

Az infekciókontroll helye a vezetői munkában, egy intézmény életében

Dr. Antal Gabriella, Tüdőgyógyintézet Törökbálint

Szerencsésnek érzem magamat, hiszen az intézményvezetői beosztásomhoz szakmai és minőségbiztosítási lépcsőkön vezetett az utam. Talán így érthető, hogy egyik legfontosabb vezetői eszközömnek, egyfajta munkastílusnak a minőségbiztosítást tartom. Örvedetes, hogy mára már az egészségpolitikában is prioritást képvisel a betegbiztonság kérdése, ami nemcsak szűk szakmai kérdés, mint az infekciókontroll, vagy a kézhigiéne, hanem ettől sokkal több. Vallom, hogy a szemléletváltás időszaka jött el. Megváltozott a páciensek igénye, tájékozottak akarnak lenni a szolgáltatók minőségi mutatóiról, szó szerint partnerként kívánnak együttműködni a gyógyításuk folyamatában. Időszerű az elsősorban „gazdálkodás központú” menedzseri szemléletet „betegközpontú” szemléletre váltani. Jelen összefoglaló arról szól, miért kell, miért hasznos egy főigazgatónak a betegbiztonsággal foglalkozni.

I feel myself lucky, since my way to becoming a hospital general director led me through a professional carrier and steps in quality assurance. Thus it can be understood that I consider quality assurance to be one of the most important managing tool, and it has also become a kind of work style for me. This is great that nowadays patient safety is already a matter of priority in health policy, and it is not only a narrow professional issue like infection control or hand hygiene, but a lot more than that. I am convinced that the time for a change in attitude has arrived. The needs of patients have changed, they want to be well-informed about the quality indicators of the different service providers. They would literally like to cooperate with us as partners during their healing process. It is time to change the mostly “management-oriented” approach to a “patient-centered” one. This publication describes why it is important for hospital general managers to deal with such issues like patient safety.

BEVEZETÉS

Az egészségügyi ellátórendszer szempontjából az egyik mérföldkőnek az 1993-as esztendő érzem, amikor az intézmények a teljes körű bázis finanszírozásról a teljesítmény alapú finanszírozásra tértek át. Míg a korábbi rendszerben a vezetés egyfajta „személyzeti munkának” volt tekinthető, addig a szabályozott piaci körülmények között történő működés a vezető(k)től közgazdasági ismereteket, „menedzseri” képességeket követel meg, melyhez szorosan kapcsolódik az ezt

