

Nemocnice nejsou, z podstaty svého fungování, bezpečným místem pro trávení volného času. Jejich pohostinství bychom měli využívat jen ve chvíli, kdy očeká-



vané přínosy zásadně převyšují možná rizika. Jedním z nich je nebezpečí, že se náš pobyt zkomplikuje nějakou infekcí. Jejich škála je široká, od banálních respiračních, přes infikování operační rány pacientovou vlastní střevní mikroflórou, až po potíže vyvolané infekcí zvláště odolným bakteriálním kmenem, nechtěně vyšlechtěným v nemocnici.

Z evropských dat vyplývá, že infekce spojené s poskytováním zdravotní péče postihují zhruba každého dvacátého nemocničního pacienta. Vedle zřejmých zdravotních důsledků to má i odraz v nákladech zdravotního systému. Naše zdravotnictví stojí péče o komplikující infekce zhruba deset miliard a celoevropsky mají tyto komplikace na svědomí prodloužení ošetrovací doby o šestnáct milionů dnů a zvýšení nákladů o čtyři a půl miliardy euro. Můžete si to představit jako stovku nemocnic velikostí krajské nemocnice Jihlava, které léčí jenom infekční komplikace léčebného procesu.

Riziko vzniku komplikující infekce je dáno charakterem nemocniční péče a nelze je zcela potlačit. Dobrou zprávou je, že dodržováním ošetrovacích standardů můžeme jejich výskyt výrazně omezit. V oblasti katetrových infekcí v krevním řečišti se zdá, že je lze snížit o sedmdesát procent a snad i o více. Infekční komplikace operačních výkonů nebo umělé plicní ventilace jsou redukovatelné na čtyřicet pět procent. Obecně lze říci, že je realistické očekávat souhrnné snížení infekcí souvisejících s poskytováním zdravotní péče o více než padesát procent. Pokud budeme dodržovat nastavená pravidla.

Pokud si klademe otázku, co bychom měli udělat, aby naše zdravotnictví fungovalo lépe, tak důraz na prevenci komplikujících infekcí je polovinou odpovědi. Tou druhou je zlepšení organizace péče o chronicky nemocné. Náklady na péči o chronicky nemocné představují sedmdesát pět procent celkových zdravotnických nákladů a data ukazují, že ne všechny vynaložené náklady jsou pacientům ku prospěchu. Právě schvalovaná úprava přerozdělení, která pojišťovně pošle peníze podle toho, jak moc mají nemocné pojištěnce, by mohla být spouštěčem potřebných kroků. Integrace dosud fragmentované péče o jednotlivé typy chronických nemocí zlepší osud našich pacientů. Redukce infekčních komplikací a zlepšení organizace péče o chronicky nemocné je typickým příkladem win win strategie. Pacientům bude lépe a zdravotnictví ušetří

Máme se nemocniční infekce bát?



Alena Šteflová



Vlastimil Jindrák

úhel pohledu

volné fórum



Martina Sochmanová

Roman Prymula



Jana Pratteringerová

David Marx



Dana Hedlová

peníze, které může použít užitečným způsobem.

*Příjemné počtení přeje
MUDr. Pavel Vepřek*

úhel pohledu

MUDr. Alena Šteflová, Ph.D., MPA
ředitelka, regionální úřadovna WHO Praha

Mytím rukou k bezpečnější nemocnici

Prevence infekcí spojených se zdravotní péčí je pro WHO součástí agendy související s bezpečností pacientů. Ta je definovaná jako absence poškození nebo možnosti poškození pacienta v souvislosti se zdravotní péčí. Vždy, když jsou prezentovány výsledky studií dokládajících alarmující čísla poškození pacientů ve zdravotnických zařízeních, jsou zástupci médií a jejich prostřednictvím i veřejnost šokováni, že se tak vůbec může dít. Přitom i ve vyspělých zemích dojde k újmě jednoho z deseti pacientů a uvádí se, že v rozvojových zemích je toto riziko mnohonásobně vyšší. Je pochopitelné, že získání validních čísel dokumentujících tato poškození je problematické, vždy se jedná o jakýsi sofistikovaný odhad, většinou uváděný ve velkém rozpětí. ECDC např. uvádí, že ve státech EU má zátěž infekcemi získanými ve zdravotnických zařízeních (HAI) významný zdravotní a ekonomický dopad, a to s prevalencí 3,5–14,8 %, s 4 544 100 případů HAI ročně, které se tak podílejí na 16 milionech hospitalizačních dní navíc. To už jsou velmi pádné argumenty z pohledu jak humánního, tak ekonomického, abychom se jimi začali seriózně zabývat.

