



ZAKAŻENIA SZPITALNE

W POLSKICH PLACÓWKACH

Sytuacja w zakresie radzenia sobie z zakażeniami szpitalnymi w Polsce wciąż jest bardzo daleka od ideału.

Zasady kontroli zakażeń szpitalnych uregulowane są w ustawie z 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, a także w aktach wykonawczych do tej ustawy. Zgodnie z nimi zakażenie szpitalne, które pojawia się w wyniku leczenia w szpitalu lub w związku z pobytem w szpitalu, musi być wtórne do stanu pacjenta sprzed hospitalizacji i może dotyczyć zarówno pacjenta, jak i personelu. Zdarzenie to musi rozwinąć się po upływie 48 godzin od przyjęcia pacjenta do szpitala i do 10 dni od jego wypisu, do 30 dni od zabiegu chirurgicznego i do roku po wykonaniu transplantacji. Ogniskiem epidemicznym jest z kolei zakażenie szpitalne, które stwierdzono w co najmniej dwóch powiązanych ze sobą przypadkach zachorowań (z objawami klinicznymi), w których czynnikiem etiologicznym jest drobnoustrój alarmowy.

Tyle suchej teorii. Jeżeli chodzi o praktyczne konsekwencje tego zjawiska, to zajmują się nimi najpoważniejsze instytucje, takie jak Światowa Organizacja Zdrowia, która alarmuje, że w Europie dochodzi do ok. 4 mln zakażeń szpitalnych rocznie. Z tego powodu każdego roku umiera blisko 40 tys. ludzi. Dane z tego samego źródła wskazują, że koszty związane z leczeniem zakażeń szpitalnych w krajach UE wynoszą ponad 5 mld euro rocznie.

Polskie szacunkowe dane (tylko na takich możemy się opierać), które przytacza m.in. Polskie Towarzystwo Zakażeń Szpitalnych, również są alarmujące. Wskazują, że 5–10% pacjentów jest zagrożonych zakażeniami szpitalnymi, a same koszty bezpośrednie ich leczenia to ok. 800 mln zł rocznie. Te liczby robią wrażenie i pokazują, że mamy do czynienia nie tylko ze sporym problemem epidemiologicznym, lecz także wyzwaniem dla ekonomistów ochrony zdrowia.

NIK w stajni Augiasza

W maju 2018 r. Najwyższa Izba Kontroli opublikowała wyniki swojej kontroli (Informacja o wynikach kontroli „Zakażenia w podmiotach leczniczych”, NIK 2018 r.) w zakresie zakażeń szpitalnych. Wnioski, najogólniej mówiąc, nie są optymistyczne. Dowiadujemy się m.in., że „Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, które gromadzi informacje z rocznych sprawozdań przesyłanych przez szpitale, wskazuje, że w 528 szpitalach stacjonarnych spośród 936 funkcjonujących w Polsce, a więc w ponad połowie, na koniec 2016 r. nie wykazano danych o pacjentach leczonych z powodu zakażenia i zgonów z tego powodu”.

Sugerowałyoby to, że w 2016 r. w ponad połowie szpitali stosowano taktykę „nic nie widziałem, nic nie słyszałem”.

Kolejne ciekawe wnioski wskazują, że koordynacja i wymiana informacji między instytucjami publicznymi pozostawia wiele do życzenia. W raporcie Izby czytamy: „Według danych Narodowego Funduszu Zdrowia, w okresie objętym kontrolą (od 2015 r. do końca I półrocza 2017 r.) hospitalizowanych z powodu sepsy było 51 537 pacjentów, a według danych Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny – 2640”.

Czy przy takiej rozbieżności możemy mówić o jakiegokolwiek wiarygodności danych epidemiologicznych? A może płatnik płaci za prawie 49 tys. fikcyjnych pacjentów? Bo skoro nie zgłoszono zachorowania tych osób na sepsę, w jaki sposób uzyskano dla nich finansowanie?

Inspekcja sanitarna robi, co może

Nadzór nad zakażeniami szpitalnymi to zadanie inspekcji sanitarnej. Z raportu „Zapobieganie i zwalczanie zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi” opublikowanego przez Głównego Inspektora Sanitarnego wynika, że w 2017 r. zgłoszono do organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej 678 ognisk epidemicznych zakażeń szpitalnych, to jest o 27,4% więcej niż w roku 2016, w którym zgłoszono 532 ogniska epidemiczne. W ogniskach epidemicznych zakażeniu uległo łącznie 3899 pacjentów oraz 271 pracowników medycznych, razem – 4170 osób. Te dane również nie wydają się do końca wiarygodne, jeśli porównamy je z szacunkowym odsetkiem zakażeń szpitalnych na poziomie 5–10% hospitalizowanych pacjentów. Przy założeniu niższego poziomu – 5% pacjentów z zakażeniami szpitalnymi powinno być w Polsce ok. 400 tys.

