

Az infékciónkontroll team helye a kórházi struktúrában

Korom Judit, Országos Idegtudományi Intézet

Bojtorné Szegedi Ágnes, Bajcsy-Zsilinszky Kórház és Rendelőintézet

Bár a helyes infékciónkontroll tevékenység jelentős megtakarítást eredményezhet a fekvő-beteg ellátó intézmények működtetésében, ma Magyarországon mégsem kap elegendő figyelmet a kórházi fertőzések megelőzésére irányuló tevékenység. Az infékciónkontroll zökkenőmentes megvalósításának hiányosságait az infékciónkontroll team kórházi organogramokban való elhelyezkedése, és a más osztályokhoz való kapcsolódási lehetőségei is tükrözik. Cikkünkben példákkal illusztrálva kívánjuk bemutatni, milyen visszás helyzeteket eredményez a napi fertőzés-megelőzési munka során a szervezeti struktúrában belül elfoglalt hely, valamint szeretnénk bemutatni, milyen változtatásokat javasolt a MESZK Közegészségügyi-Járványügyi Tagozata a helyzet orvoslására.

Although the correct infection control activities can result in significant savings to hospitals this activity does not receive sufficient attention in Hungary. The problems of appropriate implementation of infection control are reflected in the position of the infection control team in hospital organigrams, and possibilities to connect to other departments. In this paper, examples will be presented, about how perverse situations resulted in every day work in prevention of infections due to the organizational structure and we want to demonstrate how proposed changes by the Hungarian Chamber of Nurses remedy the situation.

BEVEZETÉS

„Nozokomiális (kórházi) fertőzés: azon egészségügyi ellátással összefüggő fertőzés, melyet a beteg, az egészségügyi dolgozó, valamint az egészségügyi ellátással kapcsolatba kerülő más személy a fekvőbeteg-szakellátás során szerez, és amely az intézményi felvételnél lappangó formában sem volt jelen.” [1] A leggyakoribb nozokomiális fertőzési típusok a húgyúti fertőzések, a műtéti sebfertőzések, a pneumóniák, és a véráramfertőzések. „A húgyúti fertőzések gyógyítása 150-550 \$ költséggel jár fertőzésenként, ez 150 millió-1,8 milliárd dollár költséget jelent évente az USA-ban.” [2] „A CDC adatai szerint a sebfertőzések átlagosan 12 nappal nyújtják meg a kórházi bennfekvés időtartamát és fertőzésenként 27 000 \$ költséget jelentenek. Az európai surveillance adatok (Hospitals in Europe link for Infection Control-HELICS) szerint a sebfertőzések átlagosan 9,8 nappal nyújtják meg a kórházi tartózkodás idejét.” [3] „A nozokomiális pneumónia kialakulásának rizikója 6-21-szer magasabb

a géppel lélegeztetett betegek körében.” A lélegeztetéssel összefüggő pneumónia (Ventilator-Associated Pneumonia – VAP) kialakulása esetén „a kórházi bennfekvés idő 4-9 nappal hosszabbodik meg”, a gyógyítás költsége 40 000 \$/beteg.” [4] „Az USA-ban évente kb. 80 000 érkatéterrel összefüggő primer sepszist regisztrálnak.” „A szekunder véráramfertőzések egyéb nozokomiális fertőzések súlyos komplikációi.” „Az egy véráramfertőzésre jutó költség az USA kórházaiban 34 000-56 000 \$. A véráramfertőzések átlagosan 10 nappal hosszabbítják meg a kórházi bennfekvés időt.” [5]

Arról, hogy mennyi plusz költséget jelent egy-egy nozokomiális fertőzés kezelése, valamint izolációs technikák és eszközök alkalmazása, ma Magyarországon nem állnak rendelkezésre költségvetéses számítások. Azonban az USA adatait látva biztosak lehetünk abban, hogy jelentős többletköltségeket jelentenek a kórházi fertőzések az amúgy is komoly gazdasági nehézségekkel küszködő fekvőbeteg ellátó intézményeink számára.

„Tudományos evidenciák magas szintjén (randomizált kontrollált vizsgálatok, a tudományos evidenciák 4. szintje) bizonyított, hogy a kórházi fertőzések 30-50%-a (manifesztációtól függően) megfelelő kórházhigiénés/infékciónkontroll eszközök alkalmazásával megelőzhető.” [6]

AZ INFÉKCIÓNKONTROLL MŰKÖDÉSE

A nozokomiális fertőzések megelőzése surveillance végzésből, járványügyi vizsgálatból, és a vizsgálat tapasztalatai alapján megtett járványügyi intézkedésekből tevődik össze. Fontosak a vizsgálat következtetései nem csak a vizsgált osztály, részleg számára, hanem a menedzsment számára is, a megfelelő fertőzés megelőzési stratégia intézményi szintű kezelése miatt is. A kórházhigiénés szakember által tett javaslatok arra szolgálnak, hogy a hasonló járványügyi szituációt el lehessen kerülni.

