

PRIMUM NON NOCERE - PO PIERWSZE NIE SZKODZIĆ

Obowiązki zarządzających podmiotami leczniczymi w zakresie zapobiegania zakażeniom i chorobom zakaźnym.

Dr n. med. Maria Jolanta Korniszek

Konsultant Wojewódzki w dziedzinie epidemiologii

Lublin, 07.02.2019r.

zakażenie szpitalne

▶ **1. zakażenie**, które wystąpiło w związku z udzieleniem świadczeń zdrowotnych, w przypadku gdy choroba:

a) nie pozostawała w momencie udzielania świadczeń zdrowotnych w okresie wylegania

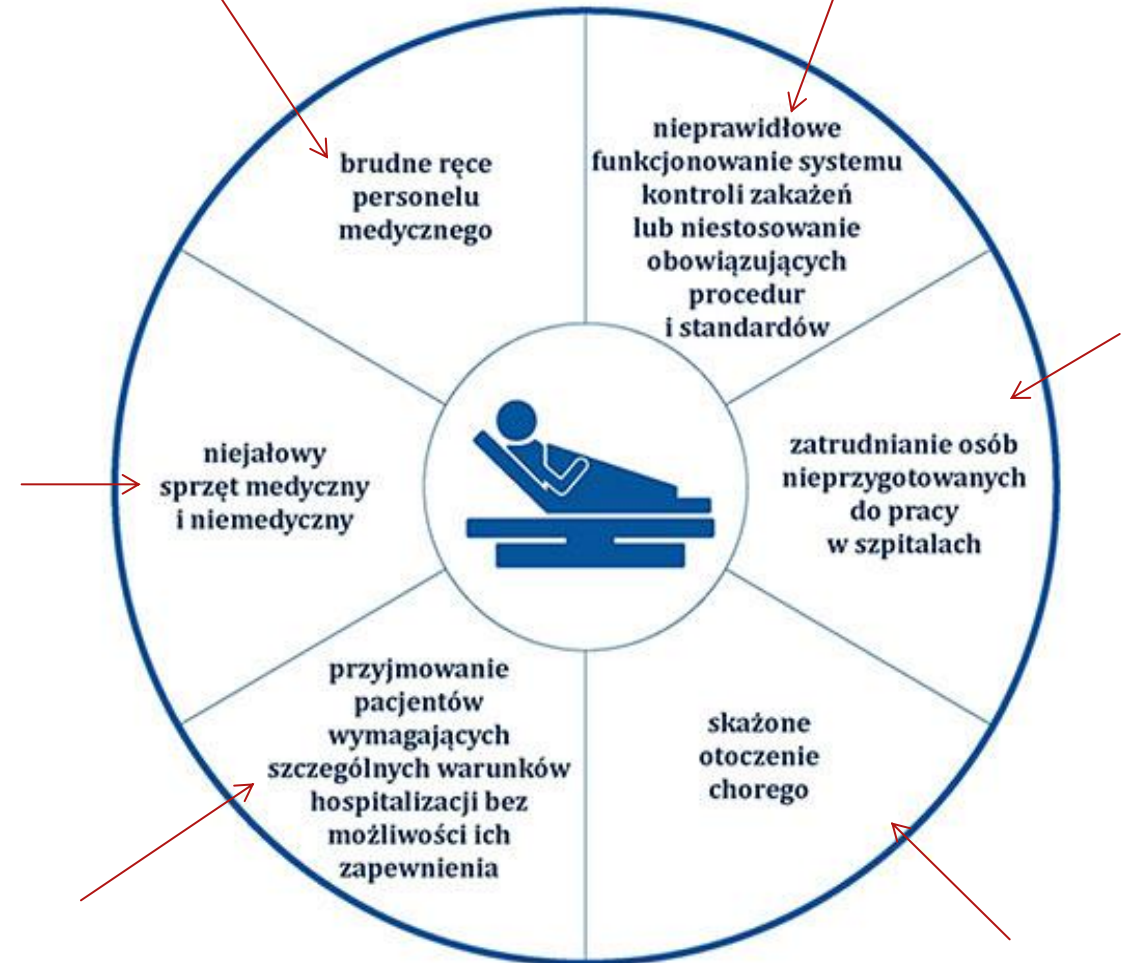
albo

a) wystąpiła po udzieleniu świadczeń zdrowotnych, w okresie nie dłuższym niż najdłuższy okres jej wylegania;

