



Dr. Pintér Sándor

Belügyminiszter

Ikt.sz.: 808-1/2023

Tisztelt Miniszter Úr!

A 2023.07.24-én a MOK elnökségének kezdeményezésére egyeztetés történt az ágazatért felelős miniszterrel és az ágazati felsővezetőkkel. Több specifikus témában várnak munkaanyagot a MOK-tól, az egyik ilyen a kórházi fertőzések számának növekedése, mely miatt külön munkacsoport alakult javaslattevési céllal.

A javaslattevési alapja „A nemzeti népegészségügyi központ tájékoztatója a nemzeti nozokomiális surveillance rendszer kötelező moduljainak 2021. évi eredményeiről” c. dokumentum képezi. A jelentés alapján látható, hogy 2021. évben a fekvőbetegellátó intézményekben zajló nozokomiális járványok száma emelkedett, valószínűleg a tendencia 2022-ben és 2023-ban is folytatódik.

A nem specifikus légúti járványok emelkedéséért főként a SARS-Cov 2 vírus volt döntően felelős, míg a specifikus nozokomiális járványok kb. 20 %-ának háttérében a Clostridioides difficile, 80 %-ának pedig multirezisztens kórokozók kóroki szerepe igazolódott. Ezen járványok megoszlása kórforma szerint véráram, alsó légúti, húgyúti fertőzés és kevert kórformájú járványok voltak.

A nozokomiális járványok halálozása riasztóan magas, a nem specifikus légúti járványokban 25 %-os, a specifikus járványok letalitása közel 75 %!

A kórházi járványokon túl az egészségügyi ellátással összefüggő fertőzések száma is emelkedik, melyért a multirezisztens kórokozók (MRK) tehetők felelőssé. Idézünk a jelentésből: „Fontos hangsúlyozni, hogy az egészségügyi ellátás a COVID-19 pandémia miatt jelentősen átalakult ... a betegforgalomban bekövetkezett csökkenés nagyban hozzájárult ... (MRK fertőzések okozta) incidenciasűrűség kifejezett megemelkedéséhez”. Tehát 2021-ben kevesebben feküdtek kórházban, de azok nagyobb arányban betegedtek meg egészségügyi ellátással összefüggő fertőzésben. A MRK fertőzések formái leggyakrabban húgyúti fertőzések voltak, majd véráram-fertőzések, légúti fertőzések és műtéti sebfertőzések. Ezen fertőzések halálozása szintén riasztóan magas, hiszen „összesen 3345 MRK-eset jelentésében szerepelt, hogy a beteg meghalt (3345/6507 MRK-eset, 51.4 %)”.

Tankönyvi adatok bizonyítják, hogy a modern értelemben vett infékcióntróll, ill. antibiotikum-stewardship szignifikánsan csökkentette a nozokomiális fertőzések arányát, javított a baktériumok antibiotikum rezisztenciáján.

Az európai közösségi szintű cselekvés az antimikrobiális szerek körültekintő használatáról, a humán gyógyászatban a 2002/77/EC sz. tanácsi ajánlás alapozza meg.

Magyarországon az infékiókontroll tevékenység nemzeti szinten egyrészt az egészségügyi szolgáltatások működési engedélyezési eljárása körében (60/2003. (X.20.) ESZCSM rendelet az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről, 20/2009. (VI.18.) EüM rendelet az egészségügyi ellátással összefüggő fertőzések megelőzéséről, e tevékenységek szakmai minimumfeltételeiről és felügyeletéről, másrészt a járványügyi intézkedések sorában (18/1998. (VI.3.) NM rendelet a fertőző betegségek és a járványok megelőzése érdekében szükséges járványügyi intézkedésekről, rendeletekben került szabályozásra.

A szabályozás, a törvényi rendeletek és a szakmai szabályok adottak, azokat csak betartani és betartatni kellene!