A 20/2009. (VI. 18) EüM rendelet (továbbiakban: IC rendelet) határozza meg a fertőzés megelőzés érdekében ellátandó feladatokat, és határozza meg az infékciónkontroll működtetésének szakmai minimumfeltételeit. A rendelet számos előírást tartalmaz, melyeket az egészségügyi ellátónak – mind tárgyi, mind személyi feltételként – biztosítani kellene a fertőzések felügyelete, megelőzése során. Az egészségügyi szolgáltatók infékciónkontroll tevékenységének végrehajtása, összehangolása, a surveillance adatok alapján az intézkedések meghatározása a kórházhigiénés szolgálat munkatársainak a feladata.

Tapasztalataink szerint az egészségügyi szolgáltatók többségénél a személyi, tárgyi feltételek nagyon hiányosak. Egyes intézmények megfelelő végzettségű infekciókontroll szakemberekkel sem rendelkeznek, ez által a kötelezően előírt minimális létszám sem biztosított a különböző szakmák képviselőiből.

A továbbiakban csak a fekvőbeteg-ellátás területére korlátozottan tárgyaljuk az infekciókontroll személyi feltételeinek meglétét, és az intézeti struktúrához való kapcsolatát.

Milyen feladatokat kell ellátnia az Infekciókontroll team tagjainak?

Az infekciókontroll tevékenységet végző csoport, osztály, szolgálat egyes tagjainak FEOR szerinti és a munkaköri leírásában meghatározott kompetencia meghatározása, nem feltétlenül illeszkedik a valós és szükséges speciális napi feladatokhoz. Több intézményben a közegészségügyi-járványügyi felügyelő végzettségű munkatárs munkaköri leírásában veszélyes anyagok kezelését, foglalkozás-egészségügyi vagy éppen környezetvédelmi teendőket szerepeltetnek, melyek nem tartoznak a kórházhigiénikusok által végzendő feladatok közé. Előfordul, hogy munkaköri feladatai csak a surveillance tevékenységre korlátozódnak. Az IC rendeletben előírt feladatokat figyelembe véve megkíséreljük az IC team egyes szereplőinek elvárt feladatait bemutatni.

A higiénikus orvos/epidemiológus feladatai, osztályvezetői minőségben:

- Meghatározza a fertőzés megelőzés irányát az adott intézményben. Végző soron érzékeltetve a tevékenység súlyát, mind a menedzsment, mind pedig az összes kórházi dolgozó számára, vagyis felelős az infekciókontroll tevékenység megfelelő presztízséért. Részt vesz a nosokomiális fertőzések besorolásában. Ugyanis az a tapasztalatunk, hogy a klinikusok egy része rendre nem fedezi fel a fertőzéseket, főleg az ápoltság elsődleges betegségének gyógyítását tartja szem előtt. Ez kellemetlen a nem orvos felügyelőnek, epidemiológiai szakápolónak, ha ő már besorolta az adott fertőzést, az ide vonatkozó definíciók alapján, de nincs, aki jóváhagyja.
- Megadja az éves infekciókontroll terv irányát, hiszen ő látja át a többi kórházhigiénés munkatárs tevékenységén keresztül az egészségügyi intézmény aktuális higiénés helyzetét, hozzátéve a saját szakmai tapasztalatait, összegezve, hogy milyen higiénés helyzethez, ehhez milyen megoldási stratégia illeszkedhet.
- Megítéli a közegészségügyi-járványügyi felügyelő, epidemiológiai szakápoló, sterilizáló vezető, mikrobiológus, infektológus munkáját.
- Javaslatot tesz az Intézeti Infekciókontroll és Antibiotikum Bizottság (továbbiakban IIAB) összehívására, napirendi pontjaira, előterjesztésekben tájékoztatja a kórházvezetést az aktuális járványügyi helyzetről, fertőzési statisztikai mutatókról.
- A Kormányhivatal Népegészségügyi Szakigazgatási Szerve felé képviseli az adott egészségügyi intézményt.

