



graf. Mediscan/Corbic

Nikt nie zna prawdziwej liczby infekcji szpitalnych w Polsce

# Zmowa milczenia

Jacek Szczęsny

Co jakiś czas pojawiają się w prasie artykuły o wstrząsających tytułach: *Z powodu zakażeń w szpitalach ginie więcej ludzi niż w wypadkach drogowych; Więcej ludzi umiera w Polsce z powodu zakażeń niż w Europie Zachodniej od postrzałów z broni palnej.* Tak naprawdę nikt jednak nie wie, do ilu takich infekcji dochodzi rocznie, ponieważ w co czwartym szpitalu nie ma nadzoru mikrobiologicznego, a wytycznych GIS dotyczących rejestracji i informowania o zakażeniach w niektórych województwach przestrzega zaledwie 60 proc. placówek.

Brak danych (a w efekcie niewiedza najważniejszych instytucji państwa o tym zjawisku) to skutek koincydencji co najmniej kilku elementów.

## Odium historii

Należy do nich na pewno skupienie się w przeszłości na biernej rejestracji zdarzeń, braku odpowiednio przygotowanego personelu i systemu. Do tego należy dodać niedostatki wyposażenia laboratoriów, nieświadomość lekarzy i pielęgniarek (*którzy zbyt rzadko myją ręce* – niedawno mówił o tym Zbigniew Religa) oraz stygmat błędu medycznego ciążyący na zakażeniu. – *Według mnie, tworzenie sprawnego systemu rejestracji zakażeń należałoby rozpocząć od zmiany mentalności personelu. Dopóki infekcje będą uznawane za błąd w sztuce, dopóty lekarze i pielęgniarki, a także szefowie placówek, nie będą zainteresowani ich ujawnianiem* – mówi Marek Labon, zastępca dyrektora ds. medycznych Akademickiego Centrum Klinicznego w Gdańsku. Podkreśla on także, że zakażenie nieodłącznie towarzyszy leczeniu. Przykładem są choćby choroby na wszelkie odmiany białaczki. Stosuje się u nich tak agresywną terapię, że niemal u każdego pacjenta pojawia się posocznica. Gorzej, gdy nie rejestruje się infekcji wynikających z wkłuwania wenflonów. Codziennie tysiące wkłuc wykonują w Polsce pielęgniarki (tymczasem jest to procedura lekarska), które nie interesują się, czy doszło do infekcji. W efekcie nie wiadomo, ile mamy z tego powodu zakażeń. – *W krajach zachodnich od dawna rejestruje się tego typu przypadki i znamy dokładne dane na temat zakażeń po wkłuciach wenflonów. W naszym kraju to tabula rasa* – komentuje Marek Labon.

## Od Annasza do Kajfasza

Specjaliści są zgodni: dopóty nie dowiemy się, jaki jest stan zakażeń szpitalnych w Polsce, dopóki nie powstanie sprawny system ich rejestracji od powiatowego szpitala począwszy, a na resorcie zdrowia, Głównym Inspektoracie Sanitarnym i Państwowym Zakładzie Higieny skończywszy. – *Gdy brałem udział w pracach legislacyjnych poświęconych problematyce zakażeń, nie można było dojść do porozumienia, czy GIS ma przekazywać dane o zakażeniach naszej instytucji. Na świecie informacje na ten temat są zbierane w ramach programu Helics. My ciągle nie dorobiliśmy się ogólnopolskiego programu rejestracji. Funkcjonuje wprawdzie krakowskie Towarzystwo Zakażeń Szpitalnych prof. Piotra Heczki, które wykonuje swoją pracę bardzo rzetelnie, ale jest to inicjatywa społeczna. Uważam jednak, że ogólnopolski system rejestracji zakażeń może dotyczyć tylko pewnej grupy patogenów* – mówi prof. Andrzej Zieliński, konsultant krajowy w dziedzinie epidemiologii.

Przeciwnego zdania jest Marek Labon: – *Stworzenie ogólnokrajowego systemu rejestracji jest możliwe. Dotychczas tego nie zrobiono, bo o zakażeniach mówią osobno przedstawiciele różnych dziedzin i ich wiedza rozprasza się. Od-*



FOT. PAP

**” prof. Waleria Hryniewicz:**  
– Abyśmy posiadli pełną wiedzę na temat zakażeń, konieczne jest stworzenie profesjonalnych zespołów szpitalnych, audytowanych przez ośrodki referencyjne ”

*dzielnie spotykają się mikrobiolodzy, chirurdzy, urolodzy i specjaliści od antybiotykoterapii. Tymczasem ich informacje powinny zostać zintegrowane przez ministra zdrowia, który wymusiłby powstanie monitoringu chorób i procedur.*

## Nikt nic nie wie

O tym, że nie mamy wiarygodnego systemu, świadczą dane zbierane przez PZH. Wynika z nich, że w wielu z ponad 700 szpitali zakażeń w ogóle nie ma. – *Oznacza to, że pracownicy tych placówek nie informują o takich przypadkach, a system kontroli jest niewydolny. Według danych Polskiego Towarzystwa Zakażeń Szpitalnych, liczba infekcji wynosi 1–2 przypadki na 100 hospitalizowanych. Dane zebrano na podstawie biernej formy monitorowania, polegającej na zgłaszaniu zakażeń przez lekarzy prowadzących. Metoda ta, na co wskazują doświadczenia krajów, gdzie systemy kontroli funkcjonują, pozwala na wykrycie jedynie 10–15 proc. zakażeń, co wskazywałoby, że realna ich liczba w Polsce wynosi 8–10 na 100 hospitalizacji* – stwierdza dr Paweł Grzesiowski, kierownik Zakładu Profilaktyki Zakażeń i Zakażeń Szpitalnych Narodowego Instytutu Leków.