▶ **2. choroba zakaźna** - choroba, która została wywołana przez biologiczny czynnik chorobotwórczy;

Wnioski z kontroli NIK maj 2018

Źródła przenoszenia zakażeń szpitalnych i powody ich występowania



NASTĘPSTWA ZAKAŻEŃ SZPITALNYCH



Zakażenia szpitalne RAPORT NIK 2018

Z najnowszego raportu Izby wynika, że wzrost liczby pacjentów m.in. zarażonych lekoodpornymi szczepami bakterii *Klebsiella Pneumoniae* NDM(+) w 2016 r. był niemal trzykrotnie wyższy niż w 2015 r.

Zakażenia te dotyczą od 5 do 10 % osób hospitalizowanych

Zakładając, że w polskich szpitalach ulega zakażeniom tylko 5% pacjentów to i tak daje to ok. 400 tys. osób.

Szacuje się, że efektywne systemy kontroli zakażeń mogą zmniejszyć ryzyko ich wystąpienia od 55% do 70%.

Drogi transmisji drobnoustrojów chorobotwórczych w podmiotach leczniczych

Przyczyny zakażeń szpitalnych - NIK

Typowe zakażenia szpitalne - egzogenne czyli krzyżowe, mają swoje źródło w przeniesieniu na pacjenta czynnika zakaźnego z innego chorego, z personelu (brudne ręce personelu) czy ze środowiska szpitalnego;

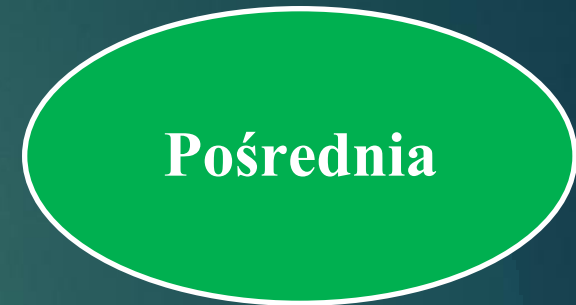
zakażenia szpitalne endogenne są spowodowane własną mikroflorą chorego (patologiczną lub oportunistyczną)



personel



pacjent



personel, pacjent



sprzęt,
narzędzia



pacjent,
personel

zakażenie

Przyczyny zakażeń szpitalnych egzogennych- NIK

brudne ręce personelu, zanieczyszczona odzież personelu,

niejałowy sprzęt medyczny, nieodkażony sprzęt niemedyczny oraz skażone otoczenie pacjenta, niewłaściwe sprzątanie

niewłaściwy podział pracy: angażowanie osób nieprzygotowanych, zwłaszcza w sytuacjach szczególnych, „wypożyczanie” personelu z innych oddziałów, brak procedur i standardów,

złe warunki pracy: zbyt duże obciążenie personelu, nadmierne obłożenie, złe warunki sanitarno-higieniczne placówek

wprowadzanie nowych wymagań bez szkolenia i treningu,

przyjmowanie chorych, wymagających szczególnych warunków hospitalizacji bez możliwości zapewnienia tychże warunków, (izolacja)

brak systemu kontroli zakażeń w placówce: brak procedur i standardów, brak fachowców.

Regulacje prawne



- ▶ **Ustawa z dnia 5 grudnia 2008r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (t. j. Dz. U. z 2018 r. poz. 151, 1669. z późn. zm.)**
- ▶ **Ustawa z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (t. j. Dz. U. 2019.0.59 t.j)**
- ▶ **USTAWA z dnia 15 kwietnia . 2011 r. o działalności leczniczej. (t.j Dz. U. z 2018 r. poz. 2190, z późn. zm.)**
- ▶ **USTAWA z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy, rozdział X (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 917, z późn. zm.)**
- ▶ **USTAWA z dnia 14 grudnia 2012r. O odpadach Dz. U. t.j. z 2018 r. poz. 992, z późn. zm.)**

ustawa z dnia 5 sierpnia 2008 r.
o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób
zakaźnych u ludzi

Art. 11.

