

Jak będziemy się ubierać w polskich szpitalach



Dress code na dyżurze

Podejmując kluczowe wyzwania dla polskiego szpitalnictwa i próbując mobilizować do wspólnej refleksji, w jednym z ostatnich numerów „Menedżera Zdrowia” poruszyliśmy kwestię kontroli zakażeń szpitalnych na przykładzie rozprzestrzeniania się *Klebsiella pneumoniae* New Delhi. Chcąc podążać tym samym tropem i analizować wyzwania związane z kontrolą zakażeń, nie możemy nie poruszyć kolejnego tematu o podstawowym znaczeniu. Jest nim odpowiedzialność związana z właściwym ubiorem podczas pracy w szpitalach.

Sprawa jest ewidentnie gorącym tematem i wymaga szybkiego wdrożenia zmian nie tylko w mentalności, lecz także w rzeczywistości polskich szpitali.

Dlaczego białe fartuchy?

W 1990 r. w 15 europejskich krajach przeprowadzono badanie, którego celem było uzyskanie odpowiedzi na pytanie, dlaczego lekarze noszą białe fartuchy¹. Oto trzy najczęściej podawane powody:

- ze względu na łatwe rozpoznawanie lekarza przez personel i pacjentów,
- w celu przechowywania przedmiotów podręcznych w kieszeniach,
- aby zachować czystość ubrań.

W ostatnich latach opublikowano wiele badań dotyczących kontaminacji ubrań roboczych personelu bakteriami chorobotwórczymi. Badania zostały poddane analizie w pracy przeglądowej z 2016 r., z której wynika, że ubrania robocze oraz przedmioty podręczne (np. stetoskopy, telefony) są często zanieczyszczane bakteriami, m.in. gronkowcami złocistymi (w tym MRSA) i wieloopornymi pałeczkami Gram-ujemnymi².

Zalecenia brytyjskie i amerykańskie

Na podstawie przeglądu badań wskazujących na ryzyko transmisji drobnoustrojów chorobotwórczych na pacjentów poprzez ubrania pracowników Ministerstwo Zdrowia Wielkiej Brytanii w 2007 r. wydało zalecenia dla szpitali dotyczące właściwej polityki ubraniowej³:

- nie cały personel medyczny musi nosić ubrania robocze,
- w kształtowaniu polityki ubraniowej należy brać pod uwagę zarówno względy epidemiologiczne, jak i ocenę szpitala przez pacjentów oraz wizerunek placówki,
- sposób ubierania się personelu powinien wzbudzać zaufanie pacjentów,
- należy nosić ubrania z krótkim rękawem i unikać noszenia białych fartuchów podczas kontaktu z pacjentami,
- należy nosić identyfikatory,
- jeżeli ubrania robocze są prane w warunkach domowych, to należy stosować najwyższą dopuszczalną temperaturę prania (minimum 60°C przez co najmniej 10 minut).

Niedawno opublikowane zalecenia dwóch stowarzyszeń skierowane do szpitali w USA wskazują na konieczność noszenia ubrań w taki sposób, aby nie stanowiły one źródła zakażenia dla pacjentów^{4,5}. Zalecenia jednego z nich, Society for Healthcare Epidemiology of America, uznawane są obecnie za najsilniej wsparte dowodami naukowymi (tab. 1). W badaniach nie wykazano, aby pranie ubrań roboczych w warunkach domowych stanowiło zagrożenie dla pracowników i ich rodzin. Przy przestrzeganiu kilku zasad jest to bezpieczne również dla pacjentów^{6,7}. Białe fartuchy lekarskie są prane najrzadziej i mogą stanowić istotne źródło niebezpiecznych dla pacjentów drobnoustrojów⁸.

„Zalecenia dotyczące ubrań pracowników służby zdrowia opracowane przez Society for Healthcare Epidemiology of America są uznawane za najsilniej wsparte dowodami naukowymi”

Co mówi Kodeks pracy?