segítő posztgraduális képzések sora. Kívülállók számára esetleg „termelési értekezlethez” hasonlóak a vezetői, kódolással, kontrollínggal kapcsolatos értekezletek. Már akkor is tudtuk, hogy az egészségügy egy feneketlen kút, és sosem lesz arra elég forrás, hogy minden igény – de talán még szükséglet is – kielégíthető legyen. Az orvosi etikával került azonos megítélésre a gazdálkodási, pénzköltési „etika”, ami súlyos „vétségnek” tartotta minden egyes forint elköltését úgy, ha az jobban is hasznosulhatott volna. Ma újra a paradigmaváltás idejét éljük. A soha nem látott mértékű forráshiány idején a beteg lehetséges legnagyobb érdeke kell, hogy megalapozzon minden vezetői döntést, és érthető módon, ebben a kijelentésben, hatalmas ellentét feszül. A vezetői döntések helyén és idejében tehát rendelkezésre kell állnia minden olyan információnak, ami a döntések betegbiztonsági kockázatát is vizsgálja. Ezért állítom azt, hogy a vezetés – a napi munka során – egyszerűen nem bújhat el a betegbiztonság kérdése elől, nem teheti súlytalanná, esetlegessé, mert az maga a munka, a működés, a működés biztonsága! Ennek formáját minden intézményben egyedileg, a szervezet struktúrájához, kultúrájához kell igazítani, kialakítani és működtetni. Nagyon közhely, de nagyon igaz: a fejtől bűzlik a hal. Most különösen. Egyszerűen nem spórolhatja meg a legfelső vezetés azt, hogy értse, azonosuljon vele, példaként szolgáljon annak kommunikálásában a dolgozók felé, hogy ez fontos ügy, hogy a vezetés elszánt, megköveteli és így csinálja. Ha a dolgozók megsejtik a „fogjuk meg és vigyék” hangulatot, akkor a betegbiztonsági rendszer az intézményben sosem fog működni. Személyes véleményem, hogy ezt a fajta vezetői mintát sokkal könnyebb egy kisebb intézményben alkalmazni. Ahol az intézményvezető nem delegálja, hanem részben maga végzi a minőségirányítást. Ahol rendszeresen találkozik különböző fórumokon a dolgozókkal, és ahol nemcsak a főigazgató beszél, hanem meg lehet hallgatni a munkatársakat is, ahol van mód beszélgetésre, visszacsatolásra. Motiválásra azzal, hogy személyesen ismeri és elismeri azokat a dolgozókat, akik ebben a munkában a többiek számára példát mutatnak, plusz feladatot vállalnak – természetesen meglévő munkájuk elvégzése mellett. Ha már nincs mód erre, nagyon fontosak a vezetői értekezletek. 2014 óta a törökbálinti intézmény – kilenc másik szervezettel együtt – pilot program keretében részt vett a Magyarországon kialakított BetegEllátóAkkreditációja (BELLA) [1] standardok kipróbálásában, ahol elvárt elem, hogy a vezetői értekezleteken a betegbiztonság kérdése rendszeresen napirendre kerüljön. Fentiekből következik, hogy magam ennek az elemnek a megtartását egyáltalán nem tartom nehéznek, hiszen így, csakis így lehet ma biztonsággal kórházat működtetni, s abban egyetérthetünk, hogy a biztonságos működtetés minden vezető legnagyobb vágya!

INFEKCIÓ KONTROLL

Magyarországon az Országos Epidemiológiai Központ Bakteriológiai osztálya több mint másfél évtizede, 2001 óta vezeti a surveillance-t. Az ÁNTSZ mindig is fontos feladatának tekintette a megbízottság kérdését. Már a 2008-as konferenciájukon is utaltak rá, hogy a megbízottság a WHO és EU szervezetein keresztül nemzetközi törekvés [2]. A hatósági funkció nem csak az engedélyezési eljárások során, hanem az ellenőrzésekben, és oktatásban is folyamatosan megjelenik. Sőt, már akkor megemlítték a kockázatmenedzsment szükségességét, mely szerint előre azonosítani kellene a kockázatokat, melyek a betegek, a személyzet vagy a látogatók károsodásához vezetnek, és egy költség-haszon egyensúly kialakításán kellene dolgozni. Szomorú, hogy ettől a nagyon is logikus gondolattól az elmúlt évtized alatt szinte csak távolodtunk. Egy külön tanulmány lehetne e gondolat kifejtése. Itt most csak a stratégia hiányára, a súlyos pénzügyi, a humán erőforrás krízisére utalok, mint olyan tényezőkre, melyek az egyébként mindenki által ismert és elismert folyamatokat nem engedik pozitív irányba elmozdulni. A kockázatértékelés többnyire csak utólagos, és többnyire kárenyhítésről van szó a költség-hatékony megelőzés helyett.

Milyen eszközei vannak egy mai vezetőnek az infekció kontroll felügyeletére?