- ▶ 1. Kierownicy podmiotów leczniczych oraz inne osoby udzielające świadczeń zdrowotnych są obowiązani do podejmowania działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych.
- 2. **w szczególności:**
 - ▶ 1) ocenę ryzyka wystąpienia zakażenia związanego z wykonywaniem świadczeń zdrowotnych;
 - ▶ 2) monitorowanie czynników alarmowych i zakażeń związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych;

cd. Art. 11

3) opracowanie, wdrożenie i nadzór nad procedurami zapobiegającymi zakażeniom i chorobom zakaźnym związanym z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, w tym dezynfekcji :

a) skóry i błon śluzowych lub innych tkanek,

i dekontaminacji

b) powierzchni pomieszczeń i urządzeń;

c) wyrobów medycznych i wyposażenia wyrobów medycznych

Art.11 c.d.



- 4) stosowanie środków ochrony indywidualnej i zbiorowej w celu zapobieżenia przeniesieniu na inne osoby biologicznych czynników chorobotwórczych;
- 5) Racjonalna anatybiotyko-terapia - wykonywanie badań laboratoryjnych oraz analizę lokalnej sytuacji epidemiologicznej w celu optymalizacji profilaktyki i terapii antybiotykowej;
- 6) prowadzenie kontroli wewnętrznej w zakresie realizacji omawianych działań.

ustawa z dnia 5 sierpnia 2008 r.

o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi

Art. 12.

- ▶ 1. Kierownicy podmiotów leczniczych oraz inne osoby udzielające świadczeń zdrowotnych prowadzą dokumentację realizacji działań, o których mowa w art. 11.

Art. 13.

- ▶ 1. Realizacja działań, o których mowa w art. 11 i 12, oraz prowadzenie dokumentacji tych działań, w tym wyniki kontroli wewnętrznej, podlegają, zgodnie z właściwością, kontroli **organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej.**

2. Minister właściwy do spraw zdrowia określił, w drodze rozporządzenia, sposób dokumentowania realizacji działań, sposób prowadzenia kontroli wewnętrznej częstotliwość jej przeprowadzania, sposób jej dokumentowania, a także warunki udostępniania i przechowywania tej dokumentacji, mając na względzie zapewnienie skuteczności zapobiegania szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych oraz cele nadzoru epidemiologicznego o których mowa w art. 11, oraz warunki i okres przechowywania tej dokumentacji, uwzględniając skuteczność zapobiegania szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych.

ustawy z dnia 5 sierpnia 2008 r. o zapobieganiu
oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi

Art. 14

Kierownicy zakładów opieki zdrowotnej, są obowiązani do wdrożenia
i zapewnienia funkcjonowania

systemu zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych, obejmującego:

- 1) powołanie i nadzór nad działalnością zespołu i komitetu kontroli zakażeń szpitalnych;
- 2) ocenę ryzyka i monitorowanie występowania zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych;

cd. Art. 14.

3) organizację udzielania świadczeń zdrowotnych, w sposób zapewniający:

- a) zapobieganie zakażeniom szpitalnym i szerzeniu się czynników alarmowych,
- b) warunki izolacji pacjentów z zakażeniem lub chorobą zakaźną oraz pacjentów szczególnie podatnych na zakażenia szpitalne (izolacja ochronna),
- c) możliwość wykonywania badań laboratoryjnych w ciągu całej doby,
- d) wykonywanie badań laboratoryjnych, umożliwiających identyfikację biologicznych czynników chorobotwórczych wywołujących zakażenia i choroby zakaźne, oraz ich weryfikację przez podmioty (ośrodki referencyjne),
- e) ograniczenie narastania lekooporności biologicznych czynników chorobotwórczych w wyniku niewłaściwego stosowania profilaktyki i terapii antybiotykowej;

4) monitorowanie i rejestrację zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych;

5) sporządzanie i przekazywanie właściwemu państwowemu inspektorowi sanitarnemu raportów o bieżącej sytuacji epidemiologicznej szpitala;

6) zgłaszanie w ciągu 24 godzin potwierdzonego epidemicznego wzrostu liczby zakażeń szpitalnych właściwemu państwowemu inspektorowi sanitarnemu.



2. Kierownicy szpitali lub zespołów zakładów opieki zdrowotnej, w skład których wchodzi szpital, są obowiązani do gromadzenia w szpitalu informacji o zakażeniach szpitalnych i czynnikach alarmowych oraz prowadzenia rejestru zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych.

Art. 15. 1.

