

## Kézben lehet-e tartani a kézhigiénét?

Szél Borbála, Dr. Nagy Kamilla,  
Szegedi Tudományegyetem

A világ fejlett és kevésbé fejlett higiénével rendelkező országainak egészségügyi ellátását egyformán sújtja a többféle antibiotikumra is rezisztens multirezisztens kórokozók (pl. az MRSA, az ESBL termelő Gram-negatív törzsek, a VRE) megjelenése és rohamos terjedése. E kórokozók terjedéséért egyformán felelős az antibiotikumok felelőtlen alkalmazása és a betegápolás higiénés szabályainak elhanyagolása.

Kutatások bizonyítják, hogy számos felületen képesek megtapadni ezek a kórokozók: az érszorítókon, fonendoszkópon, tollakon, kórlapokon, ágyak fölötti monitorok gombjain. A felületekre a fertőzött/kolonizált beteg légútjaiból és a kontaminált kezekről kerülhetnek a kórokozók.

A szegényes kézhigiéne kiemelkedő szerepet játszik a kórházakban a fertőzések, pl. az MRSA terjedésében, pedig az alkoholos kézfertőtlenítők elpusztítanak azt.

*The increasing occurrence and spreading of antibiotic resistant pathogens (e.g. MRSA, ESBL-producing Gram-negative strains, VRE) worldwide is a global problem for developed and for developing countries equally and performs a major burden on their health care system. Both, the overuse of antibiotics and the negligence of the hygienic rules of nursing are important factors contributing to the emergence of these multidrug resistant bacteria.*

*According to studies, these pathogens are able to adhere to several surfaces, e.g. tourniquet, stethoscope, pens, on the patient's medical documentation, on buttons of the monitors situated above the beds. Pathogens are spread to several surfaces from the infected/colonised patient's respiratory tract or through contaminated hands. Inadequate hand hygiene plays an important role in the spread of infections in hospitals, e.g. outbreak of MRSA, however, the usage of alcohol based hand rubs could eliminate them.*

### BEVEZETÉS

Furcsa paradoxon, hogy az egészségügyi személyzet keze a legfőbb vektor az egészségügyi ellátással összefüggő fertőzések kórokozójának terjedésében [1], miközben az egészségügyi pályára lépőknek – a fertőzés megelőzés céljából oktatott – higiénés előírások közül a civil életből is a legkorábbi életkorban megismert, legkönnyebben megtanulható és legolcsóbban megvalósítható szabályai a kézhigiénének vannak. Mindennek ellenére a hazai és a nemzetközi

vizsgálatok is 60% alattinak találták a kézhigiénés compliance-t a betegellátók körében [2,3].

Úgy látszik, hogy a kézhigiénét alábecsüli az egészségügyi személyzet. Ha nem így lenne, akkor a betegellátás minden mozzanatában tudatosan alkalmaznák a tanulmányaik során e téren megszerzett ismereteiket. Semmiképpen nem becsülhetik alá azonban a kézhigiéne jelentőségét a kórházhigiénével/infekciókontrollal foglalkozó kórházhigiénikusok. Az a dolgunk, hogy kiemelten kezeljük ezt a kérdést!

- Felhívhatnánk a betegek figyelmét, mint külföldön, hogy szóljanak a betegellátóknak, ha az elfelejti fertőtleníteni a kezét.
- Felhívhatnánk a dolgozók figyelmét, hogy motiválják egymást a kézhigiénére (pl. olyan agresszív módon, mint az egyik külföldi projektben, ahol címkéket ragasztottak egymás hátára a dolgozók, ha észrevették, hogy valaki nem végezte el a szükséges kézfertőtlenítést és a címkék számából következtettek az egyes dolgozók kézhigiénés compliance-ére) [4].

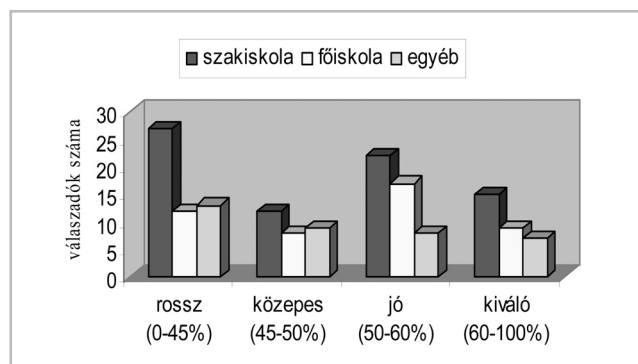
Előbb azonban mindent meg kell tennünk, hogy naprakészre tegyük a betegellátóink, azon belül is elsősorban a betegápolóink kézhigiénés ismereteit. Az ismeretek hatékony gyarapításához azonban tudnunk kell, milyen alapokra építhetünk. Jelen összefoglalóban a szerzők keresik a kézhigiénés compliance fejlesztésének hatékony módszereit ápolók és ápoló hallgatók kézhigiénés compliance felmérése során szerzett tapasztalataikra támaszkodva. A felmérés főiskolás, szakiskolás ápoló hallgatók és ilyen iskolákat végzett ápolók körében történt 2011. június és november között.