Proto tzv. První globální výzvu vyhlášenou Aliancí bezpečnosti pacientů pracující jako platforma při WHO od roku 2005 bylo zaměřit se na zavádění efektivních postupů v oblasti kontroly infekcí

Ve státech EU má zátěž infekcemi získanými ve zdravotnických zařízeních významný zdravotní a ekonomický dopad, které se podílí na 16 milionech hospitalizačních dní navíc.

– zejména v hygieně rukou – a přispět tak celosvětově ke snížení rizika vzniku a šíření infekcí souvisejících se zdravotní péčí. Kampaň Clean Care is Safer Care – čistá péče je bezpečnější péče – se stala mottem první fáze výzvy zaměřené na zlepšení podmínek pro provádění hygieny rukou. Její součástí se také stalo vyhlášení dne Hygieny rukou vždy 5. května. Již v prvním roce této výzvy (v roce 2009) někte-

rá zařízení v ČR reagovala a připojila se ke kampani. K těm neaktivnějším od samého začátku patří ÚVN v Praze a bylo to také její Oddělení nemocniční hygieny a BOZP, které zpracovalo pro potřeby ČR mezinárodní materiály určené pro vzdělávání zaměstnanců a implementaci správných postupů do každodenní praxe. Tyto postupy se pak staly součástí vyhlášených Resortních bezpečnostních cílů MZ jako cíl č. 5 – Zavedení optimálních postupů hygieny rukou při poskytování zdravotní péče.



Alena Šteflová

Myslím, že WHO může těšit, že většinou oranžově laděné propagační letáky s obrázky postupů hygieny rukou (mytí rukou, dezinfekce rukou, pět základních situací v oblasti hygieny rukou) jsou už nedílnou součástí sester, provozních prostor i pacientských pokojů. WHO opravdu upozorňuje na to, že mytí rukou je neefektivnějším preventivním opatřením v prevenci infekcí spojených se zdravotní péčí a zároveň i tím nejlevnějším.

MUDr. Vlastimil Jindrák
vedoucí, Národní referenční centrum pro infekce spojené se zdravotní péčí, SZÚ Praha

Infekce spojené se zdravotní péčí – otázky a odpovědi

Jak velké je riziko, že se v nemocnici nakazíme nějakou odolnou infekcí?

V zemích Evropské unie získá infekci spojenou se zdravotní péčí (healthcare associated infection – HAI) podle dosud provedených epidemiologických studií v průměru každý 18. až 20. hospitalizovaný