W skład zespołu kontroli zakażeń szpitalnych wchodzi:

- 1) lekarz jako przewodniczący zespołu;
- 2) pielęgniarka lub położna jako specjalista do spraw epidemiologii lub higieny i epidemiologii, w liczbie nie mniejszej niż 1 na 200 łóżek szpitalnych;
- 3) diagnosta laboratoryjny jako specjalista do spraw mikrobiologii, jeżeli przewodniczący, nie posiada specjalizacji z dziedziny mikrobiologii lekarskiej.

Minister zdrowia określił, w rozporządzeniu, wymagane kwalifikacje członków zespołu kontroli zakażeń szpitalnych.

2. Do zadań zespołu kontroli zakażeń szpitalnych należy:

1. opracowywanie i aktualizacja systemu zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych;
2. prowadzenie kontroli wewnętrznej oraz przedstawianie wyników i wniosków z tej kontroli kierownikowi szpitala i komitetowi zakażeń szpitalnych;
3. szkolenie personelu w zakresie kontroli zakażeń szpitalnych;
4. konsultowanie osób podejrzanych o zakażenie lub chorobę zakaźną oraz tych, u których rozpoznano zakażenie lub chorobę zakaźną.

3. W skład komitetu kontroli zakażeń szpitalnych wchodzi pracownicy szpitala:

- 1) kierownik szpitala lub jego przedstawiciel oraz wyznaczeni przez niego kierownicy komórek organizacyjnych szpitala, w tym działu diagnostyki mikrobiologicznej, centralnej sterylizatorni, apteki szpitalnej;
- 2) przewodniczący oraz członkowie zespołu kontroli zakażeń szpitalnych;
- 3) osoba kierująca pracą pielęgniarek w szpitalu;
- 4) lekarz medycyny pracy

4. Do zadań komitetu kontroli zakażeń szpitalnych należy:

- 1) opracowywanie planów i kierunków systemu zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych;
- 2) ocena wyników kontroli wewnętrznej przedstawianych przez zespół kontroli zakażeń szpitalnych;
- 3) opracowywanie i aktualizacja standardów farmakoprofilaktyki i farmakoterapii zakażeń i chorób zakaźnych w szpitalu.

Art. 16. 1.

Osoby inne niż udzielające świadczeń zdrowotnych podejmujące czynności, w trakcie wykonywania których dochodzi do naruszenia ciągłości tkanek ludzkich, są obowiązane do wdrożenia i stosowania procedur zapewniających ochronę przed zakażeniami oraz chorobami zakaźnymi.

Podstawy zgłaszania chorób zakaźnych do PIS



Na **kierowniku szpitala** spoczywa nadzór nad realizacją obowiązku, jak również zapewnienie warunków organizacyjnych i technicznych do jego realizacji (art.27 ust. 2),



Ustawa z dnia 5 sierpnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (t. j. Dz. U. z 2016, poz. 1866 z późn. zm.) **w rozdziale 6 określa:**

- szczegółowy tryb postępowania w przypadku podejrzenia lub zakażenia lub choroby zakaźnej oraz przypadku stwierdzenia zgonu z powodu choroby zakaźnej,
- wskazuje zadania i obowiązki zgłaszania chorób zakaźnych dla lekarzy/felczerów (art..27 ust. 1),
- zadania i obowiązki zgłaszania dodatnich wyników czynników chorobotwórczych dla diagnostów laboratoryjnych (art..29 ust. 1),

Art. 27 ustawy z dnia 5 sierpnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi

Lekarz lub felczer, który podejrzewa lub rozpoznaje zakażenie, chorobę zakaźną lub zgon, z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej, określonej na podstawie ust. 9 pkt. 1, **ma obowiązek, w ciągu 24 godzin** od momentu rozpoznania lub powzięcia podejrzenia zakażenia, choroby zakaźnej lub zgonu z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej, zgłoszenia tego faktu właściwemu państwowemu inspektorowi sanitarnemu



Art. 28 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi

Lekarz lub felczer, który podejrzewa lub rozpoznaje chorobę szczególnie niebezpieczną i wysoce zakaźną, stanowiącą zagrożenie dla zdrowia publicznego, lub stwierdza zgon w wyniku takiej choroby, podejmuje działania zapobiegające szerzeniu się zachorowań, w tym:

