

A legégetőbb kérdések a kórházi fertőzések körül Kórháztakarítási problémák 2017 – „A tisztaság fél egészség!”

A VI. IME Országos Infekciókontroll Konferenciáról jelentjük

Az IME Interdiszciplináris Magyar Egészségügy – Az egészségügyi vezetők szaklapja 2017. október 18-19-én tartotta meg hatodik Országos Infekciókontroll Továbbképzését és Konferenciáját. A tanácskozás résztvevői áttekintették a kórházi fertőzéseket érintő legégetőbb kérdéseket, bepillantást nyertek a nozokomiális surveillance gyakorlatába, valamint tájékozódhattak a kézhigiéné oktatásának helyzetéről és az egészségügyi intézménytakarítás lehetséges módozatairól. A konferencián elhangzott előadások összegzését jelen tudósításunkban adjuk közre.

Prof. Dr. Kozmann György, az IME főszerkesztője köszöntőjében rámutatott: a konferencia résztvevői nemcsak a kórházi fertőzésekkel kapcsolatos legfrissebb adatokat ismerhetik meg, hanem neves előadóktól kaphatnak választ arra a kérdésre, hogy a tények tükrében milyen teendők várnak az infekciókontroll területén tevékenykedő szakemberekre. **Tamás Éva** lapigazgató megnyitó beszédében bejelentette, hogy a VI. IME Országos Infekciókontroll Konferencia felvezető eseményeül szolgál a 2018-as Semmelweis Emlékévknek, melynek során az IME szaklap rendszeres híradással kívánja tájékoztatni olvasóit a Semmelweis Ignác születésének kétszázadik évfordulójához kapcsolódó programokról. A Semmelweis Emlékév tiszteletére az IME Szerkesztősége publikációs pályázatot hirdet a 2018-as évre, melynek ünnepélyes díjátadására 2018 októberében, a VII. Infekciókontroll Konferencián kerül sor.

Benkó Aliz üzletágvezető (Hartmann-Rico Kft.) főszponzori megnyitójában kifejtette, hogy a kétszáz éves fennállását éppen a Semmelweis Évből ünneplő vállalat alapítója, Paul Hartmann volt az, aki forradalmasította a sebkezelésre szolgáló kötszerek gyártását. **Dr. Rákay Erzsébet**, az IME Infekciókontroll Rovatának vezetője köszöntötte az egybegyűlteket, és örömmel üdvözölte az EMMI Kórházhigiénés Főosztálya részéről megjelent vezetőket. Elmondta: a konferencia programjának összeállításakor a szervezők ügyeltek arra, hogy olyan témák kerüljenek napirendre, amelyek mind az epidemiológusok, infektológusok és kórházvezetők, mind az egyéb szakmákból érkező résztvevők érdeklődésére számot tarthatnak.

Dr. Barcs István tanszékvezető (SE Egészségtudományi Kar Epidemiológiai Tanszék), az IME Közérthető-N Rovatának vezetője felvezető előadásában rámutatott: az infekciókontroll sarkalatos kérdéskör az IME szaklap számára, amit a szakterületnek dedikált önálló rovat indítása, számtalan kapcsolódó közlemény megjelentetése és immár hat speciális konferencia megrendezése fémjelez. Utalt a 2001-ben meghirdetett Egészséges Nemzetért Népegészségügyi

Programra, amely 2003-2013 között az Egészség Évtizedének Népegészségügyi Programja elnevezéssel futott tovább. Mindennek szerves folytatásaként indul meg 2018-ban az Új Nemzeti Népegészségügyi Program, amelynek megbízási szerződését 2017. július 19-én írták alá. A program összeállítása és a feladatok szétosztása október 6-án megkezdődött, az infekciókontroll középtávú fejlesztésére vonatkozó feladatokat az előadó vezetésével felálló munkacsoport fogja koordinálni. Végezetül Dr. Barcs István szorgalmazta az infekciókontrollal kapcsolatos széles társadalmi konszenzus létrejöttét és közérthető felvilágosító kampányok megszervezését.

KÓROKOZÓK VS ANTIBIOTIKUMOK

Dr. Nagy Károly egyetemi tanár (SE Orvosi Mikrobiológiai Intézet) az ún. szuperbaktériumokról tartott előadásában felhívta a figyelmet arra, hogy azok terjedését az Egészségügyi Világszervezet az emberiséget veszélyeztető három fő tényező egyikeként jelölte meg. A WHO 2017-ben közzétette azon szuperbaktériumok listáját, amelyek rezisztensek a jelenlegi kezelésekkel szemben, magas halálozással járnak és megterhelik az egészségügyi rendszereket. Ijesztő jövőképet vizionált David Cameron volt brit kormányfő bizottságának jelentése, mely szerint 2050-re az antibiotikum rezisztencia nemcsak tízmillió ember halálát fogja okozni, hanem vezető halálokká is előlép. Az előadó rámutatott továbbá, hogy mióta Fleming felfedezte a penicillint, több mint százféle antibiotikum került fel a gyógyszerpalettára, ám harminc éve egyetlen új originális antibiotikum sem született. Ugyanakkor napjainkban reménykeltő tudományos kutatások zajlanak szerte a világban és hazánkban is. Óceánok vizében, csótányok és sáskák agyában, sőt még a méhek gyomrában is találtak olyan baktériumokat, amelyek képesek elpusztítani bizonyos szuperbaktériumokat, akár az MRSA-t is. A legnagyobb áttörés a talajból származó baktériumok terén történt, amelyekből sikerült előállítani egy új, teixobactin hatóanyagú antibiotikumot. Az előadó számos ígéretes molekuláris biológiai kutatásról számolt be, többek között egy szegedi kutatócsoport projektjéről. A szegedi kutatók olyan bakteriális géneket keresnek, amelyek kikapcsolása lassíthatja az antibiotikum-rezisztencia kialakulását. Mindemellett folyamatban van az MRSA és a Clostridium difficile elleni antibakteriális vakcinák kifejlesztése is. A Cameron Bizottság vészjósló jelentése reálisnak tűnik – összegezte mondandóját az előadó –, ám a reménykeltő kutatási eredmények alapján van okunk az optimizmusra.