pacient (prevalence se pohybuje mezi 5 a 7 %). Riziko se ovšem podstatně liší v dílčích skupinách pacientů i podskupinách těchto infekcí. Kupříkladu v podmínkách pracovišť intenzivní medicíny (ARO) je prevalence asi pětikrát vyšší, protože jde o populaci vysoce rizikových pacientů. V podskupině infekcí v místě chirurgického výkonu je získanou infekcí komplikováno např. asi 10 až 12 % kolorektálních výkonů, v ortopedii je to 1 až 2 % náhrad kyčelního či kolenního kloubu. Z výše uvedeného vyplývá, že různé populace pacientů mají různé riziko vzniku HAI, z nichž většina je endogenního původu a může být jen omezeně preventabilní (a nemohou tedy být považovány za nežádoucí událost, jak ji definuje WHO). Obecně lze říci, že v Evropě s vyspělým zdravotnictvím je výskyt HAI relativně nízký a také stabilní, jakkoliv pacientů s četnými rizikovými faktory spíše přibývá. V rozvojových zemích je výskyt těchto infekcí v průměru dvakrát až třikrát vyšší. Tyto údaje ovšem nevypovídají nic o tom, kolik HAI vyvolá původce odolný (rezistentní) k antibiotikům, lze-li takto chápat termín obsažený v otázce. Zde je možné do jisté míry použít data z evropského systému surveillance EARS-Net (European Antimicrobial Resistance Surveillance Network), který organizuje Evropské centrum pro prevenci a kontrolu nemocí ve Stockholmu (ECDC) a do kterého přispívá solidními epidemiologickými daty také Česká republika. V tomto systému se sleduje antimikrobiální rezistence několika hlavních původců infekcí krevního řečiště (nikoliv tedy všech infekcí), a to bez rozdílu, zda se jedná o infekci spojenou se zdravotní péčí, či o infekci získanou mimo nemocnici (tzv. komunitní). Navíc jsou výstupy vyjádřeny pouze procentem rezistentních původců v rámci daného mikrobiálního druhu, nikoliv jako incidence v populaci pacientů. Víme tedy kupříkladu, že v České republice je průměrný výskyt kmenů *Staphylococcus aureus* rezistentních k oxacilinu (MRSA) kolem 14 % ze všech infekcí krevního řečiště, které tato bakterie vyvolá, což je podstatně méně než třeba na Slovensku nebo v Řecku, ale naopak o hodně více než v Nizozemsku nebo ve Skandinávii.

Jak jsou u nás infekce spojené se zdravotní péčí monitorovány a jaké mají klinické a ekonomické dopady?

Sledování (surveillance) HAI je u nás mimořádně rozšířené. Národní referenční centrum pro infekce spojené se zdravotní péčí (Státní zdravotní ústav)

se snaží prosazovat evropský koncept surveillance, který je metodicky a technicky podporován Evropským centrem pro prevenci a kontrolu nemocí (ECDC), ale daří se to jen pomalu, v omezeném počtu nemocnic. Na věci bohužel nic nemění, že se Česká republika zavázala implemētovat do národní legislativy principy principy surveillance formulované v Doporučení



Vlastimil Jindrák

Rady EU o bezpečnosti pacientů, včetně prevence a kontroly infekcí spojených se zdravotní péčí z roku 2009, kde je metodickým garantem a koordinátorem evropské surveillance ustanoveno právě ECDC. Je to o to paradoxnější, že tento dokument přivedlo ke schválení v rámci EU právě české předsednictví. Je politováníhodné, že u nás nadále přetrvávají některé insuficientní přístupy a relikty minulosti (požadavky na plošné pasivní hlášení vyžadované akreditačními subjekty a do jisté míry i legislativou, požadavky na začlenění těchto infekcí do hlášení nežádoucích událostí zcela nestandardním způsobem, svého času nesmyslný reporting tzv. indikátorů kvality údajně požadovaných OECD...). Nejsme schopni soustředit omezené síly na jeden odborně relevantní systém, který je schopen poskytovat spolehlivé podklady pro účinnou prevenci a kontrolu těchto

infekcí a vzniká jako celoevropsky kompatibilní řešení, dokonce požadované evropskou legislativou.

Pokud jde o klinické dopady HAI, jsou jistě závažné. Mortalita specificky s nimi související (smrt přímo způsobená infekcí) se liší v jednotlivých skupinách. Např. na ventilátorovou pneumonii umírá asi 20 až 30 % postižených pacientů, na močovou infekci podstatně méně (asi 1–2 %), na infekci *Clostridium difficile* zemře asi 6 až 7 % pacientů s tímto onemocněním. Získat spolehlivé údaje o ekonomických důsledcích HAI (specifickým navý-