Polskie wymagania prawne dotyczące stosowania ubrań ochronnych umieszczone są w Kodeksie pracy – w rozdziale IX (art. 2376 i 2377). Zgodnie z tymi przepisami pracodawca jest obowiązany dostarczyć pracownikowi nieodpłatnie:

- środki ochrony indywidualnej zabezpieczające przed działaniem niebezpiecznych i szkodliwych dla zdrowia czynników występujących w środowisku pracy,
 - odzież i obuwie robocze spełniające wymagania określone w Polskich Normach: 1) jeżeli odzież własna pracownika może ulec zniszczeniu lub znacznemu zabrudzeniu, 2) ze względu na wymagania technologiczne, sanitarne lub bezpieczeństwa i higieny pracy.
- Z zapisów Kodeksu pracy wynika, że w szpitalu należy określić stanowiska pracy lub czynności, przy których pracodawca powinien zapewnić pracownikowi ubrania robocze, głównie ze względu na wymagania sanitarne oraz bezpieczeństwo pracownika. Z epidemiologicznego punktu widzenia – biorąc pod uwagę bezpieczeństwo personelu – stosowanie indywidualnych środków ochrony jest uzasadnione w następujących sytuacjach:
- wykonywanie czynności narażających pracownika na kontakt z krwią i materiałem biologicznym potencjalnie zakaźnym (wirusy hepatotropowe) – dotyczy stosowania rękawiczek oraz ochrony oczu i błon śluzowych jamy ustnej,
 - kontakt z pacjentem poddanym izolacji – dotyczy stosowania ochrony w zależności od rodzaju izolacji: masek (izolacja kropelkowa) bądź fartuchów i rękawiczek (izolacja kontaktowa).

W 2013 r. w ramach Narodowego Programu Ochrony Antybiotyków opublikowane zostały zalecenia, zaakceptowane przez Ministerstwo Zdrowia, dotyczące polityki ubraniowej na oddziałach intensywnej terapii. Wynika z nich, że personel medyczny tych oddziałów powinien zakładać czyste ubrania z krótkimi rękawem na każdy dyżur⁹.

Porozmawiajmy o kosztach

Analiza ekonomiczna dotycząca stosowania ubrań roboczych przeprowadzona na podstawie kilku przykładów polskich szpitali dała następujące wyniki:

Tabela 1. Zalecenia Society for Healthcare Epidemiology of America z 2014 r. dotyczące noszenia ubrania w szpitalach poza blokiem operacyjnym

Zasada	Omówienie
Nic poniżej łokci	Personel nosi ubrania z krótkim rękawem, bez biżuterii i zegarków
Białe fartuchy	Jeżeli szpital wymaga noszenia białych fartuchów w celu utrzymania tzw. profesjonalnego wyglądu, to należy spełnić dwie poniższe zasady: 1. Personel powinien mieć dostęp do co najmniej dwóch białych fartuchów i do bezpłatnego lub po niskich kosztach prania zapewnianego przez szpital. Uzasadnienie: takie postępowanie pozwala na utrzymanie profesjonalnego wyglądu i na częste pranie fartuchów. 2. Powinny być dostępne wieszaki, na które personel odwiesza białe fartuchy po kontakcie z pacjentem i jego środowiskiem. Uzasadnienie: takie postępowanie pozwala zadbać o profesjonalny wygląd i ograniczyć kontakt pacjenta z potencjalnie zanieczyszczonym mikrobiologicznie fartuchem
Inne elementy ubrania	Nie ma uzasadnienia ograniczenia noszenia krawatów – powinny być zabezpieczone przed kontaktem z bezpośrednim otoczeniem pacjenta
Pranie	Częstotliwość prania: optymalnie ubranie, które ma bezpośredni kontakt z pacjentem lub jego środowiskiem, powinno być prane codziennie Pranie w domu: nie ma jasnego potwierdzenia przewagi prania w pralni szpitalnej nad praniem w domu. Jeżeli ubrania są prane w domu, powinna być stosowana najwyższa możliwa temperatura prania
Obuwie	Obuwie powinno okrywać palce i nie mieć obcasów
Identyfikatory	Identyfikatory powinny być noszone w sposób widoczny dla personelu i pacjentów
Stetoskopy	Stetoskop powinien być dezynfekowany przed użyciem do badania kolejnych pacjentów
Inne przedmioty podręczne	Liczba innych przedmiotów podręcznych, takich jak telefony, pieczątki i długopisy, noszonych w trakcie kontaktu z pacjentem powinna zostać ograniczona do minimum, a same przedmioty poddawane stałej dezynfekcji