### A BETEGÁPOLÁST KÜLÖNBÖZŐ SZINTŰ ISKOLÁKBAN TANULÓK KÉZHIGIÉNÉS ELMÉLETI TUDÁSA

Az elméleti ismereteket tudásfelmérő teszttel vizsgáltuk. Az a hipotézis, mely szerint „A főiskolai hallgatók kézhigiénés tudása feltehetően jobb, mint a szakiskolai hallgatóké és ugyanígy a főiskolát végzett ápolók kézhigiénés ismerete is nagyobb, mint a szakiskolát végzettké” nem igazolódott be. A főiskolai hallgatók helyes válaszainak arányában nem volt különbség a szakiskolai diákokéhoz képest, azaz a válaszok alapján a két iskola típusba tartozó hallgatók kézhigiénés tudása hasonlóan bizonyult. (OR: 0,984 95% CI: 0,954-1,016).

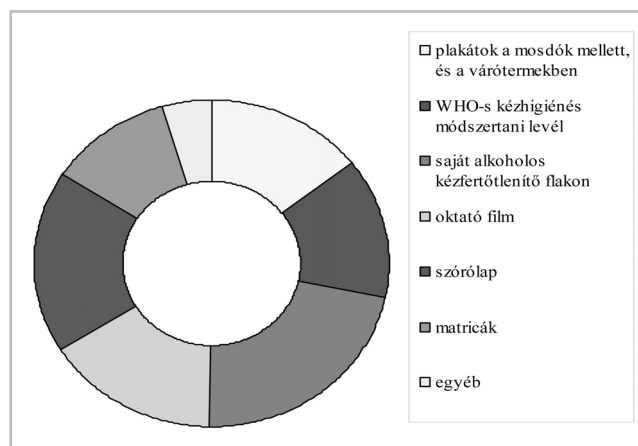
Ilyen eredmény született az eltérő végzettségű ápolók tudásfelmérése során is. Szakiskolai ápolók (OR:0,463

95%CI: 0,092-2,324), diplomás ápolók (OR:0,714 95%CI: 0,302-1,689). (Figyelembe vettük a munkával eltöltött évek számának esetleges torzító hatását is; Mantel-Haenszel-teszt= 0,648) (1. ábra).



1. ábra  
Különböző iskolai végzettségű ápolók tudásfelmérő tesztjeinek eredménye (n=159, 2011) (5)

Meglepődve láttuk, hogy nem írt jobb tesztet sem a hallgatóknál (OR:0,981; 95%, CI:0,929-1,037), sem pedig az ápolóknál (OR:1,020; 95%, CI:0,992-1,050) a tudásfelméréskor az sem, aki jól el volt látva a kézhigiénét népszerűsítő reklámanyaggal. (A két változó nem függ össze: OR:1,020; 95%, CI:0,992-1,050). Akkor sem volt jelentős a különbség, ha csak azoknak a teszteredményét vettük figyelembe (55 fő=34,6%), akik a környezetükben található oktató anyagok között a WHO-s ajánlásokon alapuló OEK módszertani levelet [6] is megjelölték (OR:0,982; 95%, CI:0,954-1,012) (2. ábra).



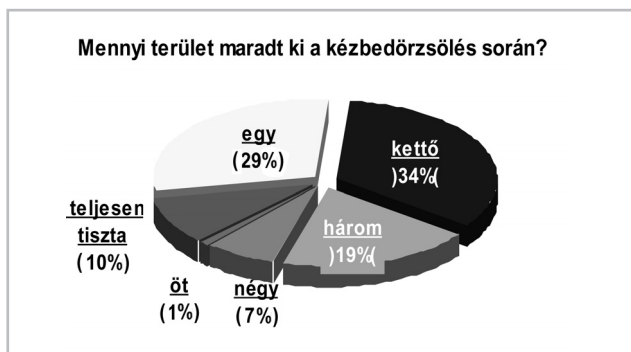
2. ábra  
Ápolók munkakörnyezetében található kézhigiénés reklámanyagok, 2011 [5]

A kézhigiénés gyakorlat ellenőrizhető a kézbedörzsölés technikáját bemutató UV lámpás vizsgálattal, a fertőtlenítés hatékonyságát igazoló mikrobiológiai mintavételezéssel, az elvégzett kézfertőtlenítések számának direkt megfigyelésével, megszámlálásával és a kézfertőtlenítések gyakoriságát indirekt módon megadó kézfertőtlenítőszer felhasználás mérése révén.