V nemocnicích České republiky vznikne každoročně asi 100 000 případů HAI

šení nákladů) je metodicky velmi obtížné, chceme-li být seriózní. Výsledky ekonomicky zaměřených studií z jiných zemí nejsou snadno přenositelné jinam kvůli rozdílným vstupům (zejména mzdám zdravotníků). Náklady na hospitalizaci pacientů zasažených infekcí spojenou se zdravotní péčí mohou stoupat o desítky procent i několikanásobně, a to v přímém důsledku infekce. Platí zde do značné míry Paretovo pravidlo, kdy jen malá část těžkých hospitalizovaných pacientů spotřebovává zcela disproporční část finančních zdrojů nemocnice. Právě tyto nemocní jsou ve vysokém riziku vzniku HAI, které ještě akcelerují jejich nákladovost, ale zároveň podstatně zhoršují jejich i tak nepříznivou prognózu. Platí tedy do značné míry, že HAI způsobují ztrátu výsledku mimořádně nákladné zdravotní péče. Zároveň lze říci, že účinná (a relativně levná) preventivní opatření, která zabrání vzniku infekce u několika málo takových komplikovaných nemocných, mohou podstatně přispět k ekonomické stabilizaci klinického pracoviště i celé nemocnice.

Jak si v tomto ohledu stojí naše nemocnice ve srovnání se světem?

Česká republika se v epidemiologických charakteristikách HAI nijak nevymyká evropskému průměru. Podle recentně provedených národních prevalenčních studií se výskyt HAI pohybuje zcela v rámci průměrných evropských čísel, a to i v dílčích skupinách. Na základě těchto dat tedy můžeme odhadovat, že v nemocnicích České republiky vznikne každoročně asi 100 000 případů HAI, přičemž pneumonie a jiné infekce dolních dýchacích cest tvoří přibližně 20 %, infekce v místě chirurgického výkonu a infekce močového ústrojí mají podobný podíl, infekce krevního řečiště reprezentují asi 10 %, infekce *Clostridium difficile* tvoří asi 5 % a zbytek připadá na ostatní skupiny. V České republice je tedy situace zcela srovnatelná s většinou vyspělých zemí Evropské unie a není důvod k žádným alarmistickým prohlášením. To ovšem neznamená, že by nebylo možné stávající stav podstatně zlepšit a využít značné možnosti současných preventivních opatření, která sice máme k dispozici, ale neuplatňujeme je dostatečným způsobem.

Co by se mělo dělat, aby bylo riziko infekce spojené se zdravotní péčí co nejmenší?

Preventabilita HAI je vysoká, v průměru je možné u většiny dílčích skupin předejít vzniku asi

poloviny případů. Některé infekce mají preventabilitu významně vyšší, např. u katéetrových infekcí krevního řečiště se v současnosti považuje za reálnou jejich úplná eliminace (jako u první ze všech skupin). Jakkoliv víme, jaké konkrétní intervence riziko vzniku HAI snižují, nebo dokonce eliminují, v reálné praxi narážíme na mnoho překážek (administrativních, organizačních, personálních, psychologických...), abychom se vůbec k účinnému používání důkazy doložených medicínských intervencí propracovali. V tomto ohledu je možné formulovat několik obecných zásad, které jsou důležité:

Co nedělat:

- Přestat si myslet, že se problém vyřeší vydáním vyhlášky či vytvořením komise (nejméně na Ministerstvu zdravotnictví, nejlépe na předsednictvu vlády...)
- Nesbírat data pro data („Konečně mám v databázi 8 hlášení HAI za rok, vloni to byla jenom 2...“) a přestat si stýskat, že nám zase nikdo nic nehlásí... Smířit se tím (jak to dávno udělali jiní), že nám nikdo nikdy pořádně hlásit nebude, a jít na to jinak...
- Nečekat, až budeme mít v databázích „všechna“ (typicky nesprávná...) data potřebná k „řízení zeměkoule“, když už jsme utratili stovky milionů na geniální informační systémy... Nesrovnatelně menší investice (hlavně do kvalifikovaných lidí) mohou mít mnohonásobně větší benefit (platí nejenom na úrovni nemocnice, ale i celého zdravotního systému...)

Preventabilita HAI je vysoká, v průměru je možné u většiny dílčích skupin předejít vzniku asi poloviny případů.