Istotnym parametrem, który wiele mówi o czułości nadzoru epidemiologicznego w naszym kraju, jest wykonywanie odpowiedniej liczby badań mikrobiologicznych na łóżko, gdyż pozwala to na identyfikację rodzaju zakażenia oraz szybkie wdrożenie leczenia ukierunkowanego na dany drobnoustroj. Aby mówić o skutecznym nadzorze i efektywnej kontroli zakażeń w placówce, liczba badań mikrobiologicznych na jedno łóżko według obowiązującej europejskiej normy powinna wynosić 50. Gdy analizowano szczegółowe dane w małopolskich szpitalach w latach 2011–2013 (Bandola K., Seweryn M., Koperny M., Bała M.M., Mikos M. Ogniska zakażeń szpitalnych w województwie małopolskim w latach 2011–2013. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie* 2014; 2: 175–182), stwierdzono nie tylko niespełnienie tych norm, ale też zmniejszanie się wskaźnika. W 2011 r. wykonano ich średnio 33, w 2012 r. – 24, a w 2013 r. – 23,3.

Największym problemem w pracy organów inspekcji sanitarnej jest fakt, że nadzór nad zakażeniami związanymi z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i drobnoustrojami alarmowymi odbywa się w trybie biernym. Jeżeli pracownicy szpitali nie mają odpowiedniej deter-

KOSZTY ZWIĄZANE Z LECZENIEM

ZAKAŻEŃ SZPITALNYCH

W KRAJACH UNII EUROPEJSKIEJ

WYNOSZĄ PONAD 5 MLD EURO ROCZNIE

minacji, by rejestrować zakażenia, świadomości wagi problemu oraz znajomości zagrożeń, przy ograniczonych zasobach ludzkich w stacjach sanitarno-epidemiologicznych nie ma wielkich szans na realną poprawę sytuacji.

Dokąd powinniśmy zmierzać?

Jakość w opiece zdrowotnej jest jednym z podstawowych praw pacjentów, które w istotny sposób wpływają na zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego populacji. Kontrola i zapobieganie zakażeniom szpitalnym oraz odpowiednie, skuteczne reagowanie na nie stanowi istotne wyzwanie dla każdego systemu zdrowotnego. Nie da się jednak tego zrobić, jeżeli brakuje podstawowej wiedzy o rzeczywistej skali problemu. Bez szczególnej wiedzy o kosztach zakażeń szpitalnych nie można też podejmować racjonalnych ekonomicznie decyzji dotyczących finansowania procedur. W pewnym sensie, dyskutując o problematyce zakażeń szpitalnych w Polsce, jesteśmy dziś w sytuacji kogoś, kto ma wybrać ulubionego aktora, tylko z zastrzeżeniem, że podczas spektaklu musi mieć przepaskę na oczach i korki w uszach. Innymi słowy, zasada „nic nie widzieliśmy i nic nie słyszeliśmy” wciąż obowiązuje.

Czy jesteśmy w stanie całkowicie rozwiązać ten problem? Oczywiście nie, zakażenia szpitalne są ściśle powiązane z procesem leczenia szpitalnego, a ich eliminacja w praktyce jest niemożliwa. Ale możemy tak zorganizować system, aby zapewnić:

- prowadzenie rzetelnego nadzoru nad zakażeniami szpitalnymi, nie tylko ograniczając częstość ich występowania, ale też promując działania prewencyjne,
- wdrożenie jednolitych rejestrów, które dadzą nam obraz realnej sytuacji epidemiologicznej oraz skutków ekonomicznych,
- motywowanie placówek do rzetelnego zajęcia się problemem zakażeń szpitalnych poprzez właściwą koordynację działań i jasne określenie ról instytucji istotnych z punktu widzenia ograniczania liczby zakażeń szpitalnych. W proces ten oprócz podmiotów leczniczych i organów nadzoru epidemiologicznego mogą być zaangażowane również płatnik publiczny (NFZ i ZUS), towarzystwa naukowe, organy akredytacyjne itp.

*Michał Seweryn
Autor jest specjalistą epidemiologii i zdrowia publicznego,
doktorem ekonomii (ekonomika zdrowia). W latach 2008–2015
pełnił funkcję zastępcy Małopolskiego Wojewódzkiego Inspektora
Sanitarnego. Obecnie jest prezesem EconMed Europe.*