Dr. Szilágyi Emese osztályvezető (EMMI Kórházhigiénés és Járványügyi Felügyeleti Főosztály, Kórházhigiénés

Osztály) a hazai járványügyi helyzetet áttekintve elmondta, hogy jelentősen csökkent az ún. specifikus – az egészségügyi ellátással közvetlen összefüggésben kialakuló – járványok száma. Megfigyelhető a nozokomiális véráramfertőzések esetszámának és incidenciájának minimális csökkenése, a hemokultúrák számának 15 százalékos emelkedése mellett. Növekedett a multirezisztens kórokozók által okozott fertőzések esetszáma és incidenciája (amelynek oka lehet az is, hogy 2016-ban 38 százalékkal emelkedett a mikrobiológiai vizsgálatok száma), viszont pozitív fejlemény a Clostridium difficile fertőzések 2014 óta folyamatos és számottevő csökkenése. Hazánk valamennyi aktív kórháza részt vett a 2. Európai Pont-Prevalencia Vizsgálatban, melynek célja, hogy az Európai Járványügyi Központ (ECDC) egységes módszertanával történjen meg a kórházi fertőzések és az antimikrobiális szerek alkalmazási gyakoriságának felmérése és jellemzése, valamint a kórházi struktúra- és folyamatindikátorok tudományos bizonyítékokkal alátámasztott elemzése. A 2017. szeptember 25. és október 20. között lezajlott vizsgálat első érdemi adatai 2018 első negyedévére várhatóak. Az előadó rámutatott az antimikrobiális rezisztencia kialakulásának és terjedésének fő okaira, és ismertette az antimikrobiális szerek körültekintő alkalmazásának európai jogszabályi hátterét.

Dr. Kurcz Andrea orvos szakreferens (EMMI Kórház-higiénés és Járványügyi Felügyeleti Főosztály) a kórházvezetés antibiotikum-rezisztencia elleni küzdelemben betöltött szerepét elemezte. Hangsúlyozta, hogy a 20/2009. (VI.18) EÜM rendelet értelmében a gyógyintézet főigazgatója felel az infekciókontroll tevékenység végrehajtásáért. A menedzsment feladata, hogy megismertesse a kórházi fertőzések hatását az egészségügyi dolgozókkal, és elfogadtassa velük, hogy egyes fertőzések száma tartósan visszaszorítható, akár nullára is csökkenthető. Meg kell értetnie velük azt is, hogy a kitűzött célt hogyan lehet elérni, és az eredményeket miként lehet hosszú távon fenntartani. A cél érdekében biztosítani kell a megfelelő adminisztratív feltételeket, munkakörnyezetet, tárgyi és személyi feltételeket, valamint a szükséges forrásokat is. Meg kell határozni az elvárásokat, garantálni kell, hogy az egészségügyi ellátással összefüggő fertőzések okai mihamarabb feltárára kerüljenek. Biztosítani kell a kórházi dolgozók oktatását, és végezetül kommunikálni kell az elért eredményeket. Az előadó ismertette a helyi adottságra kidolgozott infekciókontroll terv és eljárásrend kidolgozásának főbb szempontjait. Kitért a rutinszerűen végzett surveillance-ok működtetésének és az egészségügyi személyzet oktatásának jelentőségére. Rámutatott, hogy az eredményesség záloga a szemléletváltás, a vezetői példamutatás és elkötelezettség, valamint a multidiszciplináris együttműködés.

JÓ GYAKORLATOK

Prof. Dr. Molnár Zsolt intézetvezető egyetemi tanár (SZTE Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Intézet) előadásában a magas rizikójú sebészeti betegek mortalitását vette

gócso alá. Az előadó meghívott résztvevője volt annak a 2017 májusában, Lisszabonban lezajlott nemzetközi tanácskozásnak, ahol többek közt elhangzott, hogy az aneszteziológus és intenzív terápiás szakma a jövőben is prioritásnak tekinti a perioperatív ellátást. Az utóbbi évtizedekben a perioperatív ellátás gyakorlata jelentős fejlődésen ment keresztül: az anesztéziával közvetlen kapcsolatba hozható halálozás az 1950-es évektől egészen az 1980-as évekig mérhető volt, majd hirtelen szinte nullára csökkent. Ennek hátterében az állt – fejtette ki Molnár Zsolt professzor –, hogy Nyugat-Európában és az USA-ban bevezették a pulzoximetria és a kapnográfia kötelező használatát a műtőkben. 2001-től azonban újból emelkedni kezdett a halálozás, vélhetően azért, mert a sebészek és az aneszteziológusok egyre „bátrabban” végeztek nagy műtéteket idősebb, szignifikáns komorbiditásoktól szenvedő betegeken. Egy Nagy-Britanniából származó korábbi adat szerint négy millió műtött beteg 90 százaléka abba a standard rizikócsoportba tartozik, amelynek a halálozása nem éri el az egy százalékot. Az ún. magas rizikójú betegcsoportba mindössze a betegek egytizede sorolható, ugyanakkor ez a beteganyag felelős az összmortalitás 80 százalékáért. Mindezt hosszú évekig nem realizálta a szakma – fogalmazott az előadó. Ezen megfontolásból, a magas rizikójú sebészeti betegek fókuszcsoportba helyezése érdekében egyhetes felmérést végeztek 23 európai ország – köztük Magyarország – lejelentett adatai alapján. A Lancet folyóiratban 2012-ben közzétett kohorsz tanulmány szerint a mortalitás magasabb volt a vártnál, és az is kiderült, hogy a meghalt betegek 73 százaléka soha nem került intenzív osztályra. Ezért a szerzők nemzeti és nemzetközi stratégiák kidolgozását javasolták a halálozás csökkentése érdekében. Így jött létre, és nyert teret világszerte az ún. „Enhanced Recovery After Surgery” (ERAS) protokoll, amely a posztoperatív felépülést hivatott elősegíteni. Az újfajta, pre-, intra- és posztoperatív szakot felölelő szemlélet lényege, hogy a korábbi konzervatív, sok vizsgálatot, hosszas előkészítéssel, hosszú éhezéssel és szomjazással, lassú posztoperatív mobilizációval járó ellátás dinamikusabbá, életszerűbbé váljon. Az ERAS protokoll alkalmazásának eddigi eredményei rendkívül pozitívak: nem csak a betegek felépülése lett napokkal gyorsabb, de a posztoperatív szövődmények, köztük a műtét utáni infekciók gyakorisága is szignifikánsan csökkent. Ahhoz, hogy ez a szemlélet széles körben elfogadottá váljon és elterjedjen, közös ügyvé kell tenni a perioperatív ellátást, ahol az aneszteziológusok, a sebészek és az intenzív terápiás orvosok az ápolókkal karöltve, az új koncepció szerint végzik a magas rizikójú sebészeti betegek ellátását.