- Összeállítja, és/vagy segíti a katasztrófa tervek elkészítését és kontrollálja is azt.
- Kijelöli a célsurveillance irányát, fajtáját.
- Adatainak visszacsatolásáról gondoskodik a klinikum felé. Fertőzés megelőzési protokollokat készít. Tevékenyen részt vesz az Intézmény dolgozóinak oktatásban. Ellátja a Központi Sterilizáló működésének szakmai felügyeletét.

A kórházhigiénikus felügyelő feladatai:

- A surveillance tevékenység során kiszűrt kötelezően jelentendő nosocomialis fertőzéseket, járványokat kivizsgálja, okait igyekszik feltárni.
- Részt vesz az intézmény infekciókontroll tervének elkészítésében és értékelésében is. Ellátja a bejelentendő fertőző betegségek járványügyi felügyeletét, regisztrálja a bejelentett fertőző megbetegedéseket.
- Fertőzés megelőzési protokollok készítésében részt vesz.
- Fertőző betegség esetén járványügyi intézkedéseket tesz.
- Terv szerinti, vagy kampányszerű higiénés szemléket végez, a hiányosságok feltárására, és javaslatokat tesz elhárításukra.
- Szabályozza és felügyeli a steril-anyag ellátás módját, folyamatát, a fertőtlenítési folyamatokat. Monitorozza a protokollok megvalósítását.
- Ellátja az egészségre káros ízeltlábuak és rágcslók elleni védekezés felügyeletét, rendszeres irtások megrendelésére javaslatot tesz.
- Adatakat szolgáltat az Epidemiológiai Felügyeleti Rendszer és Informatikai Rendszerbe (továbbiakban EFRIR) pl: multirezisztens kórokozók (MRK) által okozott fertőzések véráramfertőzések (VÁF) és más kötelező adat-szolgáltatásokat, járvány bejelentéseket.
- Az egészségügyi dolgozók fertőzéseinek megelőzésére irányuló tevékenységeket végez.
- Intézményi oktatásokban szervezőként és/vagy előadóként is részt vállal.
- Foglalkozik a környezeti infekciókontroll megvalósulásával (pl.: fertőtlenítő takarítás kivitelezésének ellenőrzése, víz higiénés problémák kezelése, műtői klímával kapcsolatos tevékenységek stb.).
- Kézhigiénés compliance vizsgálatok elvégzésében, értékelésében és az eredmény visszacsatolásában részt vesz.

Az epidemiológiai szakápoló feladatai:

- Kézhigiénés compliance vizsgálatok tevékeny lebonyolítása, közreműködés az értékelésben.
- Célsurveillance tevékenységhez adatgyűjtés, adatbevitel az EFRIR-be (megosztanak a vélemények arról, hogy kinek a feladata az adatrögzítés).
- Célsurveillance adatok rendszerezése, más intézményekkel, vagy a régebbi állapotokkal való összehasonlításra alkalmas biostatistikai mutatókat számol.
- Megfigyeli az orvosi, ápolói és egyéb egészségügyi személyzet által végzett tevékenységek, beavatkozása-

sok higiénés körülményeit, aszeptikus technikák alkalmazásának megvalósulását, és arról referál feletteseinek.

A mikrobiológus feladatai:

- Naponta jelenti az MRK előfordulásokat, egyéb járványügyi teendőt igénylő kórokozó kitenyészését a kórházhigéne felé.
- Mikrobiológiai surveillance-ot végez.
- Felügyeli a kórokozó gyakoriságot.
- Kórházi rezisztencia térképet készít.
- Figyeli a bejelentendő mikroorganizmusokat, jelzi azok előbukkanását a kórházhigéne felé.
- Elemzi a mikrobiológiai surveillance adatokat, javaslatot tesz az IIAB felé.
- Beszámol az antibiotikum rezisztencia surveillance alakulásáról.
- Az infektológussal konstruktív kapcsolatot tart, közös részvétellel a viziteken.
- Az intézményi antibiotikum politika kialakításához, megvalósításához is szakmai segítséget nyújt.

Az infektológus feladatai:

- Klinikusokat segíti a megfelelő antibiotikum politika kialakításában.
- Betegágy melletti tanácsadói munkát végez, napi szinten (lázas betegek/antibiotikum terápiaiban részesülők).
- Segítséget nyújt nozokomiális fertőző betegségek (szepszis!) kezelésében, a klinikusnak, besorolásukban a kórházhigénés szakembernek.
- Értékeli az antibiotikum rezisztencia surveillance adatait, azokat visszacsatolja.
- Részt vesz a klinikusok, egészségügyi szakdolgozók továbbképzésében.