### UV LÁMPÁS VIZSGÁLAT

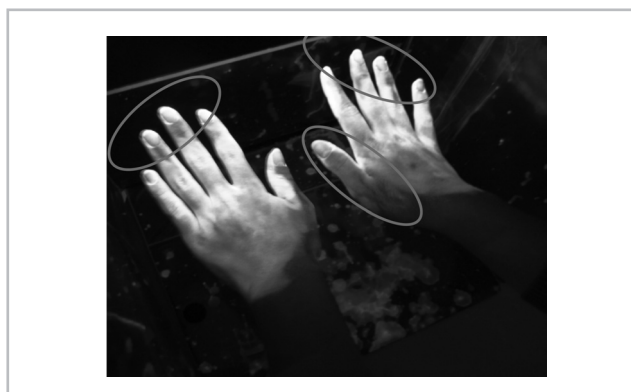
A kézbedörzsölés technikáját látványosan megmutatja, ha ultrabolya fénnel megvilágítjuk a fluoreszcein tartalmú alkoholos kézfertőtlenítőszerrel bedörzsölt kezünket. A kézfertőtlenítés akkor kifogástalan, ha a kéz felületének minden része fluoreszkál az UV fény alatt, azaz mindenhová került fertőtlenítőszer a kézbedörzsölés során.

A mi UV lámpás vizsgálatunkban 113 hallgató vett részt, 90%-uk (102 fő) kifogásolt eredménnyel végezte el az alkoholos kézbedörzsölést, a résztvevők 61%-ánál több kézterület is kimaradt a fertőtlenítésből (3. ábra).



3. ábra  
Az ápoló hallgatók kézbedörzsölési technikájának hatékonysága (n=102) 2011 [5]

A 4. ábrán bekarikázott területek jelölik a kifogásolt eredményeket. Ezen az ábrán láthatók azok a terület (az első ujjpercek és a hüvelykujjak területe), amik a leggyakrabban kimaradnak a fertőtlenítésből.



4. ábra  
Ápoló hallgató UV lámpával megvilágított keze fluoreszceint tartalmazó fertőtlenítőszeres kézbedörzsölés után, 2011 [5]

Elsősorban azoknál a hallgatóknál láttunk jó eredményt, akik kevesebb mint egy éve részesültek kézhigiénés oktatásban. Náluk kevesebb terület maradt ki a kézbedörzsölés során (p=0,019). Ők szignifikánsan jobban tudták, hogy mennyi az alkohol alapú kézbedörzsölő szerek behatási ideje, így szabályosan, 30 másodpercen keresztül végezték a kézbedörzsölést (OR: 3,610; 95% CI: 1,134-11,490) [5]. A hallgatók eredményéhez képest alig 2%-kal lett jobb az ápoló dolgozók UV lámpás vizsgálatának eredménye.

## A KÖRÖM- ÉS ÉKSZER VISELET A BETEGELLÁTÓK KÖRÉBEN

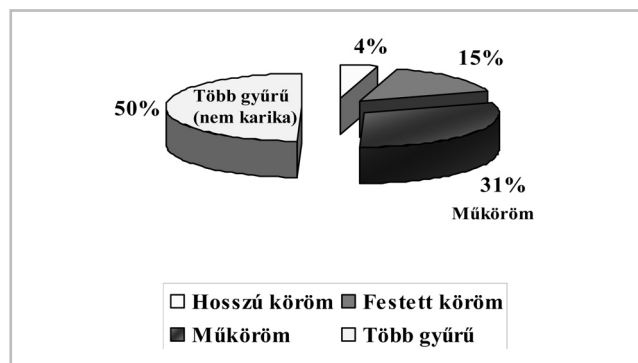
Egy francia tanulmány azt találta, hogy az ékszerek viselete hanyagabb kéztisztítást eredményez. A gyűrűk (OR:2,50, 95% CI: 1,7-3,7), karkötők (OR:3,3, 95% CI: 1,9-5,8), karóra (OR:2,6, 95% CI: 1,8-3,8) és hosszú körmök (OR:1,6, 95% CI: 1,1-2,3) viseletével szignifikánsan rosszabb eredménnyel lehet elvégezni a kézbedörzsölést. [7] A kézfertőtlenítés ellenőrzése közben mi is megfigyeltük a vizsgálatban résztvevő nővér hallgatók köröm- és ékszerviseletét. A betegellátói munka során a gyűrű, karkötő és karóra viselete, a műköröm és a lakkozott köröm is tilos [6]. Hogy volt-e ékszer a kezükön, és milyen volt a körömük a kézfertőtlenítés vizsgálatokor, összefüggésben állt az eredménnyel, azaz hogy mennyire sikerült megtisztítani a kezüket (p=0,043). Ennek alapján az, aki a kézfertőtlenítés során nem viselt gyűrűt, 14-szer nagyobb eséllyel tudta tökéletesen megtisztítani az ujjkőzét, illetve az ujjak tövét ahol a gyűrű található (95% CI: 3,872-56,823) [5].