Dr. Prinz Gyula részlegvezető főorvos (Egyesített Szent István és Szent László Kórház), a Szakmai Kollégium Infektológiai Tagozatának elnöke a multirezisztens kórokozók terjedésének megakadályozását elősegítő ún. antibiotikum stewardship – gondoskodó antibiotikum felhasználás – szükségességéről értekezett. Kifejtette, hogy az antibiotikum stewardship bevezetése nem csak a kórházakban, hanem az alapellátásban, a speciális osztályokon és az ápolási intéz-

éné oktatásának módszereit vette számba. A kézhigiéné fejlődésének történelmi áttekintését követően ismertette a WHO kézhigiénééről szóló, 2009-ben kiadott irányelvét. Ez a dokumentum tartalmazta elsőként azt a meglátást, hogy a megbízottság kiterjesztése az egészségügyi intézményekben a páciensek bevonásával valósítható meg. Az előadó áttekintette a sikeres intézményi kézhigiéné program bevezetésének lépéseit és bemutatta a potenciális módszereket.

Dr. Feith Helga Judit tanszékvezető főiskolai tanár (SE Egészségtudományi Kar, Társadalomtudományi Tanszék) a 2017 tavaszán bevezetett Tanulj – Tanítsd – Tudd (TANTUdSZ) Ifjúsági Egészségnevelési Program legfőbb tanulságairól tájékoztatta a hallgatóságot. Rámutatott, hogy az Y és Z generáció hatékony egészségneveléséhez újfajta, innovatív pedagógiai módszerek szükségesek, amelyek egyik formája az ún. kortársoktatás. A TANTUdSZ program keretében egyetemi és főiskolai hallgatók oktatták a közép- és általános iskolás diákokat a megfelelő kézhigiéné gyakorlatára. Az előadás publikációja következő lapszámunkban jelenik meg.

Az IME Országos Infekciókontroll Konferenciasorozat 2016 októberében lezajlott ötödik konferenciáján előadást tartott **Babarczy Balázs** elemző (ÁEEK Nemzetközi és Rendszerelemzési Főosztály) a WHO 2005-ben életre hívott „Evidence-Informed Policy Network” (EVIPNet) kezdeményezéséről, amelynek célja a tudományos bizonyítékok szakpolitikába történő becsatornázásának elősegítése. Jelen előadásában az ÁEEK munkatársa arról számolt be, hogy – mivel hazánkat 2015-ben beválasztották az EVIPNet pilot országai közé – az ÁEEK széleskörű konzultáción alapuló helyzetelemzést végzett a tudományos bizonyítékok szakpolitikai felhasználásáról. Ezt követően összefoglaló készült az antibiotikum-használattal és rezisztenciával kapcsolatos problémákról és a lehetséges beavatkozások implementációs lehetőségeiről. A szakpolitikai bizonyítékok összefoglalóját az ÁEEK munkatársai készítették el a WHO Európai Irodája szoros módszertani támogatásával. Az előadó „problémafa” felrajzolásával szemléltette, hogy milyen szerteágazó és több szinten jelentkező problémahalmaz vezet a nem megfelelő antibiotikum-használathoz. Rámutatott, hogy a kedvezőtlen helyzet orvoslása érdekében nemzeti stewardship program kidolgozására, a graduális és posztgraduális képzés erősítésére, valamint a lakosság és a felíró orvosok tájékozottságának növelésére van szükség. Az ajánlásban foglaltokról az érintettek széles körét bevonó szakpolitikai párbeszédet tervez az ÁEEK, amelyre előreláthatólag 2017 decemberében kerül sor. A szakpolitikai párbeszéd konklúziójával kiegészítésre kerülő összefoglaló a WHO Evidence Briefs for Policy sorozatában fog megjelenni.

A VI. IME Országos Infekciókontroll Konferencia első napján tartotta meg előadását **Prof. Dr. Rosivall László** egyetemi tanár, rektor emeritus, a Semmelweis Emlékbizottság elnöke. Méltatta Semmelweis Ignác munkásságát, és rámutatott: sok évnek kellett elteltelnie nagy elődünk halála után, hogy tanai jelentőségét felismerje a világ. Kifejtette: Semmelweis a klinikai kórélettani kutatások úttörője, akinek a kortársai támadásaitól elszenvedett, sokszor félreértéseken

alapuló keserűségek jóvátételeként az utókor megadja a kijáró, méltó tiszteletet. Korszakot meghatározó munkájának eredményei méltóképpen kerültek örökre 2013-ban az UNESCO Világemlékezet listájára. Dr. Rosivall László professzor előadása felvezető eseményül szolgált a 2018-as Semmelweis Emlékévknek, amelynek előkészületeibe lapunknak adott interjújában nyújtott részletes betekintést. A „Főhajtás Semmelweis szellemisége előtt” című interjú az IME 2017/7. számában olvasható.