A szabályok léte ellenére az alábbi problémák kiemelkedők:

- A korábbi évek romló tendenciájának nyomán a nozokomiális infékiók (NI-k) visszaszorítására egyelőre nem született nemzeti stratégia, hiába szerepel ennek szükségessége az Európai Betegségmegelőzési és Járványvédelmi Központ (European Centre for Disease Prevention and Control, ECDC) ajánlásában, vagy sürgetik kidolgozását a hazai IC szakértők.
- A kórházi fertőzések csak az egész ellátási és kiszolgálási lánc egyenszilárdságú minősége és ellenőrizhetősége esetén kontrollálhatók (hiába mos kezeti az orvos, ha a külsős takarító cég nem felkészült).
- A menedzsmenkek felelőssége, hogy a takarítás és fertőtlenítés eszközeiben ne legyen hiány, ennél azonban nagyobb problémát okozhat számukra, hogy biztosítsák a kórházhigiénés szakemberek utánpótlását. Különösen a megfelelő végzettséggel rendelkező orvosok hiányoznak a rendszerből, ugyanis az IC irányítását csak ők tudják elvégezni.
- Az intézményi higiénés minimumfeltételek biztosítása nélkül nem működhet az a stratégia, ami a NI számának csökkenését irányozza elő.
- A már kialakult fertőzések esetén nem lehetnek meghatározók a költségtakarékossági szempontok. Megfontolandó egy IC vis maior alap létrehozása, ami súlyos járvány esetén függetleníti az intézményt a költségviseléstől.

Kórházi infékiókontroll három eleme:

1. helyi surveillance
2. infékiókontroll intervenció
3. antibiotikum-stewardship.

A **surveillance**-ról nem kívánunk bővebben értekezni, az adatok – igaz kissé megkésve, de – rendelkezésre állnak. A jelentés bár kötelező, elmulasztásának egyelőre nincs következménye.

Az **infékiókontroll** intervenció alatt korábban a fertőző betegek külön osztályon történő ápolását, kezelését értettük, mely elv mostanra már részben meghaladottá vált és a személyzeti védőeszköz alkalmazására helyezték a hangsúlyt. Ide tartozik többek között a beteg megfelelő kórtermi elhelyezése, a külön wc biztosítása, és a megfelelő védőeszközök használata. Az egészségügyi személyzetnek két fertőző beteg ellátása között elvileg védőöltözetet kell cserélnie és kezeti kell fertőtlenítenie.

A MOK véleménye szerint a védőruhák száma megfelelő, tekintettel a közelmúltban lezajlott SARS-Cov 2 pandémiára, de a nővéri létszámot emelni szükséges az ilyen betegek ellátása során.

Ismeretes, hogy az egészségügy humánerőforrás mennyiségi szintje nem megfelelő, ezen belül a szakmánként eltérő mértékű orvoshiány mellett nagyobb jelentőségű a szakdolgozók növekvő, hovatovább kritikus szintű hiánya. Az ápolók nem megfelelő létszáma, a megmaradtak túlterheltsége, fáradtsága és kiégettsége, valamint az ebből fakadó nehéz motiválhatóság és növekvő számú hiba fontos tényező a kórházi fertőzések terjedésében. Éppen ezért ezen okból is elengedhetetlenül fontos és elodázhatatlan anyagi megbecsülésük és presztizsük érdemi növelése, a gondoskodás a megfelelő szakdolgozói létszámról a pályaelhagyók visszacsábításával, az utánpótlás biztosításával. Addig is, amíg ez megvalósul, a NI visszaszorítása érdekében javasolt, hogy a MRK-fertőzött beteg ellátásában résztvevő ápolók számát asszimmetrikusan növeljék, azaz a többi betegellátó egységtől szükséges elvonni dolgozókat, amennyiben ez lehetséges.

Megfelelő infrastruktúra kialakításához hozzátartozik nemcsak az infekciókontroll oktatás és képzés, hanem a személyi- és tárgyi minimumfeltételek biztosítása. Kiemeljük, hogy kézfertőtlenítő pontokat nem folyosónként, hanem kórtermenként kell biztosítani. A gyakorlatban ez azt jelenti, hogy két beteg ellátása között azonnali kézfertőtlenítésre legyen lehetőség. A kézfertőtlenítés hatékonyságának ellenőrzésére elektronikus eszköz (pl.: Semmelweis Szkenner) beszerzése osztályonként lenne ajánlatos.