A mindennapi betegápolást végző dolgozóknál (ápoló és orvos) 2010-ben a Kézhigiénés Módszertani levél megérkezése után történt egy felmérés a köröm és gyűrű viseletre vonatkozóan [8].

Hét betegellátó intézmény kórházhigiénés részlege egyszerre mérte fel, hogy abban az időpontban hány közvetlen betegellátásban résztvevő orvos, asszisztens vagy ápolónő viselt az intézményükben hosszú körmöt, lakkozott- vagy műkörömöt. (Természetesen egy gyűrű viselete sem ajánlatos munka közben, de akkor még olyan nagy volt a tiltakozás a karikagyűrű levételével kapcsolatban, hogy végül ennél a felmérésnél a karikagyűrű nem került be a kifogásolt okok sorába.)

A közvetlen betegellátó női személyzet körében a dolgozók 26%-ának a keze volt kifogásolható az oda nem való körömviselet vagy a kézen hordott ékszerek miatt (a kifogásolható kezű nővérek száma négyszerese volt az orvosnőeknek) [8].

Megnéztük melyik kifogásolhatósági szempont milyen gyakran fordul elő, és azt láttuk, hogy az első helyen állnak a gyűrűk (a karikagyűrűk nélkül is) (5. ábra).

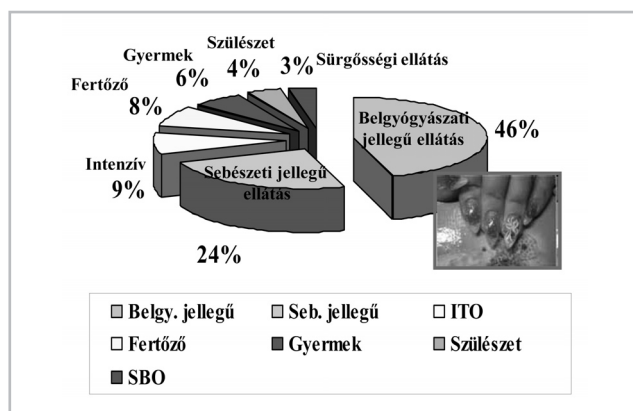


5. ábra  
Betegellátói kéz gyűrű és köröm viselet miatti kifogásoltsága, 2010 [8]

Minden második dolgozónak egynél több gyűrű volt a kezén. A gyűrű nem csak balesetveszélyes, de a kesztyűket is kiszakíthatja és a gyűrű alatti bőrfelületet nem lehet jól fertőtleníteni akár egy hónapig, és képesek életben maradni ott (pl. a Pseudomonasok) a rendszeres kéztisztítás ellenére is.

A gyakoriság sorrendjében a második helyen a műköröm állt. A műköröm sok emberben azt az illúziót kelti, hogy a tulajdonosa mindig tiszta és ápolat, pedig a hosszú köröm nagyon is alkalmas arra, hogy eltakarja a köröm alatti szennyeződéseket.

A különböző profilú osztályok közül e vizsgálat idején a legtöbb gyűrűt és műkörömöt a belgyógyászati jellegű osztályokon hordták (6. ábra).



6. ábra  
A kifogásoltság aránya az egyes betegellátó profiloknál, Dél-alföldi Régió, 2010 [8]

Ha végiggondoljuk, milyen feladatai vannak a betegellátóknak, már a legegyszerűbb fizikális vizsgálatok fájdalommentes elvégzését is nehéz elképzelni műkörmös kézzel (pl. rectális digitális vizsgálat, széklettől beszáradt ampulla kiürítése, a hát tüdő fölötti kikapogtatása, has betapintása). A sebészeti, a szülészeti és az intenzív ellátói profiloknál pedig kifejezetten veszélyes a megfelelően tisztán nem tartható kéz.