Co dělat:

- Podporovat vytváření neformální infrastruktury programu prevence a kontroly infekcí nemocnice (akceschopné mezioborové týmy pro prevenci a kontrolu infekcí) a zajistit dostatek vysoce kvalifikovaného personálu (specialistů prevence a kontroly infekcí – sester a lékařů).
- Umět chytře používat metody pro hodnocení rizika a promyšleně určovat priority, kterým je třeba věnovat omezené zdroje (lidské, technické, ekonomické).
- Využívat výsledky odborně relevantní surveillance HAI zaměřené na prioritní problémy k jejich účinné kontrole. Neutratit všechny prostředky a energii na informace o všech existujících (i nepatrných) problémech (informace jsou

- drahé, a leží-li ladem, pořizovali jsme je úplně zbytečně...).
- Naučit se jednoduše měřit, jak dodržujeme preventivní opatření v praxi (procesní, ne výsledkové indikátory kvality, hodnocení compliance u klíčových intervencí). Vytvářet přátelskou, ale o to silnější zpětnou vazbu zdravotníkům podporující jejich motivaci pro zlepšování. Podporovat neformální a otevře-

- nou komunikaci o problémech (vždycky nějaké jsou...).
- Selektivně se zaměřovat na zavádění opatření, která prokazatelně zvyšují preventabilitu HAI, jsou tedy důležitá, účinná, ale také v praxi proveditelná.
 - Dělat správně jednoduché věci, a to pokud možno vždy (malá chyba často způsobuje velké problémy).

volné fórum

V tomto čísle odpovídají naši respondenti na tyto otázky:

1. Za jak velké pokládáte riziko, že se pacient v naší nemocnici nakazí nějakou odolnou infekcí?
2. Myslíte si, že je tomuto problému věnována dostatečná pozornost?
3. Co by se mělo dělat, aby riziko infekcí spojených se zdravotní péčí bylo co nejmenší?



*PhDr. Martina Šochmanová,
MBA, prezidentka, Česká asociace sester*

odpovědi Martyiny Šochmanové:

1. Vznik nemocniční infekce, dnes v nové terminologii infekce spojené se zdravotní péčí, je jako u běžného infekčního onemocnění výsledkem setkání mikroorganismu a hostitele (pacienta). Na rozdíl od běžné infekce má ale ta nemocniční svá specifika:

- bývá rezistentní (odolná) až multirezistentní na ATB, chemoterapeutika a dezinfekční prostředky;
- hostitelem není zdravý jedi-

nec, ale pacient, který je oslabený řadou invazivních diagnostických a terapeutických výkonů;

- vznik infekcí spojených se zdravotní péčí je ovlivněn především hygienickou dezinfekcí rukou a délkou hospitalizace.

Podle výsledků studií se odhaduje, že přibližně u každého dvacátého pacienta přijatého k hospitalizaci vznikne jeden případ různé závažné infekce.

2. V současné době se tomuto problému věnuje poměrně velká pozornost, neboť se jedná o komplexní problém, který zasahuje do celého zdravotního systému, a to nejenom epidemiologicky, kdy se mění vlastnosti původců infekcí, ale především ekonomicky, neboť péče o tyto pacienty je finančně nákladná. S tím souvisí hlavně racionální antibiotická politika.

3. Trendem ke snižování rizika infekcí spojených se zdravotní péčí je především výrazné zkracování průměrné délky hospitalizace, dále díky různým moderním technologiím přesouvání mnohých výkonů do kategorie ambulantních, bez potřeby hospitalizace. Především se již začíná přistupovat k uvážlivému

a účelnému podávání ATB a chemoterapeutik.

Hlavním preventivním opatřením, které je nejméně finančně náročné, a přesto nejúčelnější, je správně prováděná hygienická dezinfekce rukou. Tato je schopna ovlivnit zhruba až třetinu výskytu onemocnění. Infekce spojené se zdravotní péčí ohrožují pacienty na celém světě a nelze nikdy zabránit jejich výskytu. Nejvýznamnějším faktorem v prevenci vzniku a šíření nemocničních infekcí je vytvoření podmínek pro bezpečnou péči a dodržování zásad hygienickoprotiepidemického režimu v denní praxi

odpovědi Romana Prymulý:

1. Myslím si, že riziko ve FN Hradec Králové je podle našich dat obdobné či spíše mírně nižší ve vztahu ke srovnatelně velkým nemocnicím v ČR. Při běžném vykazování je riziko u nás kolem 3 %, avšak když jsme aktuálně prováděli prevalenční studii na nadprůměrné rizikových odděleních, dostali jsme se na hodnotu 8 %. Tato čísla zcela korelují s mezinárodními, která se pohybují v průměru kolem 6–7 %. Velmi se snažím, aby riziko bylo

co nejnižší. Je však nutno říci, že ani při aplikaci veškerých preventivních opatření nikdy nebude nulové.



