Inspekcji Sanitarnej z wnioskiem o wydanie opinii o wpływie niespełnienia wymagań na bezpieczeństwo pacjentów. Negatywna opinia w skrajnym przypadku może doprowadzić do wykreślenia placówki z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.

Praktyka pokazuje, że Państwowa Inspekcja Sanitarna przy prowadzonych aktualnie kontrolach szczególną wagę przywiązuje do zapewnienia bezpieczeństwa biologicznego, wyposażenia sal i bloków operacyjnych, sterylizacji, zapewnienia rezerwowych źródeł zaopatrzenia w wodę oraz energię elektryczną. W przypadku niespełnienia tych wymagań wyznaczone są terminy na usunięcie uchybień, o ile nie zagrażają one bezpośrednio zdrowiu i życiu pacjentów (np. brak wentylacji na bloku operacyjnym). Jeśli takie zagrożenie istnieje, Państwowa Inspekcja Sanitarna jest zobowiązana do przekazania opinii lub decyzji do organu rejestrowego, który ostatecznie rozstrzyga o wykreśleniu podmiotu z rejestru.

W przypadku wielu szpitali, zwłaszcza powiatowych, problemem jest przestarzała infrastruktura budowlana, która nie może być dostosowana m.in. ze względów technicznych. Wydaje się, że w takich sytuacjach jedynym rozwiązaniem jest przebudowa i dobudowa nowej kubatury, spełniającej wszystkie wymagania. Przykładami takiego działania mogą być inwestycje zrealizowane w SPZOZ w Brodnicy w województwie kujawsko-pomorskim oraz we Wrześni w województwie wielkopolskim, a także właśnie realizowana w Mogilnie w województwie kujawsko-pomorskim.

W kontekście obowiązujących przepisów i działań podejmowanych przez Państwową Inspekcję Sanitarną pojawiają się dwa zasadnicze problemy. Pierwszy to dostępność kapitału, bo są to inwestycje kosztochłonne. Drugi to czas, bo cykl inwestycyjny trwa 3–5 lat. O ile problem pozyskania kapitału jest relatywnie łatwy do rozwiązania, to czas już nie. Czy Państwowa Inspekcja Sanitarna przy wydawaniu indywidualnych decyzji będzie brała pod uwagę ten drugi czynnik? Czas pokaże...

- interwencje eliminujące transmisję drobnoustrojów poprzez powietrze;
- interwencje eliminujące źródła drobnoustrojów w środowisko wodnym.

Transmisja poprzez kontakt jest najważniejszą drogą przenoszenia drobnoustrojów chorobotwórczych między pacjentami lub między środowiskiem a pacjentem.



Mariusz Paszko

prezes Zamojskiego Szpitala Niepublicznego

Fot. Archiwum

Szpital, którym zarządzam, spełnia wszelkie wymogi określone w rozporządzeniu. Jak długo pracowaliśmy, żeby sprostać tym rygorystycznym wymaganiom? Kilka lat. Ile nas to kosztowało? Ponad 5,5 mln zł. Pieniądze na ten cel po części uzyskaliśmy z funduszy unijnych. Od Unii Europejskiej dostaliśmy 3,15 mln zł.

Co sądzę o przepisach, o których mowa? Powiem przewrotnie – wydaje się, że przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia zbyt dużą wagę przykładają do formalności, czyli do paragrafów, ustępów i podpunktów. Resort powinien wymagać od zarządców szpitali, żeby dbali o jakość i efektywność leczenia. Jeśli będą o to dbać, warunki sanitarne – i nie tylko – będą odpowiednie.

Podstawowe metody zapobiegania transmisji poprzez kontakt to stworzenie środowiska poddającego się łatwo dekontaminacji, zapewnienie odpowiedniej powierzchni przypadającej na stanowisko chorego, taka konstrukcja przestrzeni, która ułatwia personelowi przestrzeganie podstawowych procedur higienicznych, np. higieny rąk, oraz obecność jednoosobowych sal chorych umożliwiających wdrożenie tzw. izolacji kontaktowej.