## A KÉZ FERTŐTLENÍTÉS GYAKORISÁGA

A kézhigiénés compliance, azaz a kézhigiénés tevékenységre való hajlandóság egyik legbiztosabb mérési módszere a direkt megfigyelés, amikor a személyes vizsgáló megfigyeli a betegellátókat és feljegyzi, hogy a szükséges esetben elvégezték-e a kézfertőtlenítést [2]. Ez egy kifejezetten nagy emberi erőforrást és sok időt igénylő módszer. Egy vizsgáló személy egyszerre csak 1-2 dolgozót tud megfigyelni, és azt is csak maximum fél órán át. Az sem mindegy, hogy milyen napszakban végzik a vizsgálatot. Pl. egy hongkongi kórház intenzív osztályára elektronikus ellenőrző rendszert építettek ki, ami azt mutatta, hogy 12 és 14 óra között a kézhigiénés compliance alacsonyabb (21.3%; 95% CI: 17.2-25.3), mint a nap más periódusában, hajnali 2 és 4 óra között pedig szignifikánsan magasabb (47.8%; 95% CI: 35.4-60.1) [9]. Psychésen is megterhelő a személyes vizs-

gálók állandó jelenléte a megfigyelést végzőknek is és a vizsgálat tárgyát képező személyzetnek is, ezért kevesen vállalják ezt a módszert. Ráadásul a tapasztalatok azt mutatják, hogy a személyes vizsgáló által mért compliance 2.8-szer magasabb, mint a valóság. Ez a Hawthorne-hatással magyarázható: a vizsgálat által a vizsgálat tárgyára gyakorolt hatás, azaz ha ellenőriznek bennünket, jobban odafigyelünk arra, amit tennünk kell [9]. (Mi mindössze 1 osztályon végeztünk ilyen vizsgálatot, 2 személyes vizsgálóval, és 95%-osnak találtuk a compliance-t, miközben a kézfertőtlenítőszer fogyas alapján 30 alatt volt az ápolási napokra eső átlagos kézfertőtlenítések száma.)

### A KÉZFERTŐTLENÍTÉSEK SZÁMÁNAK INDIREKT VIZSGÁLATA

A kézfertőtlenítőszer felhasználás és az abból kiszámítható 1 beteg 1 ápolási napjára eső átlagos kézfertőtlenítések száma jó információt nyújt a kórházhigiénikusoknak. Ezzel az adattal bizonyítani tudják pl. a menedzsment előtt is, mire elég az intézményben biztosított kézfertőtlenítőszer.

### A KÓRHÁZHIGIÉNIKUS BEAVATKOZÁSI LEHETŐSÉGEI

Sajnos egy kicsit könnyebb helyzetben vagyunk pl. a járványok idején, ilyenkor ugyanis nem kell sokat magyarázni sem a dolgozóknak, sem a menedzsmentnek! Kézzel fogható a szabályok be nem tartásának és a betartásának eredménye is. Pl. az influenza járvány idején lehetett készletet tartani. Alig győzte a gyógyszerért kielégíteni az osztályok kézfertőtlenítőszer igényét, sőt a dolgozók maguk is vásároltak kis flakonos kézfertőtlenítő géleket és a zsebükben vagy a ridiküljükben állandóan maguknál tartották.

Természetesen igyekszünk a járványokat megelőzni annak ellenére, hogy a járványmentes időkben nehezebb elhíttetni a dolgozókkal is és a menedzsmenttel is, hogy időt és pénzt is kell fordítani a preventív intézkedésekre. Az infekciókontroll rendszer kiépítése és hatékony működtetése nem könnyű [10]. Sokrétű feladat, melyet jól tükröznek az infekciókontroll pillérei is:

- az aszepszis
- az antibiotikum profilaxis és terápia
- a járványok menedzselése
- a fertőző beteg bejelentési rendszer
- a veszélyes hulladék kezelése
- a helyi infekciókontroll oktatása
- a nozokomiális infekciók surveillance-e
- fertőzésmegelőzést célzó preventív módszerek (izoláció, fertőtlenítés, sterilizálás)
- az egészségügyi dolgozók védelme

A szerzők ebben a munkájukban az itt felsorolt feladatok közül a fertőzésmegelőzést célzó fertőtlenítésre, és az ezzel szorosan összefüggő dolgozói egészségvédelemre szeretnék felhívni a figyelmet.