VIGYÁZÓ GYÓGYÍTÁS

Dr. Székely Éva osztályvezető főorvos (Jahn Ferenc Délpesti Kórház) a mikrobiológiai leletről és antibiotikum-kezelésről szóló előadását egy intenzív terápiás osztályon tett infektológusi vizitijének felidézésével kezdte. Bár nem minden intenzív osztályra és kórházra jellemző a megtörtént eset, mégis jól példázza azt a gyakran tapasztalható gyakorlatot, hogy a beteg különböző testtájairól vett minták tenyésztése, és annak eredménye alapján választanak antibiotikumot a szakorvosok. Az előadás azt hivatott bebizonyítani és mindenki számára érthetővé tenni, hogy mennyire helytelen ez az eljárás. Ahhoz, hogy az orvos ideális, illetve megfelelőnek tartható antibiotikum-kezelést tudjon folytatni, szüksége van egy identifikált kórokozóra, vagy ha nem sikerül az identifikálás, akkor is tisztában kell lennie azzal, hogy a páciens betegsége alapján milyen kórokozókra számíthat. Ez egyben azt is jelenti – magyarázta Dr. Székely Éva –, hogy mindig a diagnózis felállítására kell törekedni, hiszen sohasem leletet kezelünk, hanem betegséget. A kitenyészett, vagy a betegség alapján feltételezett kórokozó érzékenysége fontos támpontot ad az antibiotikum-választáshoz, amelynek során azonban figyelembe kell venni a beteganyagot és a farmakokinetikai vonatkozásokat is. Az akut betegség okozta állapot alapján döntheti el az orvos, hogy parenterális, vagy orális kezelést, baktericid, vagy bakteriosztatikus gyógyszert alkalmaz. Arra is ügyelnie kell, hogy az antibiotikum megfelelő koncentrációban legyen jelen az infekció helyén, ezért a központi idegrendszer, a csontot, a prosztatát és az intraokuláris teret érintő fertőzések esetén jól penetráló gyógyszert kell előnyben részesítenie, szükség esetén nagyobb dózisban adva. Dr. Székely Éva hangsúlyozta, hogy az adekvát antibiotikum-terápia még a mikrobiológiai lelet ismeretében sem mindig egyszerű feladat, ezért a kezelőorvosnak kapcsolatot kell tartani a mikrobiológussal és az infektológussal, szakvéleményükre támaszkodva kell felállítania a terápiás stratégiát.

Dr. Fűzi Miklós egyetemi docens (SE Orvosi Mikrobiológiai Intézet) a fluorokinolon típusú antibiotikumok multi-rezisztens nemzetközi kórokozó klónok elterjedésére gyakorolt hatását elemezte. A témában írt publikációja az IME 2017/9. számában olvasható.

Dr. Szabadka Hajnalka orvos-igazgató a Bajcsy-Zsilinszky Kórházban működő Infekciókontroll és Antibiotikum Bizottság felállításáról és működéséről számolt be. Hangsúlyozta, hogy a bizottság sikeres munkájának feltétele a

résztevők szoros együttműködése, az aktuális problémára fókuszálás, az új metodikák bevezetése, a klinikai osztályok szigorú, következetes monitorozása és az igazgatóság támogatása. A jelenlegi kihívások között a multirezisztens baktériumok számának csökkentését, a felvett szepikus betegek számának emelkedését, az MRK fertőzések megelőzését, a fertőzött betegek szigorú higiéniés felügyeletét és az újfajta eljárások bevezetését említette. Beszámolt arról a vizsgálatról, amelyet intézményük urológiai és központi intenzív osztályain végeztek annak céljából, hogy felmérjék a fluorokinolon típusú szerek ritkább alkalmazásának hatásait az MRSA és a Clostridium difficile fertőzések tekintetében. A helyben készült felmérés eredménye, valamint nemzetközi adatok is alátámasztják, hogy a „fluorokinolon hatás” országos szinten jól érzékelhető hazánkban és külföldön is, ám a kisebb kórházi egységekben nem igazán mérhető a folyamatosságot betegeáthelyezések miatt. Mindennek fényében az előadó felvette, hogy a két kórokozó számának csökkenését régiós, vagy országos szintű infekciókontroll kampány mozdíthatná elő.

Dr. Szabó Rita főiskolai adjunktus, szakmai irányító (SE Egészségtudományi Kar, Epidemiológiai Tanszék, ÁEEK) előadásában az egészségügyi ágazati adatvagyon hasznosítását célzó fejlesztésekbe nyújtott bepillantást. Mint elmondta, az „Elektronikus egészségügyi ágazati fejlesztések” (EFOP-1.9.6-16) program az állampolgárok egészségi állapotának javítását, az egészségügyi rendszer hatékonyságának növelését, az e-Egészségügy területének fejlesztéseit és az idősebbé váló népesség hatékony és magas színvonalú ellátását hivatott elősegíteni. Ismertette a fejlesztések szakpolitikai és jogszabályi háttérét, specifikus céljait és komponenseit. A kiemelt projekt célja, hogy megvalósuljon az egészségügyi ágazat hatékonyságának és a lakosság részére nyújtott szolgáltatások minőségének fejlődése egy olyan informatikai rendszer létrehozásával, amely a jelenlegi adatbázisok kibővítése mellett az ágazati döntések tervezéséhez, előkészítéséhez és meghozatalához nyújt a korábbiaknál is megalapozottabb támogatást az ágazat- és intézményvezetők számára.

Dr. Fráter Márk egyetemi adjunktus (SZTE-FOK Konzerváló és Esztétikai Fogászati Tanszék) azzal a kiábrándító információval indította előadását, mely szerint a fogászati infekciókontrollnak gyakorlatilag nincs szakirodalma. Az előadó rámutatott: a fogászati infekciókontroll célja a betegellátás biztonságos körülményeinek megteremtésével annak megakadályozása, hogy akár a beteg, akár az egészségügyi személyzet megfertőződjön. Fogászati keresztfertőzés alakulhat ki közvetlen kontakt, vér, levegő útján és a környezetben keresztül. A fertőzés forrása lehet a fogászati aeroszol, amely fogfúrás, csontfúrással járó szájsebészeti beavatkozás, ultrahangos fogkö-eltávolítás, polírozás és a fog, vagy a terület vízpermettel való lemosása során keletkezhet. A 100 mikrométernél nagyobb részecskék „fröccsenés” formájában hamar lerakódnak a felületeken. Az ennél kisebb részecskék képezik a köpetmagokat, melyek több óráig is a levegőben maradhatnak, a legkisebbek pedig direkt eljuthat-

