

LIDER ROKU 2012 W OCHRONIE ZDROWIA



ZDROWIE PUBLICZNE

Eliminacja **ryzyka**

Rozmowa z **Małgorzatą Bulandą**,
zdobywczynią tytułu Lidera Roku 2012
w Ochronie Zdrowia – Zdrowie Publiczne,
prezes Polskiego Towarzystwa Zakażeń
Szpitalnych

Na pani biurku jest tak dużo teczek z aktami sądowymi, że trudno znaleźć miejsce na wyniki badań laboratoryjnych. To wszystko najpilniejsze sprawy?

To moja codzienna porcja pracy. Jestem biegłym sądowym już prawie 20 lat. Kiedy podejmowałam się tego zadania, nie sądziłam, że będzie zajmowało mi to tak wiele czasu. W zasadzie nie ma tygodnia bez nowej sprawy sądowej.

Czy coś się zmieniło przez te lata w formułowanych oskarżeniach?

Dawniej więcej było spraw jednoznacznych, w których zakażenie wynikało z błędu lub niewiedzy personelu medycznego. Obecnie są one rzadkością, co świadczy o wzroście świadomości zagrożeń wśród personelu medycznego. Poprawił się również stan wiedzy sędziów i prawników w tej kwestii. Zauważyłam jednak, że częściej niż kiedyś pojawiają się oskarżenia bezzasadne, w których ujawnia się roszczeniowa postawa pacjentów.

Szacuje się, że w Polsce nawet 700 tys. pacjentów rocznie ulega zakażeniu szpitalnemu, a prawie 5 tys. umiera z tego powodu. Leczenie tych chorych kosztuje nawet 800 mln zł. Na ile dokładne są te dane?

Niestety, to tylko szacunki. Dokładnych danych nie ma, ponieważ bardzo często zakażenia szpitalne nie są ostatecznym rozpoznaniem stwierdzonym przy zgonie. Zazwyczaj pisze się o niewydolności wielonarządowej, ale brak informacji o tym, że – przykładowo – na niewydolność oddechową wpłynęło wcześniejsze szpitalne zapalenie płuc. W 2003 r. Polskie Towarzystwo Zakażeń Szpitalnych opracowało System Czynnej Rejestracji Zakażeń Szpitalnych, którego symbolem był kwiat rumianku. Głównym celem na rok 2013 jest „reanimacja rumianku”, czyli wznowienie programu czynnej i celowanej rejestracji zakażeń związanych z opieką medyczną. Co roku ECDC publikuje europejski raport dotyczący zakażeń szpitalnych w poszczególnych krajach, a duży kraj położony nad Bałtykiem na mapie »





MAŁGORZATA BULANDA

PREZES POLSKIEGO
TOWARZYSTWA ZAKAŻEŃ
SZPITALNYCH, CZŁONEK
RADY EKSPERTÓW „STOP
ZAKAŻENIOM SZPITALNYM.
PROGRAM PROMOCJI HIGIENY
SZPITALNEJ”, KIEROWNIK
ZAKŁADU EPIDEMIOLOGII
ZAKAŻEŃ KATEDRY
MIKROBIOLOGII, *COLLEGIUM
MEDICUM* UNIWERSYTET
JAGIELLOŃSKI W KRAKOWIE

Nagroda za zaangażowanie
w działania Rady Ekspertów
„Stop Zakażeniom
Szpitalnym. Program
Promocji Higieny Szpitalnej”.

foto. Dziaki (2x)

» europejskich wyników jest przedstawiony jako biała plama – brak danych. Chcemy to zmienić.

Na jakim etapie jest realizacja programu?

Rozesłaliśmy już do wszystkich polskich szpitali informację o możliwości przystąpienia do programu. Mamy nadzieję zebrać dane z ok. 20–25 proc. polskich zakładów opieki medycznej. Nasze badania zawężymy do dwóch modułów: nadzoru nad zakażeniami miejsca operowanego w wybranych procedurach operacyjnych oraz rejestracji trzech dominujących form klinicznych zakażeń szpitalnych na oddziałach intensywnej terapii –

Dawniej więcej było spraw jednoznacznych, w których zakażenie wynikało z błędu lub niewiedzy personelu medycznego. Obecnie są one rzadkością



Z naszych danych wynika, że do zakażeń najczęściej dochodzi na oddziałach intensywnej terapii, ortopedii oraz wcześniaków

szpitalnego zapalenia płuc, zakażenia krwi oraz układu moczowego. Chcemy uzyskać odpowiedzi na konkretne pytania. Przykładowo: jakie zagrożenie wiąże się z implantacją stawu biodrowego w Polsce? jak często na OIOM-ie dochodzi do powikłań spowodowanych zakażeniami szpitalnymi?

Na jakich oddziałach najczęściej dochodzi do zakażeń szpitalnych?

Z badań przeprowadzonych w ramach programu „Stop Zakażeniom Szpitalnym” wynika, że najczęściej dotyczą one pacjentów hospitalizowanych na oddziałach

intensywnej terapii, ortopedii oraz wcześniaków. Zakażenia szpitalne są nierozłącznym elementem hospitalizacji. Są niejako „odpryskiem” rozwoju medycyny. Obecnie potrafimy przeprowadzić skomplikowane transplantacje wielonarządowe, trudne implantacje oraz posługujemy się inwazyjną diagnostyką. To wszystko pozwala ratować życie, ale równocześnie zwiększa prawdopodobieństwo zakażenia szpitalnego. Nie jesteśmy w stanie wyeliminować całkowicie ryzyka, ale powinniśmy dążyć do jego maksymalnego zmniejszenia. Szczególnie ważne jest ujednoczenie wykształcenia personelu szpitalnego, tak aby wyniki rejestracji zakażeń szpitalnych były porównywalne.

Szpitalne do 15 lutego 2013 r. muszą przygotować według nowych przepisów raport o czynnikach alarmowych za 2012 r. Zmianie uległa m.in. lista patogenów alarmowych. W jaki sposób na przestrzeni lat zmieniają się czynniki etiologiczne zakażeń szpitalnych oraz czynniki ryzyka wystąpienia zakażenia?

Kilkadziesiąt lat temu uważano, że czynnikami etiologicznymi zakażeń szpitalnych są tylko bakterie. Obecnie wiemy, że każdy czynnik infekcyjny może być przyczyną zakażenia szpitalnego, a więc wirusy, bakterie (w tym wielooporne), pierwotniaki, a nawet wielokomórkowe pasożyty. Wśród nowych zagrożeń wymienia się także czynniki infekcyjne, nieożywione, jakim są priony. Pojawiają się także coraz to nowe czynniki ryzyka wystąpienia zakażenia szpitalnego. W ostatnich miesiącach specjaliści zrzeszeni w programie „Stop Zakażeniom Szpitalnym” poszukiwali źródeł ryzyka zakażenia w rodzaju obłożeń chirurgicznych i bielizny operacyjnej. Badania tych materiałów na przenikanie bakterii na mokro wykazały, że już po pierwszym praniu odnotowuje się drastyczny spadek poziomu barierowości. Wciąż jednak są szpitale, które stosują wielorazowe bawełniane obłożenia chirurgiczne. ■

Rozmawiała Natalia Adamska-Golińska