- A jogszabályi háttér ismerete, betartása,
- belső, szabályozó dokumentumok elkészítése, hatályba helyezése,
- Kórházi IC bizottság, Antibiotikum bizottság működtetése,
- kórházhigiénés tevékenység tárgyi, személyi feltételeinek biztosítása,
- kézhigiéne működtetése, fertőtlenítőszeres biztosítása, folyamatos képzés, oktatás,
- NEVES rendszer működtetése,
- rendszeres (legalább évente kétszer) elemzések készítése általában, a higiénés helyzetről, antibiotikum felhasználásról, a surveillance eredményeiről, a tapasztalatok vezetői körben való megbeszélése,
- rendkívüli helyzetek elemzése, sürgős döntések meghozatala, visszaellenőrzés,
- minden szakmai anyag beszerzésénél – értelemszerűen – figyelemmel kell lenni annak megbízottsági kockázatára,
- belső auditok végzése [3].

KÉZHIGIÉNE

Ismerjük azt a tényt, hogy a kórházi fertőzések 80 százalékában az elégtelen kézhigiéne tetten érhető, valamint, hogy a kórházi fertőzések 50-70%-a megelőzhető. Emellett a két adat mellett közömbösen nem mehet el senki, aki a kórházi fertőzések csökkentésében érdekelt! Nyilvánvalóan igaz ez a kórház vezetésére, ahol összegződik a fertőzésekkel eredő valamennyi negatív hatás. Hogy csak a legfontosabbakat említsem: többletköltség az ápolási napok emelkedése miatt; többnyire drága antibiotikumok használata multi-rezisztens

kórokozók esetében; izoláció, egyszer használatos eszközök, textíliák iránti megnövekedett igény; betegek elnehezült helyzete, esetleg halála; a kórház megítélésének romlása; külső ellenőrzések, elmarasztalás; negatív sajtóhírek; dolgozók veszélyeztetése; hosszabb távon a betegforgalom csökkenése. Mindezen hatásokat elemezve a vezetésnek el kell jutnia ahhoz a gondolathoz, hogy a legjobb, legolcsóbb megoldás a megelőzés, azon politikák alkalmazása, kiterjesztése a kórház releváns ellátó helyein, ahol ezekre szükség van. Az intézményünknek 15 évre visszanyúló minőségbiztosítása, minőségirányítása van, így nem szokatlan eljárás a kézhigiéne fontosságának hangsúlyozása, minden új belépő dolgozónak az ezzel kapcsolatos képzése, és valamennyi dolgozó rendszeres, ismétlődő oktatása [4]. Így lelkesen indultunk mind 2014-ben, mind 2016-ban a WHO ajánlás alapján, az OTH által lefolytatott „Kézhigiénés gyakorlat felmérése” programon. A pontozás alapját képező kritériumok széles körben értékelik a kórházak gyakorlatát (1. ábra), melyben nem csak a fogyott fertőtlenítőszer mennyisége a lényeg, hanem mindazon akciók összessége, mely egy intézményben hosszú távon meghatározza, alakítja a kézhigiéne kultúráját. A vizsgálat ráirányította figyelmünket arra, hogy jól használhatók a zsebben tartható kicsi, alkoholos fertőtlenítő flakonok, vagy a kórtermekben felszerelt fali fertőtlenítő adagolók. Mindkét vizsgálatban az intézményünk jó eredményt – „haladó kategóriát” – ért el, azonban a területet továbbra is fejlesztendőnek tartjuk.

Öt szempont, 27 kritérium, pontozás

1. **Átállás az új rendszerre:** a kézhigiéne infrastruktúra biztosítása (pl. alkoholos kézbedörzsolő szerek elérhetősége, elkülönített költségkeret, stb.)
2. **Képzés és oktatás:** dolgozók kézhigiéne oktatása belépéskor és évközből, ennek dokumentálása, oktatóanyagok elérhetősége, elkülönített költségvetés oktatásra.
3. **Értékelés és visszacsatolás:** megfigyelése direkt (direkt megfigyelés compliance mérése), illetve indirekt módszerekkel (alkoholos kézfertőtlenítő szer fogyasztásának mérése, a dolgozók ismeretének monitorozása).
4. **Emlékeztetők a munkahelyen:** plakátok, kézhigiéne szóróanyagok kihelyezése a kórtermekben/ kezelőhelyiségekben, terv az emlékeztetők felújítására, újak készítésére.
5. **Intézményi biztonságos környezet:** terv az önértékelés évenkénti elvégzésére, rövid- és hosszú távú költségekre. Az intézményi menedzsment támogatásának megnyerése betegek és hozzátartozók bevonása a kézhigiéne tevékenységbe.