Emellett a megfelelő infrastruktúrához hozzátartozik a betegek megfelelő elhelyezése, a megfelelő higiénés körülmények, így a kórtermekhez tartozó elegendő számú és megfelelő állapotú vizesblokk megléte, a gyógyuláshoz-gyógyításhoz megfelelő hőmérséklet elérése és fenntartása a különböző helyiségekben. Nehéz megfelelő infekciókontrollt biztosítani túlzásfolt, sokágyas, adott esetben nagy belmagasságú, rosszul szigetelt, télen kifűthetetlen, nyáron megfelelő légkondicionálás hiányában felforrósodó kórtermekben. Hasonló problémákat okoznak az előregedő, esetlegesen karbantartott vagy hiányzó légkondicionáló berendezések a műtőkben, sebkezelő helyiségekben. Noha az utóbbi években örvendetes fejlesztések történtek, számos kórház és intézmény megújult, továbbra is folyik gyógyítás korszerűtlenné vált, elavult, előregedett épületekben is - ezen a téren is a megfelelő színvonalú egyenszilárdság elérése kívánatos.

Részben fentiekből következően a fertőző betegek elkülönítése egy adott osztályon belül sokszor konfliktus helyzetet generál az elkülönítést indikáló higiénikus és a klinikai osztályok vezetői és dolgozói között, hiszen itt érdekellentét alakul ki. Az osztály érdeke, hogy el tudják helyezni az új betegeket, ne legyen ágyhiány, az infekciókontroll érdeke, hogy a megfelelő izoláció biztosítva legyen. Ezt az ellentétet úgy lehetne áthidalni, ha az elkülönítést indikáló higiénikus és az intézmény érdekeltté lenne téve az elkülönítés kivitelezésében, és ez nem lenne csak az osztályok terhe. Gyakorlatilag az elkülönítés feltételeit (külön kórterem, személyzet, védőeszközök) nem az osztályoknak kellene megoldani, hanem az intézmény vezetésének, az elkülönítés kivitelezéséről nem osztályvezetői szinten születnének döntések, hanem intézményvezetői szinten.

Az antibiotikum stewardship programot az adott intézményben az antibiotikum bizottság, mint testület határozza meg. A bizottság munkája akkor lesz hangsúlyos, ha

nem csak „papíron” működnek, hanem a valóságban is és az általuk hozott intézkedések kötelező jellegűek, és ellenőrzéséről az intézmény vezetése gondoskodik. Két stratégia alakult ki az antibiotikus alkalmazás racionalizálására:

1. Prospektív típusú: az antibiotikum felhasználás osztályos alkalmazásának ellenőrzése, korrigálása, melyet infektológus, mikrobiológus, gyógyszerész végez. Hátránya, hogy kevés a szakember, előnye, hogy az idő előrehaladtával az osztályok antibiotikum választása racionalizálódik. Gyakorlatban hetente tartandó, a fentiek bevonásával együtt zajló közös nagyvizit lehet ennek a terepe. Fontos, hogy az intézmény támogassa az ellenőrzést és a korrigálást, hogy az adott osztályok vezetői ne beavatkozásként, hanem segítségként fogják fel ezt a tevékenységet. Az adott osztályon dolgozó kollégák közül szükséges lenne kiválasztani olyanokat, akik hajlandóak a szakmai profiljába tartozó betegek és betegségek antimikrobás kezelésében való elmélyülésre, így a későbbiekben ők maguk is helyi protokollok megalkotói lehetnének.
2. Restriktív lista bevezetése: az antibiotikum bizottság egy listát generál, melyen azok az antimikrobás gyógyszerek szerepelnek, melyeket csak előzetes engedély után lehet alkalmazni. Az ilyen listák bevezetése akkor ér valamit, ha az intézmény szintén ellenőrzi a betartását. Hatására általában azonnal csökken a gyógyszerfelhasználás, javul a helyi antibiotikum rezisztencia helyzete, csökken a nozokomiális járvány kialakulásának lehetősége. Hátránya, hogy folyamatosan elérhetőnek kell lennie a konzultánsnak, valamint veszélye, hogy a beteg nem kapja meg a megfelelő gyógyszert, vagy az egész egy adminisztratív szintre „süllyed”.
3. A két módszert együttesen is lehet alkalmazni például úgy, hogy az első antibiotikumot még az osztály orvosa indikálhatja, de a folytatásához infektológus szükséges.