A fenti vizsgálatok azt mutatják, hogy mást és másképpen kell csinálnunk, hogy hatékonyabbak lehessünk. Mi azt vezetjük be, hogy elmegyünk minden klinikára és tájékoztatjuk őket (ha lehet osztályonkénti bontásban):

- az előző évben az osztályaikon megfordult, multirezisztens kórokozók (MRK) fertőzött/kolonizált betegek számáról;
- volt-e MRK okozta egészségügyi ellátással összefüggő fertőzésű betegük;
- ha volt, milyen kórképeket okoztak a multirezisztens kórokozók;
- volt-e halálos végű fertőzés náluk;
- voltak-e primer véráramfertőzések eseteik;
- hogyan alakult a Clostridium difficile esetek aránya a betegek körében az előző évhez képest;
- milyen eredmények születtek a náluk végzett környezetbakteriológiai vizsgálatok során;
- és milyennek találtuk náluk a kézhigiénés compliance-t az indirekt, vagy esetleg a direkt vizsgálat során.

Felmérjük a dolgozóink körében a bőrproblémákat.

Elmagyarázzuk nekik, hogy csak akkor várható, hogy a meglévő bőrproblémáik enyhülni fognak, ha a korábban gyakran alkalmazott szappanos kézmosás helyett elsősorban alkoholos kézbedörzsölést végeznek.

Ez fontos lépés a foglalkozási fertőzések megelőzésében is.

Igyekszünk új piktogramokat kitalálni, valami szokatlant, amire tényleg felfigyelnének (pl. táblázatos kézhigiénés irányelvek a kórtermekbe, nővérdolgozókbá) (7. ábra).

Kihelyezzük az osztályokra 1-1 hétre az UV lámpát és a fluoreszkáló kézfertőtlenítőszerrel, hogy nélkülünk is kedvükre gyakorolhassák a kézbedörzsölési technikát, ellenőrizhessék önmagukat, vagy akár egymást.

Nem baj, ha nincsenek drága fali adagolóink a vízcsapok mellett (hiszen a kézfertőtlenítőszerrel nem is ott kell

<p><b>Alkoholos kézfertőtlenítőszeres kézbedörzsölés</b></p> 	<p><b>Kézmosás az alkoholos kézbedörzsölés előtt</b> Vagy kézmosás egyfázisú fertőtlenítő szappannal</p> 
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beteggel való kontaktus előtt</li> <li>• Aszeptikus feladatok előtt</li> <li>• Testvadások kezelése után</li> <li>• Beteggel való kontaktus után</li> <li>• Beteg környezetének érintése után</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Amikor a kéz szemmel láthatóan szennyezett</li> <li>• Étkezés előtt</li> <li>• WC használat után</li> <li>• Clostridium difficile fertőzött beteg környezetében</li> </ul>
<p><b>Kesztyű használat</b></p> 	<p><b>Bőrápolás</b></p> 
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sebészeti beavatkozások előtt</li> <li>• Fertőző anyaggal való szennyeződés lehetősége esetén</li> <li>• Izolált beteggel való kontaktusnál</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Műszak előtt</li> <li>• Szünetekben</li> <li>• Műszak után</li> <li>• Szükség szerint</li> </ul>

7. ábra  
Kézhigiénés irányelv

használni, és nem baj, ha nincsenek drága zsebpalackjaink, hiszen úgyis gyorsan kiürül, és csak gond, hogy nem szabad utántölteni, de legyenek minden második ágynál olcsón elkészíthető ágyvégi adagolók, és legyen kézfertőtlenítőszer benne. (Azt tapasztaljuk, hogy ezekhez a betegek nem nyúlnak hozzá, tudják, hogy az őket ellátó személyzetnek van odakészítve.) Logikus, hogy a kézmosó csaphoz odakészített szereket mindenki használhatja, aki kezet akar mosni, ezért oda egyfázisú fertőtlenítő szappant ajánlatos kitenni.

## BURN OUT – KIÉGÉS A BETEGELLÁTÓK KÖRÉBEN

Amikor a tudásfelmérést végeztük, azt a hipotézist is felállítottuk, hogy a régebb óta dolgozó ápolók nagyobb kézhigiénés tudással rendelkeznek [5]. Ez beigazolódott, de az ismeretek gyakorlatban való alkalmazása terén egy akadályozó tényező megjelenését láttuk: az egészségügyben éveket eltöltő személyek körében ugyanis egyre gyakrabban jelentkeznek a burn out, azaz a kiégés szindróma jelei. Így a kérdőív kitöltői közül a több éves gyakorlattal rendelkezők többsége azt vallotta, hogy hallottak a legfrissebb kézhigiénés szabályokról, de nem képesek betartani, mert túlterheltek, és egyszerűen nincs rá elég idejük. Ennél beszédesebb válaszok is születtek: pl. arra a kérdésre, hogy véleményük szerint mivel lehetne fejleszteni a kézhigiénés compliance-üket, volt, aki azt mondta, hogy „nem tudja, de már nem is érdekli”.