foto: Fotoczepa

” dr Paweł Grzesiowski:  
– Do efektywnego monitoringu  
zakażeń szpitalnych potrzeba  
3,5 tys. pielęgniarek  
epidemiologicznych. Tymczasem  
na razie jest ich 700 ”

Wzrastająca liczba procesów wytaczanych szpitalom świadczy o tym, że chorzy przestali być biernymi uczestnikami procesu leczenia. Coraz większa świadomość (pobudzana doniesieniami mediów) powoduje, że pacjenci zwracają uwagę na jakość usług medycznych, o których świadczy m.in. liczba zakażeń. Spróbowaliśmy się dowiedzieć, czy informacje na temat zakażeń można uzyskać u źródła – czyli w szpitalu. Do kilkudziesięciu placówek w Polsce wysłaliśmy prośbę o podanie danych o zakażeniach. Zareagowała jedna osoba (!), która – po uzgodnieniu z dyrektorem szpitala – była gotowa udostępnić takie informacje. – *Nie sądzę, aby konieczne było publiczne udostępnianie danych o zakażeniach. Zwłaszcza że jest to wiedza fachowa, która laikom niewiele powie. Niezbędne jest natomiast aktywne rejestrowanie zakażeń i udostępnianie danych instytucjom kontrolnym. Jednak, abyśmy posiadli pełną wiedzę na temat zakażeń, konieczne jest stworzenie profesjonalnych zespołów szpitalnych, audytowanych przez ośrodki referencyjne* – mówi prof. Waleria Hryniewicz z Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego.

Według kierownik Zakładu Epidemiologii i Mikrobiologii Klinicznej IZP, warunkiem rzetelnego monitoringu jest silne umocowanie prawne zespołu ds. zakażeń (gwarantujące jego członkom niezależność) oraz fundusze pozyskiwane z budżetu organu założycielskiego (a nie samego szpitala). Tak wygląda

teoria. – *Praktyka jest taka, że ustawa o chorobach zakaźnych powstała w 2001 r., ale rozporządzenia wykonawcze opublikowano dopiero 4 lata później. W efekcie system rejestracji działa od 2 lat. To jednak nie wszystko – brakuje pielęgniarek epidemiologicznych, których powinno być ok. 3,5 tys., a na razie mamy ich zaledwie 700* – komentuje dr Paweł Grzesiowski.

## Zero procent

Warto zwrócić uwagę, że ustawa powinna zostać znowelizowana, bo pominięto w niej udział diagnosty laboratoryjnego w zespole ds. kontroli zakażeń szpitalnych (co nie jest zgodne z trendami światowymi i wiedzą medyczną w tym zakresie). Udział mikrobiologa jest konieczny, bo odpowiada on za nadzór nad bezpieczeństwem mikrobiologicznym placówki, ma wiedzę na temat nowych mechanizmów lekooporności i nowych drobnoustrojów alarmowych. Zanim zatem w pełni ukształtuje się system oparty na założeniach ustawy z 2001 r., konieczne jest korzystanie z programu OPTY, który zdaniem wielu ekspertów jest jedynym w Polsce systemem ciągłego monitorowania sytuacji epidemiologicznej w szpitalach. Obejmuje on ponad 15 proc. łóżek szpitalnych i ponad 12 proc. wszystkich hospitalizacji. Z danych OPTY wynika, że wydatki na antybiotyki stanowią nawet 30 proc. budżetu placówek medycznych (wg badań prowadzonych w szpitalach UE, średni koszt antybiotyków nie powinien przekraczać 15 proc. budżetu przeznaczanego na zakup leków). Tak wysoki odsetek wydatków na antybiotyki może świadczyć o ogromnej liczbie infekcji, nieujawnianych w statystykach. Pośrednim dowodem na istnienie *ciemnej* liczby infekcji są zakażenia przyranne. – *W statystykach nie są one w ogóle wykazywane. W prywatnych rozmowach z lekarzami i personelem medycznym szpitali ujawniane są dziesiątki przypadków. To najlepszy dowód, że już najwyższy czas, by zakażenia zaczęto traktować poważnie. Gdy w USA uświadomiono personelowi i pacjentom, że infekcje są nieuchronnym elementem procesu leczenia, zwiększyła się ich wykrywalność, a w efekcie poprawiła jakość usług medycznych* – konkluduje Marek Labon. ■

## Stan zagrożenia

Badania prowadzone przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego wykazują, że w Polsce poziom lekooporności stale wzrasta, pojawiają się nowe mechanizmy oporności. W różnych regionach kraju obserwuje się groźne zachorowania, w tym ogniska epidemiczne wywołane przez lekooporne bakterie. Najczęściej występują one w szpitalach i zamkniętych instytucjach opiekuńczych (domy opieki, domy dziecka itp.), w których z powodu zakażeń wywołanych przez bakterie wielooporne umiera co roku co najmniej 30 tys. osób.