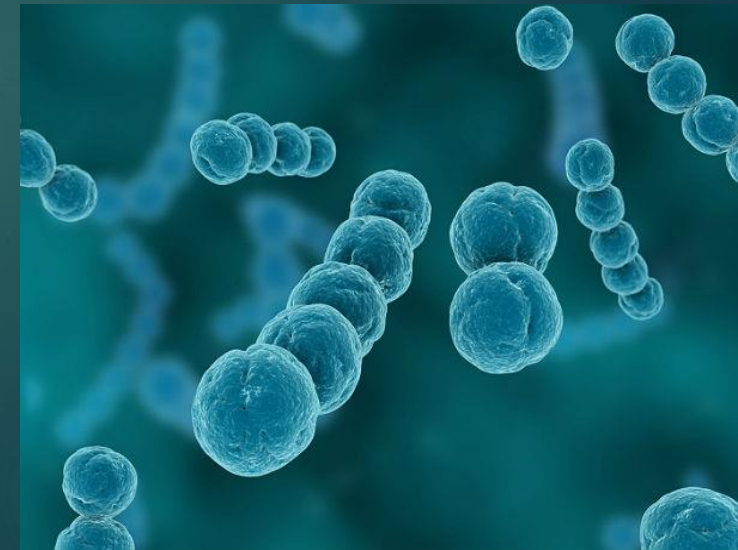
- 1) kieruje osobę podejrzaną o zakażenie lub zachorowanie oraz zakażoną lub chorą na chorobę zakaźną do szpitala specjalistycznego zapewniającego izolację i leczenie tej osoby oraz niezwłocznie informuje szpital o tym fakcie;
- 2) organizuje transport uniemożliwiający przeniesienie zakażenia na inne osoby;
- 3) poucza osobę chorą lub osobę sprawującą prawną pieczę nad osobą małoletnią lub bezradną albo opiekuna faktycznego w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, osoby najbliższe oraz osoby przebywające na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej przez okres krótszy niż 3 miesiące, o obowiązkach wynikających z art. 5 ust. 1 (*związanych z obowiązkiem poddawania się badaniom sanitarno-epidemiologicznym, szczepieniom ochronnym, leczeniu, zaniechaniu wykonywania prac, przy wykonywaniu których istnieje możliwość przeniesienia zakażenia*);
- 4) niezwłocznie powiadamia państwowego powiatowego inspektora sanitarnego właściwego dla miejsca podejrzenia, rozpoznania choroby szczególnie niebezpiecznej i wysoce zakaźnej lub stwierdzenia zgonu o podjętych działaniach.



Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 lipca 2013 r. w sprawie zgłoszeń podejrzenia lub rozpoznania zakażenia, choroby zakaźnej lub zgonu z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej

W rozporządzeniu znajduje się wykaz zakażeń i chorób zakaźnych, w przypadku których podejrzenia lub rozpoznania zakażenia, choroby zakaźnej lub zgonu z ich powodu są dokonywane zgłoszenia, o których mowa w art. 27 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.

W rozporządzeniu wskazano na **58 jednostek chorobowych** wśród których znajduje się m.in. odra, kiła, ospa wietrzna, wąglik i inne.



Wzory formularzy zgłoszeń chorób zakaźnych i zakażeń

- ZLK-1** Formularz zgłoszenia podejrzenia lub rozpoznania zakażenia lub choroby zakaźnej
- ZLK-2** Formularz zgłoszenia podejrzenia lub rozpoznania gruźlicy
- ZLK-3** Formularz zgłoszenia podejrzenia lub rozpoznania zachorowania na chorobę przenoszoną drogą płciową
- ZLK-4** Formularz zgłoszenia podejrzenia lub rozpoznania zakażenia HIV/zachorowania na AIDS/zgonu osoby zakażonej HIV/chorej na AIDS
- ZLK-5** Formularz zgłoszenia podejrzenia lub rozpoznania zgonu z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej

ZLK-1
Zgłoszenie podejrzenia lub rozpoznania zakażenia lub choroby zakaźnej¹⁾

Adresat: Państwowy Powiatowy/Graniczny Inspektor Sanitarny w

Resortowy kod identyfikacyjny podmiotu²⁾
Część I. Numer księgi rejestrowej
Część II. TERYT siedziby
Część III. Podmiot tworczy³⁾
Część IV. Specjalność komórki organizacyjnej

Uwagi:
1) Nie dotyczy zachorowań i podejrzeń zachorowań na gruźlicę, AIDS, kiłę, rzęszycę, chlamydiozę przeniesioną drogą płciową – zgłaszanych na innych formularzach.
2) Wypełnić zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania (Dz. U. poz. 584).
3) Wypełnić w przypadku podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą.
*Niepotrzebne skreślić.