A Központi sterilizáló vezető feladatai:

- Irányítja és szervezi a sterilanyag ellátást.
- Biztosítja a műszermosogatóhoz, csomagolóhoz, sterilizáláshoz a szükséges tárgyi, személyi feltételeket.
- Eldönti, megfelelő gyári utasítások és szakmai tudásanyag alapján, hogy melyik sterilizálási eljárást alkalmazza adott orvostechnológiai eszköz sterilizálásához.
- Kapcsolatot tart a szervezeti egységekkel a megfelelő előkészítési-fertőtlenítési-csomagolási-sterilizálási technológiák kialakítása érdekében.

A Központi sterilizáló asszisztens feladatai:

- Anyag átvétel.
- Műszer, eszköz előkészítés.
- Műszermosogató, műszerápolás.
- Sterilizálásra kerülő eszközök, anyagok csomagolása, műszertálcák összerakása.
- Műteti textília válogatása, hajtogatása.
- Kötszer előkészítés.
- Sterilizáló berendezések üzemeltetése.
- Steril anyagok kiadása.

Szeretnénk hangsúlyozni, hogy nem kizárólag az inféciókontroll team tagjai a felelősek a nozokomiális fertőzések megelőzéséért, hiszen a kórházakban zajló közvetlen betegellátásban részt sem vesznek. A nozokomiális fertőzések megelőzéséért vállalt felelősség terheli az intézet vezetését, valamint az ellátás bármely szintjén feladatokat ellátó dolgozót, a takarítót, a műszaki szakembereket, ápolónőket, orvosokat, vagyis a kórház összes dolgozóját.

Az inféciókontroll helye a kórházi struktúrán belül

Az IC rendelet semmilyen támpontot nem ad arra vonatkozóan, hogy a kórházi hierarchiához milyen módon kapcsolódjon az inféciókontroll tevékenység. Kivétel ez alól, hogy a minőségügyi rendszer része kell, hogy legyen.

Az alábbiakban aktuális kórházi gyakorlati példákat tipizálunk és mutatunk be a munkáltatói jogkör, a szakmai felettes meghatározására, a teljesség igénye nélkül.

- **Ha megvannak a személyi feltételek, bár az intézmény kiszervezett mikrobiológiai laboratóriumi háttérrel működik:**

Munkáltatói jogkör gyakorlása: a főigazgató a munkáltatója a higiénikus orvos vezetőnek, epidemiológusnak, infektológusnak, mikrobiológusnak; az ápolási igazgató a munkáltatója a kórházhigéne felügyelőnek, epidemiológiai szakápolónak, sterilizáló vezetőnek, sterilizáló asszisztensek;

Szakmai felügyelet ellátása: a higiénikus orvos a vezető, epidemiológus, infektológus szakmai felettese az orvos-igazgató. A kórházhigéne felügyelő szakmai felettese a kórházhigénés szolgálat higiénikus orvos, vagy epidemiológus vezetője. Az epidemiológiai szakápoló, sterilizáló vezető, sterilizáló asszisztenseknek az epidemiológus osztályvezető főorvos vagy ápolási igazgató a szakmai felettese.

- **Hiányzik a higiénikus főorvos, részmunkaidős az infektológus, mikrobiológus nincs, mert saját mikrobiológiai laboratórium sincs, van kórházhigéne felügyelő, epidemiológiai szakápoló.**

Munkáltatói jogkör gyakorló és a szakmai felügyeletet is ellátja: Az infektológusnak, mikrobiológusnak (ha egyáltalán az IIAB tagja) a főigazgató és/vagy orvos-igazgató munkáltatói jogkör gyakorlója, az orvos-igazgató a szakmai felettese.

Munkáltatói jogkör gyakorlója és/vagy a szakmai felügyeletet is ellátja az ápolási igazgató: a kórházhigéne felügyelő, epidemiológiai szakápoló, sterilizáló vezető, sterilizáló asszisztensek

- **Van saját Központi Laboratórium mikrobiológiai részleggel, megfelelő számú és összetételű a személyzet. A központi laboratórium vezetője egyben a kórházhigéne főorvos.**

A kórházhigénés csoport számára a mikrobiológiai laboratórium vezetője az epidemiológus szaktanácsadó.

A kórházhigiénés csoport vezetője az egyik közegészségügyi-járványügyi felügyelő több közül. Infektológus segíti a munkájukat.