Wymagania sanitarne stawiane polskim szpitalom proponują architekturę bardzo trudną do dekontaminacji. Zapisy dotyczące brudowników, w których gromadzony jest czysty sprzęt i zanieczyszczone materiały pochodzące od pacjentów, są niebezpieczne, a rozwiązania dotyczące izolatek nieuzasadnione i kosztowne. Skuteczna izolacja pacjentów w ogromnej większości przypadków może opierać się jedynie na obecności na oddziałach sal jednoosobowych z łazienką. Rozporządzenie nie odnosi się do tego zagadnienia, co prowadzi do powstawania oddziałów, na których transmisja drobnoustrojów odbywa się błyskawicznie. Dowodem jest epidemia *Klebsiella pneumoniae* (New Delhi) w szpitalach Mazowsza i Podlasia. Z drugiej strony budowane są szpitale pediatryczne, w których są jedynie sale jednoosobowe. Dla porównania – budowany nowy szpital ze 140 łózkami będzie zajmował powierzchnię ok. 40 tys. m², a szpital z podobnym zapleczem diagnostycznym i o podobnej liczbie łóżek w salach wieloosobowych zajmuje powierzchnię 10 tys. m².

Wymagania dotyczące izolatek i wskazanie oddziałów, na których mają się one znajdować, są zdecydowanie nieuzasadnione. Wymagana w rozporządzeniu wentylacja wymuszona z podciśnieniem jest konieczna tylko w wyjątkowych sytuacjach zakażeń przenoszonych drogą powietrzną, np. w przypadku gruźlicy, ospy, a same zapisy są na tyle nieprecyzyjne, że ich wypełnienie nie

gwarantuje skutecznej izolacji oddechowej (brak parametrów podciśnienia i jego monitorowania, częstotliwości wymiany powietrza itp.). Zapisy dotyczące płuczek – dezynfektorów lub innych urządzeń do dekontaminacji sprzętu – są niespotykane w światowych wytycznych dla izolatek. Niepotrzebne wymagania dotyczące izolatek najdotkliwiej odczuwają szpitale pediatryczne, w których powinny się one znajdować na każdym oddziale.

Spełnienie wymagania dostępu do łóżek z trzech stron może w niektórych szpitalach doprowadzić do zmniejszenia stanu łóżek aż o 30%. Czy chcemy świadomie spowodować taką właśnie redukcję? I czy rzeczywiście ten wymóg dla większości oddziałów jest konieczny?

Związek między jakością powietrza a zakażeniami szpitalnymi jest słabo udokumentowany. Doniesienia dotyczą pacjentów z obniżoną odpornością, hospitalizowanych na oddziałach hematologii. Zagrożenie jest związane z grzybami *Aspergillus* i występuje głównie w okresie prowadzenia prac remontowych. Kontrowersje dotyczą instalacji układu wentylacyjnego na blokach operacyjnych i obecności rutynowo już instalowanych nawiewów laminarnych, których nie zaleca WHO w ostatnio opublikowanych rekomendacjach⁵. Za bardzo kontrowersyjny należy uznać wymóg corocznego, kosztownego czyszczenia układu wentylacyjnego. W przypadku wykorzystania układu filtrującego powietrze, w tym filtrów HEPA, rutynowe czyszczenie układu wentylacyjnego jest nieuzasadnione⁶.

Woda stanowi rezerwuuar drobnoustrojów chorobotwórczych. Ujęcia wody blisko pacjenta bardzo łatwo ulegają kontaminacji drobnoustrojami chorobotwórczymi, które trudno poddać skutecznej dezynfekcji. Wiąże się to głównie z tworzeniem biofilmu przez *Pseudomonas aeruginosa*. Zanieczyszczone krany były przyczyną wielu ognisk epidemicznych skutkujących wysoką śmiertelnością⁷. Na podstawie opisów epidemii powstają zalecenia dotyczące takiej konstrukcji zlewów, aby woda z kranu nie wpadała bezpośrednio do odprowadzenia, oraz ich lokalizacji nie w pobliżu stanowiska chorego. Sieć wodna może ulegać zanieczyszczeniu *Legionella* sp., co zdarza się w wielu polskich szpitalach. Rozporządzenie w żadnym z punktów nie uwzględnia rozwiązań architektonicznych i technicznych zapobiegających tym zagrożeniom.

Wróćmy na ziemię

Nie ulga wątpliwości, że środowisko szpitala wpływa na bezpieczeństwo epidemiologiczne pacjentów. Wymagania stawiane polskim szpitalom nie proponują jednak rozwiązań, które byłyby uzasadnione w świetle aktualnej wiedzy, zarówno pod względem sanitarnym, jak i ergonomiki pracy.