1. ábra OTH felmérés a kézfertőtlenítés gyakorlatáról 2014-ben

VIZSGÁLAT

310 ágyas tüdőgyógyászati szakkórházunkban három, szinte azonos profilú aktív – tüdő-, belgyógyászati jellegű – osztályunk van, melyeknél folyamatosan, negyedévente mérjük, összehasonlítjuk a nozokomiális fertőzések előfordulását. 2014. II. negyedévétől egy éven át, 2015. I. negyedévével bezárólag fokozottan ügyeltünk a kézhigiénére. A vizsgált osztály dolgozói soron kívüli képzést kaptak, minden kórtermében felszereltünk fali kézfertőtlenítőket, a dolgozókat elláttuk zsebben hordható alkoholos flakonokkal, a dolgozók figyelték egymást, és természetesen saját magukat, hogy a szabályokat valóban helyesen alkalmazzák-e. Egy táblázatban (2. ábra) bemutatjuk adott osztály surveillance vizsgálatát, a megelőző év, és a vizsgálatot követő időszak nozoko-

miális fertőzéseinek számát, negyedévente. A vizsgált időszak nozokomiális eseteit dőlt, vastagított számmal jelöltük. Ugyanezen időszakban vizsgáltuk az osztály által a gyógyszer-tárból felvett három antibiotikum (amoxicillin, moxifloxacin és vancomycin) felhasználását. A 3. ábra a vancomycin felhasználását mutatja, a vizsgált időszakban dőlt, vastagított számokkal. A másik két antibiotikum alkalmazása ugyanezt a tendenciát mutatta, csak kisebb mértékben. Természetesen az osztályos fertőtlenítőszer felhasználásban is megnyilvánult egy kb. 30%-s emelkedés, ami a vizsgálat után kb. 15%-ra visszaesett, és ott is maradt. A fertőtlenítőszert használó személyzet számában a vizsgált 3 évben nem volt különbség. Az eredmények biztatóak, ezért továbblépésre készítenek bennünket – további vizsgálat, új eljárásrend, szabályozás kidolgozása, a dolgozók motiválása – lehetnek e további intézkedések.

Időszak	I. negyedév	II. negyedév	III. negyedév	IV. negyedév	Összesen
2013	34	26	15	12	87
2014	16	7	2	4	29
2015	0	2	1	6	9
Változás iránya	↓	↓	↓	Nagyarányú ↓, majd enyhé ↑	↓

2. ábra

I. Tüdőosztály nozokomiális esetei az egy éves kéz-higiénés surveillance alatt (2014. II. negyedév-2015. I. negyedév)

Időszak	I. negyedév	II. negyedév	III. negyedév	IV. negyedév	Összesen
2013	13 000	184 000	32 000	60 000	289 000
2014	12 000	137 000	0	0	149 000
2015	0	59 000	–	35 000	9

3. ábra

I. Tüdőosztály vancomycin költsége az egy éves kéz-higiénés surveillance alatt (2014. II. negyedév-2015. I. negyedév)

NEVES –

NEm Várt ESemények jelentő rendszere

2008 óta elérhető Magyarországon, korábban papír, ma már elektronikus formában egy anonim jelentő rendszer, mely kiválóan alkalmas tanulásra, önértékelésre és benchmarking technikára. Mint tudjuk, hibák vannak és lesznek, megszüntetni teljesen nem lehet őket, de a fő kérdés az, hogy hogyan állunk hozzájuk. Elhallgatjuk, a szőnyeg alá söpörjük őket, vagy bevalljuk és foglalkozunk vele, megadva a lehetőséget, hogy elemezzünk és javítsunk. Nem kérdés, hogy egy minőségfejlesztéssel foglalkozó szakember számára az utóbbi út a járható. Ki kell alakítani minden intéz-