I. ROZPOZNIANIE/PODEJRZENIE*
1. Kod ICD-10 2. Określenie słowne 3. Data (dd/mm/rr)

4. Podstawa rozpoznania/podejrzenia (zaznaczyć):
 badania mikrobiologiczno-serologiczne objawy kliniczne inne (wpisać jakie)
 inne badania laboratoryjne przesłanki epidemiologiczne (np. zachorowanie z ogniska)

II. DANE CHOROGE
1. Nazwisko
2. Imię 3. Data urodzenia (dd/mm/rr) 4. Nr PESEL
5. Nr identyfikacyjny innego dokumentu** 6. Płeć (M, K)
Adres miejsca zamieszkania:
7. Kod pocztowy 8. Miejscowość
9. Gmina 11. Nr domu 12. Nr lokalu
10. Ulica

III. DANE UZUPEŁNIAJĄCE
1. Data zaprzestawienia (dd/mm/rr)
2. Nr rejestru (numer ewidencyjny)
3. Liczba osób współzamieszkających:
4. Lokalizacja i etap bakteriologiczny choroby:
a) pierwotna wtórna
b) pozapochwa pochwa
5. Poprzednie rozpoznanie gruźlicy (rok)
6. Potwierdzenie leczenia przeciwciepłotnym selekcyjnym leczony prawidłowo leczony nieprawidłowo brak danych

**Niepotrzebne skreślić.
**Wypełnić w przypadku, gdy osobie nie nadano numeru PESEL, wpisując serię i numer paszportu albo numer identyfikacyjny innego dokumentu, na podstawie którego jest możliwe ustalenie danych osobowych.

ZLK-2
Zgłoszenie podejrzenia lub rozpoznania gruźlicy

Adresat: Państwowy Powiatowy/Graniczny Inspektor Sanitarny w

Resortowy kod identyfikacyjny podmiotu²⁾
Część I. Numer księgi rejestrowej
Część II. TERYT siedziby
Część III. Podmiot tworczy³⁾
Część IV. Specjalność komórki organizacyjnej

Uwagi:
1) Wypełnić zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania (Dz. U. poz. 584).
2) Wypełnić w przypadku podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą.
*Niepotrzebne skreślić.

I. ROZPOZNIANIE/PODEJRZENIE*
1. Kod ICD-10 2. Określenie słowne 3. Data (dd/mm/rr)

II. DANE CHOROGE
1. Nazwisko
2. Imię 3. Data urodzenia (dd/mm/rr) 4. Nr PESEL
5. Nr identyfikacyjny innego dokumentu** 6. Płeć (M, K)
Adres miejsca zamieszkania:
7. Kod pocztowy 8. Miejscowość
9. Gmina 11. Nr domu 12. Nr lokalu
10. Ulica

III. DANE UZUPEŁNIAJĄCE
1. Data zaprzestawienia (dd/mm/rr)
2. Nr rejestru (numer ewidencyjny)
3. Liczba osób współzamieszkających:
4. Lokalizacja i etap bakteriologiczny choroby:
a) pierwotna wtórna
b) pozapochwa pochwa
5. Poprzednie rozpoznanie gruźlicy (rok)
6. Potwierdzenie leczenia przeciwciepłotnym selekcyjnym leczony prawidłowo leczony nieprawidłowo brak danych

**Niepotrzebne skreślić.
**Wypełnić w przypadku, gdy osobie nie nadano numeru PESEL, wpisując serię i numer paszportu albo numer identyfikacyjny innego dokumentu, na podstawie którego jest możliwe ustalenie danych osobowych.

ZLK-3
Zgłoszenie podejrzenia lub rozpoznania zachorowania na chorobę przenoszoną drogą płciową

Adresat: Państwowy Powiatowy/Graniczny Inspektor Sanitarny w

Resortowy kod identyfikacyjny podmiotu²⁾
Część I. Numer księgi rejestrowej
Część II. TERYT siedziby
Część III. Podmiot tworczy³⁾
Część IV. Specjalność komórki organizacyjnej

Uwagi:
1) Wypełnić zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania (Dz. U. poz. 584).
2) Wypełnić w przypadku podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą.
*Niepotrzebne skreślić.