nak a tüdő alveolusaiba. Miben reménykedhetünk tehát, ha fogorvoshoz megyünk? – tette fel a kérdést Dr. Fráter Márk. Legfeljebb abban – adta meg a választ –, hogy a rendelésben nem képződött aeroszol, és mi leszünk aznap az első páciens. Az Országos Epidemiológiai Központ 2016-ban adta ki a Szakmai Kollégium Fog- és szájbetegségek Tagozata módszertani levelét a fogászati ellátással összefüggő fertőzések megelőzésére. Az abban leírt vízhigiénés előírások betartása, a személyi védőeszközök alkalmazása, a nagyteljesítményű elszívó használata, valamint a kezelések közötti szellőtétel és a felületfertőtlenítés nagyban elősegíti a fogászati aeroszol elleni védelmet. Emellett a fogorvosnak felelnie kell a fogtechnikai darabok tökéletes higiéniés állapotáért, melynek révén kivédhetők a páciensek közötti keresztfertőzések és a fogtechnikusok megbetegedése. Az előadó felhívta a hallgatóság figyelmét a Dr. Barcs István szerkesztésében idén megjelenő „Egészségesen gyógyulni” című kézikönyvre, amely rámutat arra, hogy a fogászati team tagjainak jó attitűdjéhez megfelelő tájékozottság és képzettség is szükséges.

Dr. Kovács Ákos infektológus konzulens (Egyesített Szent László és Szent István Kórház, Infektológiai szakrendelés) a kórházi infektológiai szakellátás sokéves egyesült államokbeli tapasztalatait osztotta meg a hallgatósággal. Az USA-ban az infektológiai szakellátás több évtizedes múltra tekint vissza. Alapvető elvárás az infektológusokkal szemben, hogy átfogóan ismerjék a betegségek pathofiziológiáját és a terápiák hatásmechanizmusát. Nagy hangsúlyt fektetnek a szakorvosjelöltek képzése során az önálló döntésképeséget megalapozó szakmai önbizalom növelésére, hiszen azt várják tőlük, hogy felügyelet nélkül, önállóan műveljék az infektológiát, teljes jogi felelősség mellett. Feladatuk az etiológia, diagnózis és terápia megértése tudományos szinten, valamint az effektív és költséghatékony antibiotikus terápia elősegítése. Működésük egységes rendszerbe illeszkedik. Az előadó a New York-i egyetemi központban végezte infektológiai tréningjeit, majd két évtizeden keresztül dolgozott a 464 ágyas Brooklyn Hospital Center konzultánsaként, ahol négy főállású infektológus konzulens áll folyamatosan a klinikusok rendelkezésére. Az USA minden kórháza mátrix – beteghez rendelt ellátás – jellegű rendszerben működik, azaz nem terápiás terület szerinti osztályokon kezelik a betegeket, hanem hozzájuk rendelik azt a kijelölt „attending” orvost, aki személyesen felel az ellátásuk menedzseléséért. A hatékony működés annak is köszönhető, hogy az orvosok biztosítótól kapott fizetése „pay for service”, vagyis teljesítményen alapul. A legkülönbözőbb szakterületek orvosai veszik igénybe az infektológus konzultáns szolgáltatásait. A konzultáció minden mozzanata – kezdve az anamnézis felvételétől a fizikális, laboratóriumi és képalkotó vizsgálatokon át a szakvélemény leírásáig szigorú szerkezetben, írásban dokumentálandó, az antibiotikumok túlnyomó többsége csak az infektológus engedélyével hozzáférhető. Az ellátás minőségét a kórház is alaposan ellenőrzi, illetve a műhibák súlyos jogi szankciót vonnak maguk után. Mindennek eredményeképp lelkiismeretesebb, jobb betegellátás valósítható meg.

Benkó Aliz, a HARTMANN-RICO Hungária Kft. Infekciókontroll üzletágának kereskedelmi igazgatója kifejtette, hogy a kórházi fertőzések kialakulásának egyik fő kockázati tényezője a nem megfelelő higiénés compliance az ápolói ellátás során. Ennek oka, hogy a különböző higiénés övintézkedések beazonosítása és szakszerű kivitelezése gyakran okoz gondot az ápolószemélyzet számára. E probléma megoldásában nyújt segítséget a HARTMANN vállalat által kifejlesztett Optimalizált Standard Munkafolyamatok evidence based irányelveken alapuló rendszere, amely lépésről lépésre hívja fel a figyelmet bizonyos hibalehetőségekre és a mulasztásokra. Az egyéni igényekre szabható modulok az ellátás infektio kialakulása szempontjából kritikus mozzanataira fókuszálnak, lehetőséget biztosítva a szakemberek számára, hogy konkrét beavatkozásokon gyakorolva tanítsák be a higiénés alkalmazottakat, megteremtve az önálló tanulás lehetőségét is.

Dr. Hajdu Ágnes orvos szakreferens (EMMI Kórház-higiénés és Járványügyi Felügyeleti Főosztály, Kórház-higiénés Osztály) a Clostridium difficile okozta infektio (CDI) vonatkozásában végzett európai surveillance 2016. évi eredményeit ismertette. Hazánk 49 fekvőbeteg-ellátó intézménnyel két periódusban is részt vett az Európai Járványügyi Központ (ECDC) által 2016-ban elindított surveillance-ban, melynek célja a CDI incidenciájának, teljes betegségterhének és kedvezőtlen kimeneteleinek felmérése volt. Az európai CDI surveillance-ban való részvétel lényeges, új információkat adott a CDI országos és intézményi epidemiológiájának pontosabb megértéséhez. Felmérésre kerültek a hazai diagnosztikus algoritmusok, megerősítésre került a hipervirulens 027 PCR-ribotípus magyarországi dominanciája.