ményben annak kultúráját, hogy a dolgozók ne hallgassák el, hanem bátran bevallják, ha hibáztak. Ennek feltétele, hogy a kórházban ne a büntetés, a bűnbak-keresés politikája legyen az elterjedt reakció, hanem a bátorító, biztató, nem büntető elfogadás, ami lehetőséget nyújt a problémák őszinte kibeszélésére, a legjobb megoldás megkeresésére. A NEVES rendszer önállóan, de a BELLA standardokon belül is lehetővé teszi az intézmények számára – egy intézeti koordinátor irányításával – ezen váratlan események jelentését, egy országosan használt számítógépes rendszerben. Közel 20 ilyen típusú „esemény” van, mely jelenthető. A konkrét feladat mindössze egy kb. 2 oldalnyi kérdőív megválaszolása. A rendszer előnye nem csak az, hogy összegzi saját intézményünk adatait, hanem egy algoritmus alkalmazásával olyan információt is nyújt, amely használható a körülmények, az okok nevesítésére, hozzásegítve bennünket, hogy erre fókuszált megoldási javaslatot hozzassunk. S ha van ötlet a javításra, és az új eljárást bevezetjük, egy következő értékelési ciklusban szembesülhetünk azzal, hogy jó helyen avatkoztunk-e be a folyamatba. Ha igen, a káros esemény bekövetkezte csökkenő tendenciát mutat. Azt gondolom, a hibákat elemző vezetők számára ez is egy hasznos eszköz, és mindenképpen támogatja a dolgozók önbevalló, önértékelő magatartását, azaz felelősségét. A 4. ábra az általunk vizsgált három indikátor egyikét mutatja. A vizsgálat ideje alatt – szerencsére – csak két tűszúrásos baleset történt. Láthatjuk, mik voltak a körülményekkel kapcsolatos lényeges megállapítások. A gyakorlatban a változtatást ezekre a helyekre kell összpontosítani. Pl. oktatás kapcsán az eddiginél sokkal határozottabb módon megtiltani a kupak visszahelyezését a szennyezett tűre. S még egy fontos információ: kiderült, hogy nem ennyi, hanem négy baleset volt, melyet tehát az érintett dolgozók fele nem jelzett. Ez körülbelül megfelel az országosan ismert adatnak, vagyis hogy a dolgozók a tűszúrásos baleseteknek csak kb. a felét jelentik be a munkahelyi vezetőknek. Érdemes lenne azon is elgondolkozni, vajon ez miért van így!

Tűszúrás - 2 eset (csak a fele!)

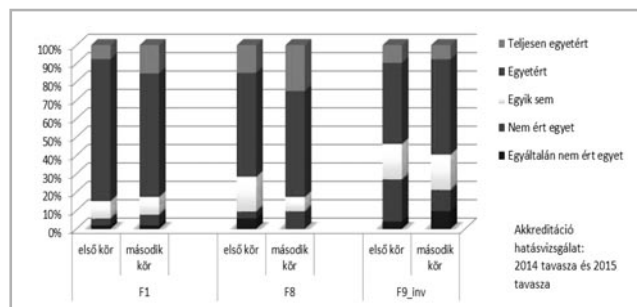
- Gyűjtő edénybe való behelyezéskor, kéz ujjá
- Kupak visszahelyezésénél
- Mind a két eset vérrel szennyezett tűvel
- Kezelőben történt, munkanapokon

4. ábra

NEVES (NEm Várt ESemények Jelentési rendszere)

DOLGOZÓK BIZTONSÁGA

Nyilvánvaló, hogy a munkáltató számára ez a kérdés legalább olyan fontos, mint a betegek biztonsága. A BELLA rendszer bevezetésével egyidejűleg a SE Egészségügyi Menedzserképző Központja egy kutatást is kezdeményezett [5], melynek lényege egyfajta dolgozói ismeret megítélése volt, egyfajta „dolgozói elégedettségmérés”, vagyis hogy