Za kluczowe i konieczne należy uznać choćby opracowanie w gronie ekspertów stanowiska dotyczącego planów architektonicznych szpitali na najbliższe lata, które będą uwzględniać skuteczną profilaktykę zakażeń, jak również jakość oferowanej opieki, biorąc pod uwagę znaczne braki personelu oraz problemy ekono-

miczne zarówno na etapie budowy, jak i użytkowania. Za najważniejsze zagadnienia proponujemy uznać:

- zmianę uniwersalnych wymagań stawianych wszystkim oddziałom na wymagania dostosowane do rodzaju wykonywanych procedur i populacji leczonych pacjentów;
- stawianie innych wymagań nowo budowanym szpitalom, a innym szpitalom, które już działają;
- przeprowadzenie analiz piśmiennictwa oraz rozwiązań stosowanych w innych krajach w celu wypracowania optymalnych rozwiązań;
- konfrontację poglądów osób odpowiedzialnych za tworzenie projektów architektonicznych, osób zarządzających szpitalami, epidemiologów szpitalnych i użytkowników;
- uwzględnienie w nowych projektach aktów prawnych oprócz wymagań sanitarnych również zasad ergonomiki pracy, niedoborów kadry, a także – co niezwykle istotne – możliwości ekonomicznych;
- poddanie dyskusji potrzeby budowania sal chorych jednoosobowych *versus* wieloosobowych, z uwzględnieniem wpływu na profilaktykę zakażeń, bezpieczeństwo i komfort leczenia chorego, a także koszty utrzymania.

Wydaje się, że opinie organów sanitarnych mogą i powinny wywołać poważną, pogłębioną dyskusję dotyczącą szczegółów rozporządzenia w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą. W obliczu intensyfikacji zastrzeżeń kierowanych do naszych niedoinwestowanych i często po prostu starych szpitali taka dyskusja i zmiany rozporządzenia są nieodzowne i pilne. Pierwszorzędnym celem zamieszczonych powyżej uwag jest przyspieszenie tego procesu.

Tomasz Ozorowski, Szczepan Cofta, Grzegorz Sadowski

Dr med. Tomasz Ozorowski jest przewodniczącym sekcji ds. kontroli zakażeń szpitalnych Szpitala Klinicznego Przemienienia Pańskiego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu oraz prezesem Stowarzyszenia Epidemiologii Szpitalnej.

Dr hab. med. Szczepan Cofta jest naczelnym lekarzem Szpitala Klinicznego Przemienienia Pańskiego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, pracownikiem Katedry i Kliniki Pulmonologii, Alergologii i Onkologii Pulmonologicznej Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, specjalistą wojewódzkim chorób płuc w Wielkopolsce i wiceprezesem Polskiego Towarzystwa Mukowiscydozy.

Mgr inż. architekt Grzegorz Sadowski jest właścicielem Spółki Projektowania Architektonicznego Sadowski i Sadowska, Poznań, od wielu lat zaangażowanej w projektowanie budynków służby zdrowia.

Piśmiennictwo

1. Ulrich R., Quan X., Zimring C. i wsp. The role of the physical environment in the hospital of the 21st century: a once in a lifetime opportunity. Report to The Center for Health Design, for the designing for the 21-st century hospital project, 2004. Accessed at www.healthdesign.org/research/reports/physical_environment.php.
2. Weber D., Rutala W. Understanding and preventing of healthcare-associated pathogens due to the contaminated hospital environment. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2013; 34: 449-452.
3. Facility Guidelines Institute. Guidelines for design and construction of hospitals, 2018 ed.
4. Ahmed K.S. Medical Planning: Operating Theatre Design and Its Impact on Cost, Area and Workflow. In: Rojas I., Ortuño F. (red.). *Bioinformatics and Biomedical Engineering*. IWBIBIO 2017. Lecture Notes in Computer Science, vol. 10208. Springer, Cham.
5. WHO global guidelines for the prevention of surgical site infection. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, Geneva 2016.
6. Heating and ventilation systems. Health technical memorandum 03-01: specialized ventilation for healthcare premises. UK Department of Health, 2007.
7. Loveday H., Wilson J., Kerr K. i wsp. Association between healthcare water systems and *Pseudomonas aeruginosa* infections: a rapid systematic review. *J Hosp Infect* 2014; 86: 7-15.