SURVEILLANCE: MŰTÉTI SEBFERTŐZÉSEK

Az összes nozokomiális fertőzés 24 százaléka a sebészeteken keletkezik – ezzel a sokatmondó adattal nyitotta meg a konferencia sebészeti blokkját **Dr. Székely Tamás** levezető elnök, és kérte fel előadása megtartására **Dr. Szilágyi Emesét**. Az EMMI Kórház-higiénés és Járványügyi Felügyeleti Főosztály Kórház-higiénés Osztályának osztályvezetője ismertette a műtéti sebfertőzés surveillance 2016-os adatait, amelyekből kitűnik, hogy Európában a második leggyakoribb nozokomiális infektio a sebfertőzés, Magyarországon évente közel 22 ezer műtéti sebfertőzés fordul elő. Ennek következménye a hosszabb kórházi bennfekvés, az esetleges újrafelvétel, valamint a magasabb mortalitás. A kórházi költségek jelentős mértékben emelkednek: a sebfertőzéses beteg ellátása átlagosan kétszer annyiba kerül, mint a fertőzésmentes pácienseké. Bizonyítékokkal alátámasztott vizsgálatok kimutatták, hogy a nozokomiális surveillance alapú infektiokontroll tevékenység révén a sebfertőzések legalább 30 százaléka megelőzhető. Az előadó áttekintette a műtéti sebfertőzések pácienssel összefüggő és intraoperatív kockázati tényezőit, a műtéti sebek osztályozásának rendszerét, valamint az európai ECDC sebfertőzés surveillance alá vont műtéti típusokat. Mint elmondta, a sebfertőzési

arányok kórházak közötti összehasonlításához három kockázati tényező – a műtéti seb kontaminációja, a páciens kisérbetegségei és a műtét időtartama – figyelembevétele szükséges. Ezek alapján dolgozták ki az ún. NNIS rizikó-indexet, amelyet általánosan elfogadnak és alkalmaznak a sebfertőzési arányok rétegzésére. Nagyon fontos a trendek figyelemmel kísérése is, amivel kapcsolatban az előadó megjegyezte: 2016-ban Magyarországon nőtt a vastagbél-műtétek összefüggésbe hozható fertőzések száma. A csont- és térdprotézis műtétek, illetve a laminectomiás beavatkozások során kialakuló infektio hazai előfordulása meghaladja az ECDC átlagot. Dr. Szilágyi Emese felhívta a figyelmet arra, hogy minden olyan esetben, amikor a vártnál magasabb arányt találunk, helyi szinten felül kell vizsgálni a pre-, intra- és posztoperatív körülményeket. A szisztematikus, országos szintű visszacsatolás elősegítése érdekében új módszertan kidolgozásával készül a szakma. 2016 novemberében megjelent a WHO új irányelve a műtéti sebfertőzések megelőzéséről, amely minden országra nézve érvényes, és a helyi sajátosságokhoz igazítható – a magyarországi adaptálás 2018-ban várható.

Dr. Mészáros Tamás részlegvezető főorvos (Péterfy Sándor utcai Kórház- Rendelőintézet és Baleseti Központ Idegsebészeti Osztály, szubintenzív őrző) elmondta, hogy a multirezisztens kórokozók okozta sebfertőzések az ideg- és csontsebészeti eljárások gyakran helyrehozhatatlan katasztrófájának tekinthetők. A kómás, intenzív terápiára szoruló, lélegeztetett beteg kórlefolyását alapvetően határozza meg a fertőzés, melynek kórházi költségei az egetek ostromolják. A fertőzések csökkentésének egyik legfőbb módja az antibiotikus profilaxis alkalmazása. Ezzel kapcsolatban az előadó részletesen taglalta a profilaxis időzítésének módját, amelynek betartását a megbíztsági ellenőrző lista, az anesztéziológiai jegyzőkönyv és a számítógépes rendszer automatikus figyelmeztetése segít elő. A Baleseti Központban műtét előtti szűrővizsgálatot fontolnak meg a multirezisztens kórokozók kockázatának kitett esetekben, a más intézetektől átvett betegeken pedig mindig előzetes MRSA szűrést végeznek. Mindezzel együtt fontos szem előtt tartani, hogy a műtéti profilaxis véd az endogén baktériumtól, de nem véd az exogénektől, azaz nem pótolja sem az aszepszis-antiszepszis szabályainak betartását, sem a jó műtéti technikát. Igen fontos, egyben problémás terület a rendszeres teljes körű fertőtlenítő takarítás elvégzése. Az előadó beszámolt továbbá arról, hogy intézetükben – részben a fertőzések számának csökkentése céljából – új, alacsony, illetve minimálisan invazív műtéti eljárások bevezetése zajlik, melyek kezdeti eredményei biztatóak. A fertőzések visszaszorítása érdekében multidiszciplináris csoport alakult az intenzív osztály, infektológus konzulens, kórház-higiénés szakember és a mikrobiológiai osztály bevonásával.

Dr. Nagy Loránd mátrixvezető (Jászberényi Szent Erzsébet Kórház, Sebészeti Mátrix) azzal a megállapítással kezdte előadását, miszerint a műtetre kerülő betegek között egyre magasabb arányt képviselnek az előrehaladott stádiumú (T3 és T4) esetek. Ez annak fényében fontos körülmény,

hogy a háromféle – elektív műtétes, semi urgens és akut – betegcsoportban jelentősen eltér a mortalitás. Az egyes sürgősségi indikációkhoz tartozó halálozás az ileus és a perforáció esetében a legmagasabb, a colon perforáció és a faecalis peritonitis mortalitása megközelíti az 50 százalékot. Az előadó egy 72 napon át húzódó, súlyos eset részletes ismeretét követően rámutatott, hogy a szövődményként kialakult hasfali defektus esetében hasznosnak bizonyult a negatív nyomású sebkezelés, amelynek egyetlen hátulütője az eljárás költséges volta. Az előrehaladott daganatos stádiummal növekszik a sürgős műtetre kényszerítő körülmények száma, és ezzel együtt a posztoperatív szövődmények és a mortalitás aránya is.

KÓRHÁZTAKARÍTÁS 2017-BEN

„A tisztaság fél egészség!” – e mottóval tartotta meg a kórházi takarítással kapcsolatos kérdésekről szóló önálló blokkját a VI. IME Országos Infekciókontroll Továbbképzés és Konferencia. A szekcióülést moderáló **Dr. Rákay Erzsébet**, az IME Infekciókontroll rovatának vezetője rövid felvezetőjében felsorolta azokat a jellegzetes problémákat, amelyekkel a kórházhigiénikus mind gyakrabban találkozik az ellenőrzések során. Arról, hogy mindez hova vezet, és mi lehet a kiút, a konferencia utolsó blokkjának előadói értekeztek.