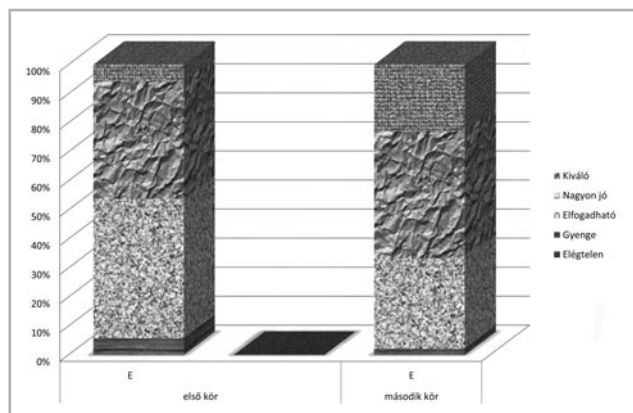


5. ábra
A menedzsment támogatása a betegbiztonsághoz

milyennek értékelik a dolgozók a menedzsment biztonságos környezetet teremtő tevékenységét. Első alkalommal a kérdésekre a BELLA projekt bevezetésekor kellett anonim módon válaszolni – tehát ez volt a kiindulási érték – majd nagyjából a projekt gyakorlását követő egy év múlva. A kérdőívvel mérték fel, vajon befolyásolja-e a dolgozók véleményét az, hogy egy éven át tanulnak, fokozottan figyeltek bizonyos feltételekre. Az 5. és 6. ábrán két grafikont mutatnak be. Az oszlopdiaagramon látható már az első évben is a pozitív, megerősítő válaszok túlsúlya, és az is, hogy ez a bevezetés első éve után tovább erősödött.

ÖSSZEFOGLALÁS

Az elmondottak – úgymond – saját hatáskörben megtehető intézkedések voltak, melyek hatásosnak bizonyultak a



6. ábra
A betegbiztonság értékelése a szervezeti egységben

betegbiztonsága érdekében, és nem is csak pénzkérdést jelentenek. Azonban vannak olyan körülmények, melyeken való változtatás meghaladja a főigazgatói hatáskört, és az egészségpolitika hatókörébe tartoznak:

- A beteg érdeke mindenek előtt – tisztességes forrásfelhasználás
- Egyenlő hozzáférés – betegutak, kapacitások alakítása
- Hatékony forrásfelhasználás – párhuzamosságok kerülése, de ahol szükséges, ott álljon rendelkezésre a valós ráfordítás!
- Előírt szakmai feltételek teljesülése – és ellenőrzése
- A torz szabályozók kiiktatása

IRODALOMJEGYZÉK

- [1] BELLA standardok
- [2] Az ÁNTSZ feladatai a „betegbiztonságért” elnevezésű EU programban, előadás, Balatonvilágos, 2008.05.15.
- [3] Mogorósy G, Gődény S: Klinikai audit aktualizált irányelve, Debreceni Egyetem, 2015. június 30.
- [4] A kézhigiéne gyakorlata az egészségügyi és az ápolást végző szociális szolgáltatásokban, Módszertani levél, EPINFO 2. Különszám, 2010. november 10.
- [5] <http://semmelweis.hu/emk/kutatas/neves/>

A SZERZŐ BEMUTATÁSA



Dr. Antal Gabriella általános orvosként végzett. Klinikai laboratóriumi szakvizsgával, egészségügyi menedzser, jogi szakokleveles orvos, egészségbiztosítási szakértő, minőségbiztosítási ellenőr

és mediátor képzésekkel rendelkezik. Betöltött laboratóriumi osztályvezető főorvos, minőségbiztosítási igazgató pozíciókat, 15 éve főigazgatóként tevékenykedik. A Magyar Kórházszövetség pénztárnoka.