A laborvezető/kórházhigiénikus, infektológus munkáltatói jogkör gyakorlója a főigazgató, a szakmai felügyelet az orvos-igazgató látja el. A kórházhigiénikus felügyelők, epid. szakápolók munkáltatója az ápolási igazgató. Az epidemiológiai ápolók és beosztott kórházhigiénikus felügyelők szakmai felügyeletét a csoportvezető kórházhigiénikus felügyelő végzi. A csoportvezető kórházhigiénikus felügyelő szakmai felettese a laborvezető főorvos (higiénikus orvosi végzettséggel), és a munkáltatói jogkör gyakorlója az ápolási igazgató.

AZ INFEKCIÓKONTROLL (IC) TEAM HELYE A SZERVEZETBEN

Az IC team megnevezései a magyarországi kórházakban általában: Kórházhigiénés osztály, csoport, vagy szolgálat. Ha van orvosvezető, akkor az egész team az orvos-igazgatásnak van alárendelve. Ha nincs orvosvezető, az ápolási igazgatás alá tartozik.

Az orvosigazgató és az ápolási igazgató is a főigazgatónak van alárendelve, egymással mellérendeltségi viszonyban vannak. A többi betegellátó osztállyal, részleggel általában alá-fölérendeltségi viszony nincs meghatározva.

Az IC team tagjai az egészségügyi hatóságokkal tarthatják a kapcsolatot, de járvány gyanú esetén hivatalos önálló bejelentési jogosultsága egyik tagnak sincs a hatóságok felé, miközben a járványügyi munka sikerét többek között a gyors reagálás, azonnali intézkedések megtételének lehetősége határozza meg.

Visszás helyzetek a működés során

- A team egyik tagjának felettese zsilipelés nélkül látogat meg egy beteget az ITO-n. A beosztott látja a szabálytalanságot, de a saját felettesét nem szankcionálhatja.
- A gazdasági vezetés felé fertőzést megelőző eszköz beszerzésére tesz javaslatot az IC team. A gazdasági vezető nem szerzi be az eszközt, és a javaslatra sem válaszol. A fertőzések továbbra is nagy számban fordulnak elő. Sok esetben a gazdasági vezetés nem érzi kötelező érvényűnek az IC ajánlások teljesítését, kapcsolata az IC team-mel mellérendeltségi, vagy nem tisztázott.
- A járványbejelentés menete a hatóság felé úgy történik, – ahol nincs higiénikus orvos –, hogy a felügyelő referál az ápolási igazgatónak, majd mindketten az orvos-igazgatónak. Ha az orvos-igazgató is úgy ítéli meg, hogy járvány van, akkor referálnak együtt a főigazgatónak, akinek az aláírásával kimehet a hatóság felé a bejelentő okirat. A be nem jelentett, vagy késve jelentett esethalmozódás növeli a nagyobb és egyre kevésbé kezelhető járvány kialakulásának a veszélyét.
- Az egyszerhasználatos orvostechnikai eszközök egy részének ismételt sterilizálása, felhasználása. Jogszabályi tiltás ellenére több kórházi menedzsment szóban kötele-

zi a sterilizáló vezetőjét az ismételt sterilizálásra és felhasználásra, gazdasági érdekekre hivatkozva. Pedig a gazdasági és a beteg érdek is az, hogy egyszerhasználatos eszközt csak egyszer egy betegnél használjanak, mivel a többszöri felhasználás további igen magas ellátási költségeket eredményezhet, különösen érpályát érintő eszközök esetében, ahol akár a szepezsizis is romolhat a beteg állapota.

A KÓRHÁZHIGIÉNÉS MUNKÁT NEHEZÍTŐ SZERVEZETI TÉNYEZŐK ÉS MEGOLDÁSUK

A fentiekben is látható, hogy nincs jogkör a szakcionálásra, az intézkedés nehézkes, vagy jogkör híján lehetetlen, és mert éppen a felettest kellene kötelezni adott esetben egy járványügyi intézkedés megtételére. Sokszor többszörös az áttétel – az igazgatói tájékoztatás az intézkedés előtt, a csak javaslati hatáskör – gátakat emel a gyors, és hatékony intézkedés elé. A foglalkoztatásban ellentmondásos szituációkat eredményez a munkáltatói jogkör és szakmai felügyelet szétválasztása a két igazgatóság felé, melyek egyike sem rendelkezik magasabb közegészségügyi-járványügyi ismeretekkel, mint akár az epidemiológus, infektológus, vagy éppen a közegészségügyi-járványügyi felügyelő/ellenőr.