Dr. Kopcsóné Dr. Németh Irén osztályvezető főorvos, állandó minőségügyi szakfőorvos (Magyar Honvédség Egészségügyi Központ Kórházhigiéniai Osztály), **Dr. Kalmár-Birinyi Edit** osztályvezető (Zala megyei Szent Rafael Kórház Kórházhigiénés és Textilellátó Osztály) és **Kerényi Zsolt** tisztítás-technológiai szakértő (Magyar Tisztítás-technológiai Szövetség, MATISZ) közös előadása a környezeti infektókontrollt a szolgáltatást igénybe vevő intézményi és a szolgáltatást nyújtó vállalati megközelítésben világította meg. Mint elmondták, az egészségügyi intézményekben a hatékonyság iránti fokozott igény egyre több változást hoz, nem csupán az alaptevékenység, hanem az olyan háttér szolgáltatások tekintetében is, mint a takarítás. A háttértevékenységek kiszervezését (outsourcing) a fenntartók és az intézmény forráshiánya miatti tökébevonás szükségessége, a költség-hatékonyabb feladatellátás, a kórházi menedzsment tehermentesítése és a dolgozói létszámihiány indokolhatja. Dr. Kopcsóné Dr. Németh Irén a korábbi időszak intézkedéseiből – 2006-os kormányzati Új Egyensúly Program, „Zöld könyv”, Konvergencia program – fakadó nehézségek számba vételét követően ismertette a bizonyítékokon alapuló infektókontroll ajánlások elvárásait. Feltette a kérdést: vannak-e válaszaink a jelenkor kihívásaira? Belátják-e a higiénikusok, a szolgáltatók, az üzemeltetők és a kórházvezetők, hogy egyedül nem megy? Eljutunk-e a „benchmarking” módszer alkalmazásáig és elfogadjuk-e, hogy az új is lehet „normális”? Kerényi Zsolt a piaci szolgáltatók válaszaival szolgált a felvetett kérdésekre. Ismertette a kórháztakarításban alkalmazott új technológiákat, eszközöket és anyagokat, felvázolta az ún. Service Level Agreement (szolgáltatási szint megállapodás, SLA) összeállításának szempontjait, a szolgáltatás műszaki

tartalmának összetevőit és a hatékonyság alappilléreit. Végezetül felvillantotta a digitalizált tisztítás-technológia és technológiaellenőrzés – Takarítás 4.0 – eszközrendszerét: a monitoring rendszerek, az online irányítás és ellenőrzés, a 3D szkennelés, a robotok és az automatizált takarítás világát. Kalmár-Birinyi Edit két lezajlott járvány – Clostridium difficile és Multirezisztens Acinetobacter Baumanni – költséggadataival illusztrálta, hogy „mindennek ára van”. A két járvány teljes kórházi költsége meghaladta a 80 millió forintot, amit egyéb nemzetgazdasági kiadások (például táppénz többletköltségek) tetéztek. Mindez alátámasztja, hogy égető szükség van a fertőtlenítés folyamatainak szabályozására, a megvalósítás monitorozására és felügyeletére. Mindehhez nélkülözhetetlen az objektív monitoring rendszer működtetése, és az erős bizonyítékok alapján ajánlott módszerek alkalmazásának számonkérése.

Dr. Nagy Kamilla kórházhigiénikus főorvos (SZTE Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ Kórházhigiénés Osztály), az IME Szerkesztőbizottság Tanácsadó Testületének tagja előadásában hangsúlyozta, hogy a kórházi takarítás létkérdés. Kifejtette véleményét, miszerint minden egészségügyi intézményben dolgozó takarítónak ismernie kellene a Johan Béla Országos Epidemiológiai Központ Dezinfekciós Osztálya által kiadott „Tájékoztató a fertőtlenítésről” című kézikönyvet, amely az összes ezzel kapcsolatos, fontos tudnivalót tartalmazza. A nozokomiális infektók elleni küzdelmet a kórházhigiénikus irányítja, így nem hiányozhat a tendert előkészítő team sorából sem. Dr. Nagy Kamilla felsorolta elvárásait a kórháztakarítást szolgáltató ajánlattevővel szemben, nevezetesen: mutassa be az alkalmazni kívánt takarítási technológiát, eszközparkot és a használandó fertőtlenítő- és tisztítószereket, a takarítást végző alkalmazottak tudását és képzésük módját, garantálja a dolgozói biztonságot és a szolgáltatás minőségének folyamatos fejlesztését. A másik oldalon az ajánlatkérőnek pontosan meg kell határoznia, hogy mit vár a szolgáltatótól, valamint tájékoztatnia kell őt arról, hogy ellenőrizni fogja a szolgáltatást, és milyen következményekkel járhat az esetleges nem megfelelő minőségű szolgáltatás. A szolgáltató által alkalmazott takarítóknak minden olyan védőöltést meg kell kapniuk, mint amit az egészségügyi intézmény személyzete számára biztosítanak. A szolgáltató cégnek alkalmaznia kell OKJ szakképesítésű takarítási és higiénés szakembert, dokumentált önellenőrzést kell végeznie, minőségbiztosítással kell rendelkeznie, nem utolsósorban pedig tökeerősnek kell lennie. Ha mindez a feltétel teljesül – vonta le a következtetést az előadó –, akkor modernnek tekinthető takarítás valósulhat meg a betegellátó intézményekben.

Nagy Zsuzsanna üzletág igazgató (B+N Referencia Zrt.) előadásában rámutatott, hogy a növekvő mikrobiális rezisztencia miatt már nem elegendő a hagyományos értelemben vett kórházi takarítás. Összefoglalta az egészségügyi intézményi takarítás során alkalmazható innovatív technológiákat (No-Touch, UV, robottechnológia), oktatási és ellenőrzési módszereket (fluoreszcens vizsgálat, ATP detektálás) a nemzetközi és hazai ajánlások alapján.