I. ROZPOZNIANIE/PODEJRZENIE*
1. Kod ICD-10 2. Określenie słowne 3. Data (dd/mm/rr)

II. DANE CHOROGE
1. Nazwisko
2. Imię 3. Data urodzenia (dd/mm/rr) 4. Nr PESEL
5. Nr identyfikacyjny innego dokumentu** 6. Płeć (M, K)
Adres miejsca zamieszkania:
7. Kod pocztowy 8. Miejscowość
9. Gmina 11. Nr domu 12. Nr lokalu
10. Ulica

III. DANE UZUPEŁNIAJĄCE
1. Czy leczony na obecność choroby Tak Nie
2. Przewidywany wariant choroby:
3. Droga odbycia zakażenia:
4. Choroba objęta leczeniem/leczona do:
*Niepotrzebne skreślić.

IV. DANE ZŁASZAJĄCEGO LEKARZA/FELCZERA/TEROWNIKA SZPITALA
1. Piszczak imiennej 2. Telefon kontaktowy 3. Pogojs

ZLK-4
Zgłoszenie podejrzenia lub rozpoznania zakażenia HIV/zachorowania na AIDS/zgonu osoby zakażonej HIV/chorej na AIDS

Adresat: Państwowy Powiatowy/Graniczny Inspektor Sanitarny w

Resortowy kod identyfikacyjny podmiotu²⁾
Część I. Numer księgi rejestrowej
Część II. TERYT siedziby
Część III. Podmiot tworczy³⁾
Część IV. Specjalność komórki organizacyjnej

Uwagi:
1) Wypełnić zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania (Dz. U. poz. 584).
2) Wypełnić w przypadku podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą.
*Niepotrzebne skreślić.

I. ROZPOZNIANIE/PODEJRZENIE*
1. Kod ICD-10 2. Określenie słowne 3. Data (dd/mm/rr)

II. DANE CHOROGE
1. Nazwisko
2. Imię 3. Data urodzenia (dd/mm/rr) 4. Nr PESEL
5. Nr identyfikacyjny innego dokumentu** 6. Płeć (M, K)
Adres miejsca zamieszkania:
7. Kod pocztowy 8. Miejscowość
9. Gmina 11. Nr domu 12. Nr lokalu
10. Ulica

III. DANE UZUPEŁNIAJĄCE
1. Czy leczony na obecność choroby Tak Nie
2. Przewidywany wariant choroby:
3. Droga odbycia zakażenia:
4. Choroba objęta leczeniem/leczona do:
*Niepotrzebne skreślić.

IV. DANE ZŁASZAJĄCEGO LEKARZA/FELCZERA/TEROWNIKA SZPITALA
1. Piszczak imiennej 2. Telefon kontaktowy 3. Pogojs

ZLK-5
Zgłoszenie podejrzenia lub rozpoznania zgonu z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej¹⁾

Adresat: Państwowy Powiatowy/Graniczny Inspektor Sanitarny w

Resortowy kod identyfikacyjny podmiotu²⁾
Część I. Numer księgi rejestrowej
Część II. TERYT siedziby
Część III. Podmiot tworczy³⁾
Część IV. Specjalność komórki organizacyjnej

Uwagi:
1) Nie dotyczy podejrzenia lub rozpoznania zgonu z powodu zakażenia HIV lub zachorowania na AIDS.
2) Wypełnić zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania (Dz. U. poz. 584).
3) Wypełnić w przypadku podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą.
*Niepotrzebne skreślić.