prof. MUDr. Roman Prymula, CSc., Ph.D., ředitel FN Hradec Králové

2. Zájem o nemocniční nákazy podléhá různým sezonním a módním vlivům. Zvyšuje se při výskytu různých multirezistentních forem mikroorganismů nebo například při chřipkové epidemii. Je třeba jasně říci, že významně oslabeného pacienta léčeného kúrami za stovky tisíc korun může zahubit běžný virus chřipky od neočkovaného personálu. Na druhé straně dokonale sterilní prostředí nevytvoříme, díky obrovským nákladům, a proto se pozornost upíná k vývoji různých vakcín, které by měly pouze krátkodobou účinnost a chránily pacienta pouze po dobu např. chirurgického zákroku a následného pobytu v nemocnici. To se týká vyvíjených vakcín proti MRSA či klostridiím. Avšak ani tato cesta v dohledné době problém nevyřeší, neboť nemocničních potenciálně rizikových patogenů je podstatně více.

3. Nemocniční nákazy jsou nepochybně věčné a těžko se

je podaří beze zbytku vymýt. Vyskytují se i v nejvyspělejších systémech a jistě nás budou trápit i v budoucnosti. Nemocnice pro jejich výskyt vytváří takřka ideální prostředí. Oslabený jedinec přestává být schopen udržet v rovnováze i své vlastní mikroorganismy, které si přinesl s sebou, a ještě se může setkat s kmeny, které v nemocničním prostředí získaly vysokou resistenci a invazivitu. To vytváří zákeřnou kombinaci. Nozokomiálním nákazám je třeba věnovat vysokou pozornost a rozhodně je nutné je důkladně sledovat minimálně pro vnitřní potřeby nemocnice. Mezinemocniční sledování je vždy velkým problémem, protože ne všichni poctivě hlásí a pak paradoxně ten, který se snaží s nemocničními nákazami bojovat více, vykazuje vyšší záchyt a marketingově si odrazuje pacienty, kteří považují nemocnici s papírově vyšším výskytem za rizikovější.

Velmi nedoporučuji přijímat pro jednorázové finanční zhodnocení pacienty z různých exotických zemí. Následná kolonizace nemocnice jejich pestrout zooloickou zahradou se může dramaticky prodražit. Pokud se chceme věnovat mezinárodní nemocniční turistice, musíme na to být adekvátně vybaveni.

odpovědi Jany Pratingerové:

1. Riziko získání infekce spojené se zdravotní péčí v nemocnicích v České republice je srovnatelné s ostatními zeměmi Evropy. Na tuto skutečnost poukázala první Bodová prevalenční studie infekcí spojených se zdravotní péčí v evropských nemocnicích s akutní péčí, která proběhla v letech 2011 a 2012. Podle této studie získá infekci spojenou se zdravotní péčí okolo 6 % pacientů.



MUDr. Jana Pratingerová, ředitelka protiepidemického odboru, Krajská hygienická stanice Libereckého kraje se sídlem v Liberci

2. V posledních několika letech došlo k určitému pokroku; máme tuto problematiku zakotvenou v zákoně o zdravotních službách, každá nemocnice musí mít program prevence a kontroly infekcí, ve Státním zdravotním ústavu bylo ustanoveno Národní referenční centrum pro infekce spojené se zdravotní péčí. Stále však máme v našich nemocnicích nedostatek specialistů prevence a kontroly infekcí, kteří umějí infekce vyhledat a adekvátně reagovat.

3. Zásadní je při poskytování péče každému pacientovi dodržovat tzv. standardní opatření. Tato opatření vycházejí z principu, že veškeré tělní tekutiny a sliznice mohou obsahovat infekční agens. Klíčová je především oblast hygieny rukou. V neposlední řadě je potřeba více vzdělaných specialistů prevence a kontroly infekcí.

odpovědi Davida Marxe:

1. Obecně se udává, že v rozvinutých zemích je cca 5–10 % hospitalizací komplikováno nemocniční nákazou. Nepředpokládám,

že situace u nás by byla lepší. Jen málokde lze vycházet z místní evidence, protože ve většině nemocnic je výskyt těchto infekcí podhlášený.