Dr. Bodnár Attila főigazgató (Bajcsy-Zsilinszky Kórház) beszámolt a fennállásának 85. évfordulóját idén ünneplő, 804 ágyas intézményben megvalósult fejlesztésekről, kiemelve a tízmillió forintot meghaladó beruházással létrehozott új műtőt. Mint arról az V. IME Országos Infekciókontroll Konferencián a főigazgató részletes tájékoztatást adott, 2014 novemberében takarításellenőrző programot indítottak kórházukban, melynek célja a takarítás minőségének és hatékonyságának növelése volt. A műtői környezet gyakran érintett területeinek, felületeinek szennyezettsége kritikus szerepet játszhat a fertőzések továbbvitelében, ezért a kórház vezetése úgy döntött, hogy újfajta műtői takarítóprogramot vezet be. A program ez év májusában az alapadatok felvételével indult, mely magában foglalta a műtők két műtét közötti, illetve zárótakarításának UV lámpával történő ellenőrzését, a műtő előkészületi idejének mérését és a mozgások nyomon követését. Az audit során a sikeresen takarított területek aránya mindössze 25 százalék volt, azaz 75 százalékos arányban nem megfelelő alapossággal takarítottak, illetve nem célravezető technológiát alkalmaztak. A két fő takarító és egy fő aneszteziológus asszisztens által végzett takarítás 41 percet vett igénybe, és további 15 percig nedves volt a műtő padlója, ami a sűrű műtéti program miatt külön problémát jelentett. Az is kiderült, hogy nincs pontos, rutinszerűen végzett mozgási struktúra és nem áll mindig rendelkezésre elegendő számú mop, törülköző. A 2017. június 16. és július 14. között zajlott tesztüzem célja az volt, hogy a sikeresen takarított felületek aránya meghaladja a 70 százalékot, és olyan programszerű takarítás valósuljon meg, amelynek során a takarító személyzet meghatározott útvonalon haladva takarít. A program fontos alappillére az oktatás, ezért a tesztüzemet tájékoztató előadás, gyakorlati tréning, valamint az auditot végző személyek képzése előzte meg. Az új technológia bevezetését követően elvégzett nyolc audit során 238 fluoreszcens géllal megjelölt terület ellenőrzése történt meg UV lámpával. A sikeresen takarított felületek aránya 78 százalékra emelkedett, ami 53 százalékpontos javulást jelent az első adatfelvétel eredményéhez képest. Mindennek alapján a főigazgató leszögezte, hogy a programban alkalmazott takarítási technológia kiválóan bizonyult. A program sikerességéhez jelentősen hozzájárult a műtői személyzet folyamatos oktatása. A

technológia bevezetése és oktatással történő elsajátítása mellett különösen fontos a rendszeres ellenőrzés további végzése a tartós eredmények elérése érdekében.

A konferencia kiemelt támogatója, az Ecolab-Hygiene Kft. nevében **Végh Zsolt** (senior marketing associate healthcare CEE) bemutatta a műtői takarításról összeállított oktatófilmet, melynek létrejöttéért köszönetet mondott a Bajcsy-Zsilinszky Kórház menedzsmentjének és higiénikus csapatának. A film bemutatja, hogy a műtő egyes felületeit milyen technikával és sorrendben kell takarítani. Részletesen számba veszi a személyi védelmet biztosító védőruházat kellekeit és a takarítóköcsi felszerelésének elemeit, végezetül figyelmeztet a rendszeres kézfertőtlenítés jelentőségére.

Babonits Tamásné egészségügyi menedzser, címzetes egyetemi docens (Péterfy Sándor utcai Kórház-Rendelőintézet és Baleseti Központ) a kórházi takarítás saját dolgozókkal történő megvalósításáról tartotta meg előadását. Az intézmény a Péterfy Kórház és az Országos Baleseti és Sürgősségi Intézet összevonását követően kiszervezett takarítási rendszert örökölt meg 2007-ben. Rendkívül jó együttműködést sikerült kialakítani a szolgáltató cégekkel, ám azok a későbbiekben egyre kevésbé tudták tartani az elvárt minőséget a hosszú fizetési határidők miatt. Az intézmény menedzsmentje válaszul elé került: újabb közbeszerzési eljárást indít, vagy visszaszervezi az addig külső közreműködők által biztosított feladatot. A döntés előkészítéséhez SWOT analízist végeztek, melyből egyértelműen kiderült, hogy a legnagyobb kockázati tényezőt a humán erőforrás biztosítása jelenti. Végül egy új szervezeti egység – a Központi Takarító Szolgálat – kiépítése mellett döntöttek, amit pályázati úton elnyert 44 millió forintból valósítottak meg. Az új egység önálló osztályként, külön költségvetési soron és önálló leltárszámmal kezdte meg működését 2017 júniusában az ápolási igazgató hatásköre alatt, biztosítva a rendelkezésre állást a hét minden napjának 24 órájában. Mint arra az előadó rávilágított, négy hónap elteltével még korai lenne statisztikai elemzésekbe bonyolódni, ám tisztán látható, hogy a Baleseti Központ vizsgált területein jelentősen csökkent a sebfertőzések száma. Mindez jól érzékelteti, hogy megfelelően előkészített vezetői döntéssel és fenntartói támogatással megvalósítható a kórház takarításának visszaszervezése és a takarítás minőségének javítása.

Munkatársunktól

Balog Zoltán miniszteri és szakmai díjakat adott át

Balog Zoltán, az emberi erőforrások minisztere és dr. Ónodi-Szücs Zoltán egészségügyért felelős államtitkár Semmelweis Ignác-díjat, Batthyány-Strattmann László-díjakat és Miniszteri Elismerő Okleveleket adott át a Pesti Vigadóban.

Az egészségügy területén végzett kivételesen magas színvonalú, példaértékű szakmai munkája elismeréseként Semmelweis Ignác-díjat vehetett át:

Dr. Konc János, a Szent János Kórház centrumvezető főorvosa, az orvostudomány kandidátusa.

Az egészségügyi ellátás fejlesztése érdekében végzett szakmai munkája, kimagasló teljesítménye elismeréseként Batthyány-Strattmann László-díjban részesült:

Dr. Asztalosné Haskó Szilvia Zsuzsanna, a Békés Megyei Központi Kórház intézetvezető szakoktatója

Folytatás az 50. oldalon