A „PROHIBIT EU-s kérdőív az Infekciókontroll Team működésének felmérésére 2011”-ben jól példázta, hogy a magyar sajátosságokat nem tudjuk a válaszokba illeszteni. Az infekciókontroll megosztott vezetése, címszó alatt azt kérdezte, van-e a kórháznak multidiszciplináris IC Bizottsága, és ha igen, kikből áll. A következőkből lehetett választani:

Főigazgató, főigazgató helyettes vagy az igazgatóság képviselője, orvos-igazgató, ápolási igazgató, infekciókontroll orvos, infekciókontroll nővér, mikrobiológus, gyógyszerész, egyéb.

Ritkaságszámba menő, ha az IC Bizottságban a főigazgató személyesen képviselteti magát. Nagyon fontos lenne az infektológus részvétele, de a közegészségügyi-járványügyi felügyelőt is az egyéb kategóriába kellett besorolni a kitöltéskor. Kérdés továbbá, hogy az igazgatóság képviselője alatt kit érthettek. Reméljük, hogy a gazdasági igazgatót, műtővezető főorvost, vagy akár a műszaki osztály vezetőjét.

A következő kérdés: alkalmaznak-e szankciókat a kórházban, amennyiben a dolgozók ismételten megsértik az infekciókontroll szabályokat: az „Igen, a dolgozót egy felettes felügyeli” „Igen, a dolgozót áthelyezik” „Igen, a dolgozót elbocsátják” és a „nincs szankció” lehetséges válaszok közül egyértelmű, mi a leggyakoribb válasz. Bár a kérdőívek kiértékeléséről visszajelzés a kórházak irányába még nem érkezett, feltételezzük, hogy a „nincs szankció” választ jelölték meg a legtöbben. Márpedig a kórházainkban előforduló higiénés szabálytalanságok komoly járványügyi események elindítóit lehetnek. Megjegyeznénk, hogy a mai munkaerőhiánnyal működtetett egészségügyi intézmények esetében az elbocsátás – mint lehetőség – szinte kizárt, de a felettes felügyelete alatt történő éjszakai munkavégzés is elképzelhe-

tetlen ott, ahol éjszaka 40-50 beteg jut 1 nővérré. Talán egyedül az áthelyezéssel lehetne élni a magyarországi viszonyok közt. Szankciók alkalmazása nélkül viszont következmények nélkül ismétlődhetnek a higiénés hiányosságok.

Sok szakmai rendezvényen hangzik el, hogy javítani kell a jelentési fegyvelmen, mert jó néhány helyről értékelhetetlen adatok érkeznek az EFRIR-be, vagy egyáltalán nem jelentenek semmit. Mi lehet az oka annak, hogy a nozokomiális fertőzések jelentős hányada a jéghegy csúcsa alatt marad?

Az Infekciókontroll Team tagjainak elhelyezkedése a kórházi struktúrában.

Az IC rendeletet figyelembe véve az Infekciókontroll Team tagjainak száma kevés, összetétele nem elégséges. A kompetenciák tisztázatlanok. Az IC team tagjainak nincs valódi intézkedési jogköre, általában csak javaslatokat tehetnek a menedzsment felé. A szankcionálás kivitelezhetetlen. A kórház vezetésének az az érdeke, hogy ne legyen járvány, mert az megbénítja a zárlatok miatt a betegellátást. Ha nincs HBCS, nincs finanszírozás. Az IC team érdeke: megtalálni és felszámolni a fertőzéseket, mert minél hamarabb tesszük meg a járványügyi intézkedéseket, annál hamarabb megakadályozható a terjedés. Mind a vezetés, mind a team szeretne tisztában lenni a fertőzések számával, statisztikai mutatóival. A betegnek és a tulajdonosnak a megfelelő, biztonságos betegellátás, a lehető legkevesebb nozokomiális fertőzés, betegellátási költségek alacsonyan tartása az érdeke.

A valóságban az IC team tagjai kevesen vannak, ezért a surveillance adatok nem validak, a valósnál általában alacsonyabbak. A visszacsatolásuk így nem releváns. A nozokomiális fertőzések száma látszólag alacsony, vagy nincsenek is (nem jelentő kórházak!). Nem valós a jelzés a menedzsment és az országos jelentőrendszer felé sem. Látszólag kevés a nozokomiális fertőzés, de mivel nincs elég pénz több IC szakember felvételére, ismét fals adatok képződnek. Ezt követően az önmagába visszatérő folyamat újra indul.

A változtatás lehetséges irányai

A minőségügyi vezetés, munkavédelem, környezetvédelem általában a főigazgató közvetlen felügyelete alatt tevékenykedik az egészségügyi intézményekben. Miért ne lehetne az IC team is a főigazgatónak közvetlen alárendelve?