A MOK munkacsoportjának javaslatai:

1. A kórházi járványok és fertőzések megelőzésének szabályainak ismeretének helyi szinten való ellenőrzése.
2. Az elkülönítéshez szükséges infrastruktúra fejlesztésének központi finanszírozásának növelése.
3. A kórházi fertőzések számának, illetve ezek változásának, és ezek kezelésének eredményességének beépítése az intézményvezetők minősítési rendszerébe.
4. A fertőző betegek ápolásához szükséges személyzet – akár aszimmetrikus – növelése.
5. Minden kórteremben (vagy betegágyon) fixen felszerelt kézfertőtlenítő pont kialakítása.
6. Beteg elkülönítés intézmény menedzsment szinten való kezelése, megoldása.
7. Az antibiotikum bizottság által kidolgozott antibiotikum stewardship kötelező és ellenőrzött betartása.
8. Az antimikrobás kezelést felügyelő közös nagyvizitek tartása.
9. Klinikai osztályon dolgozó orvos-kollégák és szakdolgozók rendszeres (akár évente) célzott képzése kézhigiéné, antimikrobás kezelés terén.
10. Restriktív antimikrobás gyógyszerlisták bevezetése.
11. A kórházi fertőzések transzparens bemutatása kórházakra való lebontásban, közérthető, egyrészt a társadalomnak, másrészt a szakmának szóló szakmai értékeléssel, rendszeres időközönként.

12. A kórházak, osztályok, orvosok teljesítménymutatóinál szerepeljenek a kórházi fertőzések indikátorai, amikre az orvosoknak a rendszeres időközönként megtörténő szakmai felülvizsgálatuk során szakmailag kell reflektálniuk.
13. Infekciókontroll (IC) szakemberek képzése, számuk növelése.
14. Az IC szakemberek jogosítványaiknak, hatásköreinek kiterjesztése, hogy az orvostársadalomban uralkodó feudális viszonyok között is effektíven tudjanak dolgozni.
15. Kórházankénti kórházhigiénére vonatkozó betegelégedettség valós idejű publikálásának megteremtése és bevezetése.
16. Közérthető betegtájékoztatók készítése a kórházi fertőzésekről és kórházakban való terjesztése a betegek és hozzátartozók edukálása céljából.
17. A kiváltó okok elemzésének bevezetése. (Gyökér-ok elemzés) A klinikusok és kockázatkezelők számára készült cselekvési eszköz, amelyet akkor használhatnak, ha egy beteg életveszélyes fertőzésben, például MRK véráramfertőzésben szenved. Ez segítette a klinikai csapatokat azonosítani, hogy (1) milyen tényezők vagy események vezettek a fertőzéshez, és (2) hogyan lehet csökkenteni annak kockázatát, hogy az újra bekövetkezzen.
18. Parlamenti ciklusokon átívelő parlamenti felügyelet vagy miniszteri biztos kinevezése a kórházi fertőzések csökkentése érdekében, amely szervezet vagy személy koordinálja az országos cselekvési programot, a szakértők és szakmai szervezetek javaslatait, közvetíti a miniszter és akormányzat felé, parlamentben rendszeresen beszámol és egyben felelősséggel tartozik az eredményességért is.
19. A kórházi fertőzések, járványok jelentésének szigorítása, pontosítása, elmulasztásának menedzsment szinten való szankcionálása.
20. A magas kockázatú és magas költségekkel járó fertőző betegségek (például szeptikus csípő-, vagy térdprotézisek) ellátásának centrumokban való ellátásának megszervezése. Ezek az ellátások speciális szakmai tudást és háttérrel igényelnek. Amennyiben ezeknek a szeptikus betegeknek az elsődleges ellátásuk nem megfelelően történik, akkor többletköltségek és ismételt revíziós műtétek után sem mindig tudunk olyan eredményeket elérni, mint, amit centrumokban, megfelelően képzett szakemberekkel, gyorsabban, eredményesebben és költséghatékonyabban tudunk volna.

Budapest, 2023. augusztus 31.

Készítette:

A Magyar Orvosi Kamara elnöksége
Dr. Csilek András koordinálásával