- zakup ubrań dla personelu: spodnie i bluza z krótkim rękawem – koszt jednego kompletu mieści się w zakresie 40–60 zł netto; aby zachować zasadę zmiany ubrania na każdy dyżur i móc korzystać z usług pralniczych, które zapewnia szpital, jedna osoba potrzebuje ok. 4 kompletów ubrań, co prawdopodobnie może wystarczyć na 2 lata;
- korzystanie z ubrań jednodziurów, które szpital otrzymuje w leasingu z pralni – koszt jednego kompletu (bluza i spodnie) na jedno zastosowanie mieści się w zakresie 2,1–2,6 zł netto w zależności od liczby ubrań; dodatkowo wynajęcie szaf zapewniających kontrolowany dostęp do ubrań przez personel medyczny to ok. 5 gr netto więcej za jeden komplet ubrań.

Szpitalna polityka ubraniowa

Biorąc pod uwagę przedstawioną powyżej analizę, można przedstawić następujące sugestie dotyczące szpitalnej polityki ubraniowej:

1. Decyzja o stosowaniu ubrań roboczych powinna uwzględniać bezpieczeństwo epidemiologiczne pacjentów i personelu oraz dbałość o wizerunek szpitala.
2. Należy określić, jaki personel medyczny powinien nosić ubrania robocze, bowiem obowiązek ten nie musi dotyczyć każdego członka personelu, zwłaszcza tych osób, które swoje czynności oddziałowe ograniczają do badania pacjentów. Przy wykonywaniu niektórych zabiegów mogą być stosowane jednorazowe fartuchy ochronne.
3. Za najbardziej niebezpieczny dla pacjentów – z epidemiologicznego punktu widzenia – należy uznać

sposób postępowania, w którym personel medyczny pozostający w kontakcie z pacjentem nosi fartuchy przez wiele dni, a kieszenie pełne są przedmiotów podręcznych.

4. Należy stosować zasadę – nic poniżej łokci, co implikuje noszenie ubrań z krótkim rękawem oraz ręce wolne od biżuterii.
5. Powinno się ustalić w szpitalu zasady korzystania z przedmiotów podręcznych oraz sposób ich dekontaminacji. Przedmioty podręczne, takie jak stetoskopy, powinny być dezynfekowane między badaniami poszczególnych pacjentów. Liczba przedmiotów podręcznych noszonych w kieszeniach, takich jak telefony czy pieczątki, powinna zostać ograniczona do minimum; nie powinny być one dotykane w trakcie kontaktu z pacjentem i przed przeprowadzeniem higieny rąk, należy je też poddawać okresowej dezynfekcji.
6. Częstotliwość prania ubrań roboczych powinna być uzależniona od intensywności kontaktu z pacjentem i jego środowiskiem. W przypadku częstego kontaktu z pacjentami ubrania powinny być traktowane jako jednodziurów i po zakończeniu dnia pracy prane.
7. Większość wyżej wymienionych sugestii dotyczy górnej części ubrania, spodnie można z reguły stosować wielokrotnie, z wyjątkiem personelu wykonującego prace, w trakcie których dolna część ubrania również pozostaje w częstym kontakcie z pacjentem i jego środowiskiem.
8. W przypadku napotkania barier finansowych wdrożenie zasad polityki ubraniowej powinno dotyczyć

przede wszystkim personelu oddziałów intensywnej terapii, oddziałów hospitalizujących pacjentów szczególnie podatnych na zakażenia, oddziałów o udokumentowanym łatwym przenoszeniu drobnoustrojów drogą kontaktową (np. *Clostridium difficile* czy *Klebsiella pneumoniae*) oraz personelu sprzątającego.

9. Nie ma przesłanek epidemiologicznych, aby zabraniać personelowi medycznemu prania ubrań roboczych w warunkach domowych. W przypadku korzystania z prania domowego należy opracować i wdrożyć następujące zasady: pranie w najwyższej dopuszczalnej temperaturze (minimum 60°C), pranie ubrania roboczego w osobnym cyklu pralniczym – bez innych ubrań, przenoszenie ubrania między domem i pracą w sposób gwarantujący zachowanie jego czystości.