*MUDr. David Marx, Ph.D.,
ředitel SAK*

2. Ve srovnání se zahraničními zařízeními máme co dohánět. Je pravda, že existenci nemocničních infekcí nikdo nepopírá, chybějí ale intenzivní edukační aktivity jak ke zdravotníkům (včetně studentů), tak k pacientům. Observační studii prováděnou před několika málo léty zjistili naši studenti, že maximálně 85 % zdravotníků dodržuje všechny podmínky hygieny rukou ve vybraných nemocnicích. Nejde jen o pravidelnou a správnou dezinfekci rukou, ale též o disciplínu při nošení (resp. nenosení) šperků na rukou. Pacienti by měli být znovu a znovu informováni o rizicích infekcí a možnostech prevence – vždyť statistiky ukazují, že cca 50 % těch, kteří umírají v nemocnicích v důsledku pochybení personálu či systému, umírá právě na následky nemocničních infekcí.

3. Kromě zmíněných edukačních aktivit přísně dodržovat postupy při prevenci infekcí, především dbát na důslednou hygienu rukou i nemocničního prostředí. Pokud by se podařilo edukovat i pacienty, aby se nebáli poukázat např. na to, že je lékař vyšetřuje, aniž si vydezinfikoval ruce, byla by to rovněž velká zásluha.

odpovědi Dany Hedlové:

1. Riziko bude srovnatelné, jako je v sousedních vyspělých státech. Naše zdravotnictví poskytuje obdobné spektrum služeb obdobnému spektru pacientů, naše nemocnice jsou obdobně vybaveny, naši zdravotníci jsou srovnatelně vzděláni.

2. Ne. Na rozdíl od těch vyspělých států se u nás problematika infekcí spojených se zdravotní péčí věnuje pozornost spíše deklarativní, a pokud se to hodí. Nejsem skeptik, ale z vlastní zkušenosti mohu říci, že infrastruktura v našich nemocnicích je nedostatečná, chybějí vzdělání profesionálové. Vedení nemocnic aktuálně řeší nedostatek zdravotníků pro zajištění chodu svých zdravotnických zařízení, ale zcela chybějící infrastruktura pro zajištění prevence a kontroly infekcí zůstává skryta.

3. U nás jsme bohužel zvyklí, že vše musí být podloženo legislativně. Jak na něco chybí paragraf, tak to vlastně neexistuje. Ale v některých případech, jako je i oblast prevence a kontroly infekcí spojených se zdravotní péčí, i když paragraf je, nic moc se bohužel neděje.

Zákon o zdravotních službách v § 47 odst. 4 říká: „Poskytovatel lůžkové péče je povinen v rámci prevence a kontroly infekcí zpracovat program pro preven-

ci a kontrolu infekcí spojených se zdravotní péčí a zajistit jeho činnost. Zaměření tohoto programu musí odpovídat charakteru poskytované zdravotní péče a musí vycházet z průběhu hodnocení rizika vzniku infekcí spojených se zdravotní péčí v konkrétních podmínkách daného poskytovatele.“



*MUDr. Dana Hedlová, Ph.D.,
nemocniční epidemiolog ÚVN*

Tato oblast je i prioritou v rámci Akčního plánu 6B pro zvládnutí infekcí Strategie Zdraví 2020 – „Omezování výskytu a důsledků infekcí spojených se zdravotní péčí z hlediska zlepšení kvality zdravotní péče, zvýšení bezpečnosti pacientů a podpory finanční udržitelnosti systému zdravotní péče ČR“.

Poskytovatelé „zdravotní“ péče, zamyslete se, zda ve své nemocnici děláte vše, co by děláno být mělo a mohlo. A pokud máte ve své nemocnici lékaře či sestru, kteří se prevenci a kontrole infekcí věnují, naslouchejte jim. Určitě to s vašimi – našimi pacienty myslí dobře.