Az számunkra is egyre nyilvánvalóbb, hogy a csökkenő létszámú egészségügyi személyzetnek egyre kevesebb ideje van átgondoltan elvégezni a betegek körüli feladatokat. A kimerült személyzet ugyanis egy idő után már csak úgy képes az egyre nagyobb terhet cipelni, hogy állandóan „reagál” a körülötte zajló eseményekre, de tudatosan nem tudja kézben tartani azokat.

## KIÉGÉS – BETEGBIZTONSÁG

Tehát, ha eredményt akarunk elérni, nekünk kórházhiigiénikusoknak is figyelniük kell a dolgozói kiégés jeleire, és nemcsak a kézhigiéne tárgyi feltételeinek meglétéért, de a személyi feltételek meglétéért is fel kell szólnunk.

Az valóban nem elég, ha csak arra van ideje az ápolónak, hogy ellássa a beteget, de arra már nincs, hogy a higiénés szabályokat is betartsa, pl. hogy a beteg érintése előtt és után is kezet fertőtlenítsen, valamint a beteg környezetének érintése és a váladékok kezelése után is, sőt az aszeptikus tevékenységek előtt is, a védőkesztyű felvétele előtt és annak levétele után is. Minderre kell idő, és kell hozzá kézfertőtlenítőszer is. Megfelelő mennyiségű és megfelelő minőségű kézhigiénés szerek kelljenek.

## DOLGOZÓI EGÉSZSÉGVÉDELEM

Végül tudatosítanunk kell a kórházak irányításáért felelős szakemberekkel, hogy rajtuk is múlik az egészségügyi személyzet kézhigiénés compliance-e. Ha ők is azt akarják, hogy a betegellátó személyzet minél gyakrabban használja a kézfertőtlenítőt, akkor el kell fogadniuk az Egészségügyi Világszervezet javaslatát, és azt a kézfertőtlenítőt kell a dolgozó kezébe adniuk, amit szívesen használnak.

Ez nem valósítható meg a kézfertőtlenítőt nap mint nap a saját testére kenő dolgozók véleményét figyelmen kívül hagyó, csak áversenyen alapuló, országos méretű központosított közbeszerzéssel. A választék egy-két szerre való korlátozása arra kényszerítené a betegellátókat, hogy – tetszik vagy sem – csak ezeket kenjék a bőrükre minden nap, ráadásul naponta többször is (felhasználók személyiségi jogai).

Ezzel nem garantálható a dolgozók egyéni érzékenységeinek a figyelembe vétele, és ezzel a kéz bőrük épségben és egészségben való megtartása, ami pedig kötelessége a munkáltatónak. De nem garantálható az sem, hogy minden szükséges esetben elvégzik a kézfertőtlenítést, és nem fogják kerülni a kéz bőrüket kiszáradó, csípő fertőtlenítőszer használatát.

## IRODALOMJEGYZÉK

- [1] Anita Pandey, Ashish K. Asthana, Rupesh Tiwari, Lalit Kumar, Anupam Das, Molly Madan: Physician accessories: Doctor, what you carry is every patient's worry? *Indian J Pathol Microbiol* 2010;53/4. 711-713.
- [2] Dr. Rákay Erzsébet, Harnos Laura, Schrauf Tünde, Szabó Lívia, Dr. Heid Lórántné és Dr. Szilágyi Emese előadása, Direkt megfigyeléses módszerrel mért kézhigiénés compliance eredményei. *Epinfo*, 2011. 18. évf. 32. sz. 373-377.
- [3] David De Wandel, Lea Maes, Sonia Labeau, Carine Vereecken and Stijn Blot: Behavioral Determinants of Hand Hygiene Compliance in Intensive Care Units. *American Journal of Critical Care*, May, 2010. 19/3. pp 230-239.
- [4] Brenda Helms: Improving hand hygiene compliance: A multidisciplinary approach, *American Journal of Infection Control* 2010. 38/7; 572-574.
- [5] Szél Borbála: Az ápolók és ápoló-hallgatók kézhigiénés szokásainak, compliance-nek feltérképezése. *Diplomamunka* 2012. PTE Egészségtudományi Kar Népegészségügyi Mesterképzési szak