- 1. verzió:** Az IC team közvetlenül a főigazgató alá helyezése az intézményi struktúrában. Ez által a főigazgató a munkáltatói jogkör és szakmai felügyelet gyakorlójává válik. Megszűnne a többszörös áttét a járványügyi és egyéb intézkedéseket illetően, valamint a főigazgatónak nagyobb rálátása lehetne az intézmény járványügyi helyzetére, annak finansziális vonzataira, megtakarítási lehetőségekre. A szankcionálási jogkör, minőségi premizálás bevezetésével várhatóan csökkenne a nosocomialis fertőzések száma, költsége, ami a menedzsment érdeke is.
- 2. verzió:** Az egészségügyi intézményen belül dolgozna az IC team, de a szakmai irányítójuk és egyben munkálta-

tójuk az egészségügyi hatóság lenne, ahonnan a javadalmazásukat is kapnák. A kontroll gyakorlóját nem bírálhatná fölül maga a kontrollált. Hatósági jogköre lenne a higiénikus orvosnak, közegészségügyi felügyelőnek.

- 3. verzió:** Más bevált nemzetközi, vagy hazai példák adaptálása, melyekkel a nozokomiális fertőzések száma és költsége a jelenlegieknél lényegesen alacsonyabb szintre lenne csökkenthető (pl. skandináv országok)

A MESZK Közegészségügyi-Járványügyi Tagozatának törekvései, eredményei:

A nozokomiális fertőzések megelőzését célzó rendelet megszületése előtt, már 2006-ban jeleztük aggályainkat a tervezettel kapcsolatban. Elégtelennek találtuk az egyes szakterületek ellátásához rendelt minimum létszámokat, hiányoltuk a különböző jogszabályokban szereplő infektókontroll szakemberek kompetenciáinak összhangját, valamint, hogy meghatározásaik nem fedik le a valós tevékenységüket. Eleinte nem kaptunk túl sok biztatást.

2011-ben történt meg az áttörés, amikor csatlakoztunk javaslatainkkal a Semmelweis Tervhez.

Észrevételeinket az előzőekben felsorolt problémák részletezésével tettük meg. Egyik lehetséges megoldásként a már említett munkáltatói jogkör, szakmai felügyelet kórházi struktúrában belüli rendezését javasoltuk. Nagyon fontosnak találtuk továbbá az időben történő izolációt, másrészt pedig költségkímélés szempontjából, hogy a bármely egészségügyi szolgáltatóknál kezelt beteg státuszában jelenjen meg az MRK pozitivitás és azt a megfelelő on-line betegnyilvántartás minden egészségügyi szolgáltató számára hozzáférhetővé tegye. Nagyon fontosnak tartottuk a szakképzés átalakítását a megfelelő ismeretekkel rendelkező infektókontroll szakember, és egészségügyi szakdolgozó alkalmazása érdekében.

A felsőoktatásban (orvosegyetemeken, egészségtudományi karokon) az infektókontroll, mint tananyag elméleti, gyakorlati oktatás nem, vagy kevés óraszámban jelenik meg, melynek optimalizálását javasoltuk a probléma súlyának megfelelően. Nehezíti a helyzetet, hogy a higiénén belül dolgozó munkatársak munkaköri kompetenciája nem tisztázott, nincs összehangolva. Az IC team-ek munkatársai az egészségügyi szolgáltató, illetve a munkáltatói jogkör gyakorlója által összeállított munkaköri leírás szerint dolgoznak. Ahol van higiénikus orvos ott jobban meghatározott a kórházhigiéné művelőinek feladatköre, jogköre. Addig, amíg a higiénikus orvos, közegészségügyi-járványi felügyelő és az epidemiológiai szakápoló FEOR szerinti meghatározása nem megfelelő, az infektókontroll tevékenység sem tud eléggé hatékonyan működni.

A szakképzésről szóló rendelet folyamatban lévő módosításában, a Semmelweis Tervben említett FEOR módosításokat is figyelembe vették. A módosítás tervezetében az epidemiológiai ápoló önálló FEOR számot, ebből következően önálló általános munkaköri leírást kap.

A Semmelweis Tervhez történő, és az IC rendelethez küldött véleményünk a NEFMI részéről meghallgatásra ta-

lált, így az Országos Tisztifőorvosi Hivatallal közös egyeztetés során az általunk benyújtott módosítást elfogadták. A módosított IC rendelet 3§ (5) bekezdése szerint Gyógyintézetben az e rendelet szerinti infekciókontroll tevékenység végrehajtásáért a gyógyintézet főigazgatója a felelős. [7] Közegészségügyi-járványügyi felügyelő (népegészségügyi ellenőr) is betölthet vezetői tisztséget egyes kórházakban, csökkentve ez által a krónikus higiénikus főorvos hiányt. A részállású felügyelői munkaköröket teljes állásban kell ellátni, és az epidemiológiai szakapolók minimális szá-

mán is igazítottak, alkalmazkodva a munkaerőpiacon lévő alacsony számukhoz.