Obnażone uchybienia

Przedstawione powyżej fakty obnażają stan naszej dbałości epidemiologicznej związanej z ubiorem, a zasadniczo drastyczne uchybienia w tym zakresie. Temat jest niezwykle wybuchowy, gdyż wymaga prze-modelowania myślenia dużej części personelu, przede wszystkim lekarskiego oraz pielęgniarskiego, na co w dużej części tych środowisk nie ma zgody bądź brakuje świadomości tego problemu. Konieczna jest więc systematyczna i rzetelna edukacja w tym względzie, a także podejmowanie racjonalnych, odważnych, a jednocześnie rozważnych kroków. Jest to ważne ze względu na skalę wyzwań, jednak sprostanie im wiąże się z sukcesem dotyczącym ograniczenia zakażeń szpitalnych.

Wybuchowość w tej sprawie obejmuje także sferę zarządzania. Dostarczanie ubiorów szpitalnych osobom pracującym w naszych lecznicach, a tym zapewne skończy się wprowadzanie racjonalnych zmian, związane jest z dość pokaźnym obciążeniem finansowym, przed którym jednak nie uciekniemy. Należy więc uparcie przygotowywać odpowiedzialnych za nasz sektor finansowy, budując świadomość, że dbałość w zakresie ochrony przed zakażeniami jednak niemało kosztuje. Ważne jest także mobilizowanie w tym względzie decydentów szczebla ministerialnego i płaćnika.

Nie uciekać w niuanse

Miejmy nadzieję, że zmian nie zablokują wysublimowane polemiki, do których uciekamy się jako medycy, gdy porusza się niewygodne dla nas tematy. Dyskusja może wówczas dotknąć niuansów, np. spraw związanych z noszeniem obrączek, dylematów związanych z krawatami, komórkami, zegarkami czy długością rękawów. Ważne jest, by te niuanse nie przestały nas na boczne tory, blokując zmiany. Jeśli nawet sugestie szczegółowych rozwiązań ulegają subtelny modyfikacjom, to wprowadzanie zmian w tym zakresie musi nabierać tempa.

„Nie ma przesłanek epidemiologicznych, aby zabraniać personelowi medycznemu prania ubrań roboczych w warunkach domowych”



Warto zaprosić czytelników do dyskusji o sposobach przeprowadzenia – niezbędnej w naszej rzeczywistości – ubraniowej rewolucji.

Tomasz Ozorowski, Szczepan Cofta

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 Przemieniania 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 pulmonologią w Wielkopolsce i wiceprezesem Polskiego Towarzystwa Mukowiscydozy.

Przypisy

- Farraj R. i wsp.: *Why do hospital doctors wear white coats?* „J Royal Soc Med” 84/1991, s. 43.
- Haun N. i wsp.: *Healthcare Personnel Attire and Devices as Fomites: A Systematic Review*, „Infect Control Hosp Epidemiol” 37/2016, s. 1367-1373.
- Department of Health: *Uniforms and workwear – an evidence base for developing local policy*, 2007.
- <http://professionals.site.apic.org/10-ways-to-protect-patients/what-youwear-matters/> (dostęp: 28.05.2017).
- Berman G. i wsp.: *Healthcare personnel attire in non-operating-room settings*, „Infect Control Hosp Epidemiol” 35/2014, s. 107-121.
- Wilsno J. i wsp.: *Uniform: an evidence review of the microbiological significance of uniforms and uniform policy in the prevention and control of healthcare-associated infections. Report to the Department of Health (England)*, „J Hosp Infect” 66/2007, s. 301-307.
- Patel S. i wsp.: *Laundering of hospital staff uniforms at home*, „J Hosp Infect” 62/2006, s. 89-93.
- Silvia Munoz-Price L. i wsp.: *Differential laundering practices of white coats and scrubs among health care professionals*, „Am J Infect Control” 41/2013, s. 565-567.
- Trekel A. i wp.: *Bacterial contamination of health care workers' white coats*, „Am J Infect Control” 37/2009, s. 101-105.
- Hryniewicz W. i wsp.: *Strategia zapobiegania lekooporności w oddziałach intensywnej terapii. Rekomendacje profilaktyki zakażeń w oddziałach intensywnej terapii*, 2013, www.antybiotyki.edu.pl.