- [6] Országos Epidemiológiai Központ Módszertani Levele – A kézhigiéne gyakorlata az egészségügyi és az ápolást végző szociális szolgáltatásokban, *Epinfo* 17. évf. 2. különszám 2010. november 10.
- [7] Alexis Hautemaniere, Lisiane Cunat, Nathalie Diguio, Nathalie Vernier, Catherine Schall, Marie-Cécile Daval, Vanina Ambrogi, Sandra Tousseul, Paul R. Hunter, Philippe Hartemann: Factors determining poor practice in alcoholic gel hand rub technique in hospital workers. *Journal of Infection and Public Health* 2010/3 25-34.
- [8] Pásztor Anna, Kotroczó Tímea, Dóka Ilona, Arató Ildikó, Kaszonyiné Engi Erika, Süli Renáta, Dr. Nagy Kamilla előadása, A betegbiztonság nem függhet a divattól! MIE Konferenciája 2010.
- [9] Vincent CC Cheng, Josepha WM Tai, Sara KY Ho, Jasper FW Chan, Kwan Ngai Hung, Pak Leung Ho and Kwok Yung Yuen: Introduction of an electronic monitoring system for monitoring compliance with Moments 1 and 4 of the WHO „My 5 Moments for Hand Hygiene” methodology, *BMC Infectious Disease* 2011/11 pp 151 1-13.
- [10] Dr. Orosi Piroska: KES szerinti tanúsítás és az infekciókontroll – Nagy kihívást jelent a teljes körű kiépítés és auditálás In: *Kórház* XI. évf. 2004. július-augusztus pp 14-15.

## A SZERZŐK BEMUTATÁSA



**Dr. Nagy Kamilla** 1979-ben Szegeden végzett az SZTE Általános Orvosi Karán. 1984-ben Közegészségtan-járványtanból, majd 2004-ben Megelőző orvostan és Népegészségtanból szakvizsgázott. 10 évig a Szeged Városi Köjál Járványügyi Osztályának vezetője volt. 1989 óta a SZTE Kórházhigiénés osztályán dolgozik osztályvezető főor-

vosként. 1996-ban egészségügyi menedzseri végzettséget szerzett, 1997-ben egészségügyi közgazdasági szakokleveles orvos lett. Tagja a Magyar Infekciókontroll Társaság Elnökségének, a Magyar Kórházszövetség Infekciókontroll Szakbizottságának, az Egészségügyi Gazdasági Vezetők Egyesületének és a Magyar Egészségügyi Menedzser Klubnak. Amíg működött a kórházhigiéné területén a szakfelügyelet, a Dél-alföldi Régióban a kórházhigiénés szakfelügyelő főorvosi tisztséget is betöltötte.

**Szél Borbála** bemutatása lapunk 39. oldalán olvasható.

## 123 szakmaspecifikus őrző működik az országban

**A kormány tavaly év végén megjelent rendelet módosítása értelmében a fekvőbeteg-szakellátás területén 2013. január 1-jétől havi 300 ezer forint fix összegű díjazás bevezetésére került sor az úgynevezett szakmaspecifikus őrzőket működtető egészségügyi szolgáltatók számára.**

A szabályozás eredményeként a legfrissebb finanszírozási adatok alapján jelenleg az ország 53 kórházában, összesen 123 egységben működik szakmaspecifikus őrző, vagyis intenzív osztályos ellátást nem igénylő, de az általános fekvőbeteg osztályi elhelyezésnél magasabb szintű, szorosabb megfigyelést igénylő tevékenység. A szabályozás három szakma – szívgyógyászat (kardiológia), ideggyógyászat (neurológia), tüdőgyógyászat (pulmonológia) – ellátásait érinti. Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár tájékoztatása alapján az érintett őrzőkre vonatkozó finanszírozási szerződéseket megkötötték, így az érintett szolgáltatók összesen 440 millió forint éves összeghez jutottak ezen a területen.

Emellett az arc-, állcsont- és szájsebészeti műtétek magas progresszivitási szinten történő végzésére 14 szolgáltató kötött új finanszírozási szerződést az Országos Egészségbiztosítási Pénztárral. Ennek eredményeként az ilyen baleseti vagy daganatos ellátáshoz kötődő, korábban nem jól finanszírozott tevékenység végzésére is rendszeresen lesz lehetőség.

Az EMMI Egészségügyért Felelős Államtitkárságának kiemelt célja, hogy az egyéb ellátásokhoz hasonlóan a sürgősségi ellátás területén is országosan egységes, magas szintű, a lakosság ellátását javító rendszer alakuljon ki. A témában Cserháti Péter egészségpolitikáért felelős helyettes államtitkár interjút adott a kormány.hu-nak. A videó link <http://www.kormany.hu/hu/emberi-eroforrasok-miniszteriuma/egeszsegugyert-felelos-allamtitkarsag/videok/szazhuszonharom-szakmaspecifikus-orzo-mukodik-az-orszagban> HD minőségben letölthető a sajtószobából.

2013. április 5.

Egészségügyért Felelős Államtitkárság