Elmondhatjuk, hogy sikerült a rendelet tervezethez a MESZK Közegészségügyi-járványügyi Tagozat által adott módosítási javaslat teljes mértékű elfogadtatása, mely 2012. május 1-től lép hatályba. Jogszabály harmonizáció szükséges még, mivel a 43/2003. (VII.29.) EszCsM rendelet a gyógyintézetek működési rendjéről, illetve szakmai vezető testületéről még nem tartalmazza az IC rendelet módosításában már szabályozott vezetői szakmai feladatokat.

IRODALOMJEGYZÉK

- [1] 20/2009. (VI. 18.) EüM rendelet az egészségügyi ellátással összefüggő fertőzések megelőzéséről, e tevékenységek szakmai minimumfeltételeiről és felügyeletéről
- [2] Dr. Molnár Kornélia: Nosocomialis fertőzések megelőzése – infekciókontroll 2011. 95. old.
- [3] Dr. Molnár Kornélia: Nosocomialis fertőzések megelőzése – infekciókontroll 2011. 104. old.
- [4] Dr. Molnár Kornélia: Nosocomialis fertőzések megelőzése – infekciókontroll 2011. 98. old.
- [5] Dr. Molnár Kornélia: Nosocomialis fertőzések megelőzése – infekciókontroll 2011. 111. old.
- [6] Dr. Molnár Kornélia: Nosocomialis fertőzések megelőzése – infekciókontroll 2011. 91. old.
- [7] 12/2012. (III. 6.) NEFMI rendelet az egészségügyi ellátással összefüggő fertőzések megelőzéséről, e tevékenységek szakmai minimumfeltételeiről és felügyeletéről szóló 20/2009. (VI.18.) EüM rendelet módosításáról

A SZERZŐK BEMUTATÁSA



Korom Judit intézeti higiénikus, 1985-ben végzett az Orvostovábbképző Intézet Egészségügyi Főiskolai Karán Közegészségügyi-járványügyi Ellenőrképző Szakon. A Taverna Szálloda és Étterem Rt. higiéniai tanácsadója 21 éven keresztül. Hatósági munkát végzett az ÁNTSZ XIII. és XI. kerületi Intézeteinél. 1997-ben elvégezte a Magyar

Területi Epidemiológusképző Program alaptanfolyamát a Népjóléti Minisztérium Világbanki Programirodája szervezésében. Volt a P. Dussmann Kft.-nél területvezető. 1998-

2000-ig az Országos Traumatológiai Intézet Központi Sterilizálójának vezetője. Higiéniai tanácsadóként vállalkozói tevékenységet is végzett. 2002-2009-ig a Bp. Föv. Önk. Szt. János Kórházában kórházhigiénikus felügyelő. 2009-től az Országos Idegtudományi Intézet higiénikusa. A Magyar Infekciókontroll Egyesület tagja. Megalakulása óta tagja a MESZK-nek, ahol 2007-6-tól a Budapesti Szervezet Közegészségügyi-járványügyi Tagozatának vezetője. A kórházhigiéné területén megjelenő módszertani levél és jogszabály tervezetek véleményezésében segíti az országos tagozat munkáját. A MESZK Országos Szervezete rendezvényein is aktív szerepet vállal.



Bojtorné Szegedi Ágnes 1983-ban végzett az Orvostovábbképző Intézet Egészségügyi Főiskolai Karán Közegészségügyi-járványügyi Ellenőrképző Szakon. 1983 óta a Bajcsy-Zsilinszky Kórház kórházhigiénikusa, 2000-től a Higiénés csoport vezetője. 2008 és 2009 között az intézet megbí-

zott minőségügyi vezetője. 2005 óta folyamatosan a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara (MESZK) tagja. 2006-ban a MESZK Országos Szervezeténél a Közegészségügyi-Járványügyi Tagozat helyettes vezetőjének választják, mely feladatot azóta is ellátja. A MESZK Vizsgabizottságának tagja és szaktanácsadója. 2009-től a GYEM-SZI ETI oktatója aszepszis, antiszepszis, valamint fertőtlenítés, sterilizálás modulban.