I. PRZYCZYNA ZGONU/PODEJRZENIE**
1. Kod ICD-10 2. Określenie słowne 3. Data (dd/mm/rr)

II. DANE ZMARŁEGO
1. Nazwisko
2. Imię 3. Data urodzenia (dd/mm/rr) 4. Nr PESEL
5. Nr identyfikacyjny innego dokumentu** 6. Płeć (M, K)
Adres miejsca zamieszkania:
7. Kod pocztowy 8. Miejscowość
9. Gmina 11. Nr domu 12. Nr lokalu
10. Ulica

III. DANE ZŁASZAJĄCEGO LEKARZA/FELCZERA/TEROWNIKA SZPITALA
1. Piszczak imiennej 2. Telefon kontaktowy 3. Pogojs

Zgłoszenia podejrzenia lub rozpoznania zakażenia, choroby zakaźnej lub zgonu z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej na właściwym formularzu, lekarz, felczer albo kierownik szpitala:

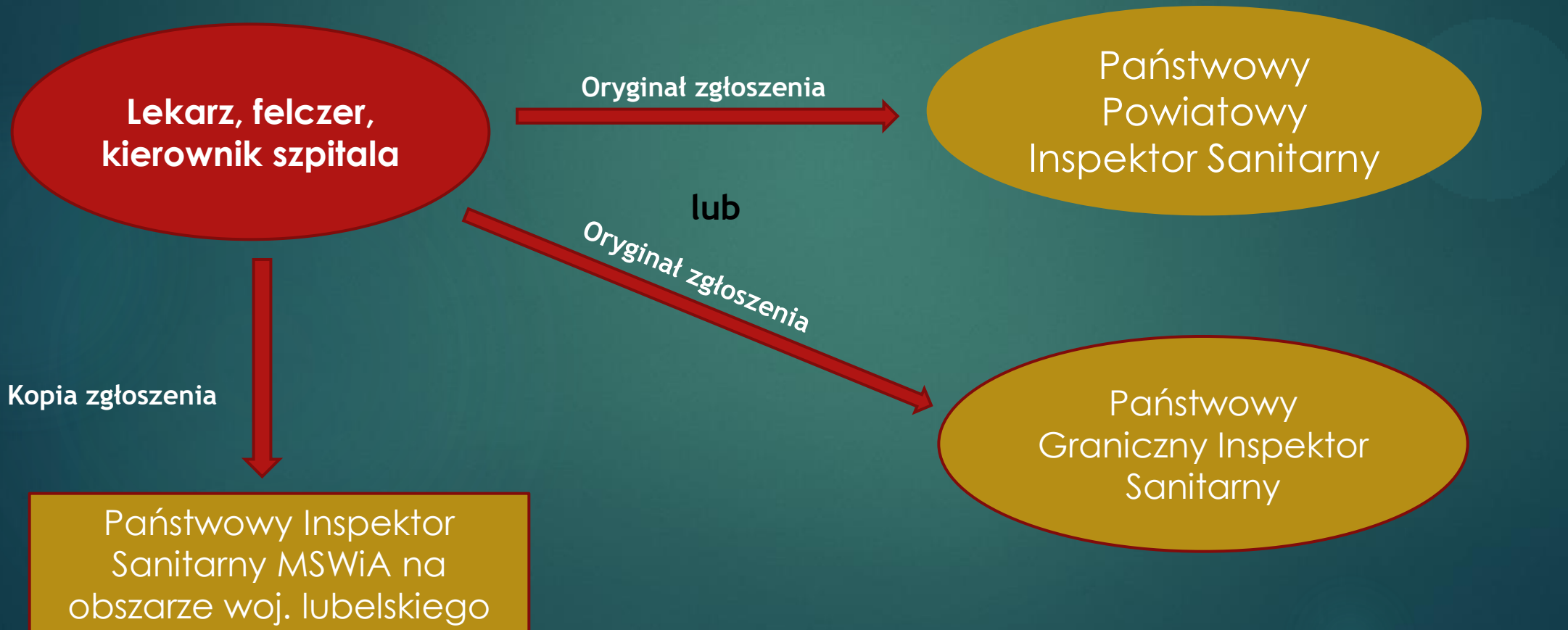
1) przesyła przesyłką poleconą w kopertach opatrzonych wyraźnym adresem zwrotnym nadawcy i symbolem „ZLK”,

2) przesyła za pomocą środków komunikacji elektronicznej w postaci zaszyfrowanej, jeżeli pozwalają na to możliwości techniczne nadawcy i odbiorcy, lub

3) przekazuje bezpośrednio osobie upoważnionej do ich odbioru za pokwitowaniem – w sposób zapewniający ochronę danych osobowych zawartych w zgłoszeniu.



Schemat zgłaszania chorób zakaźnych i zakażeń



Art. 29 ustawy z dnia 5 sierpnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi

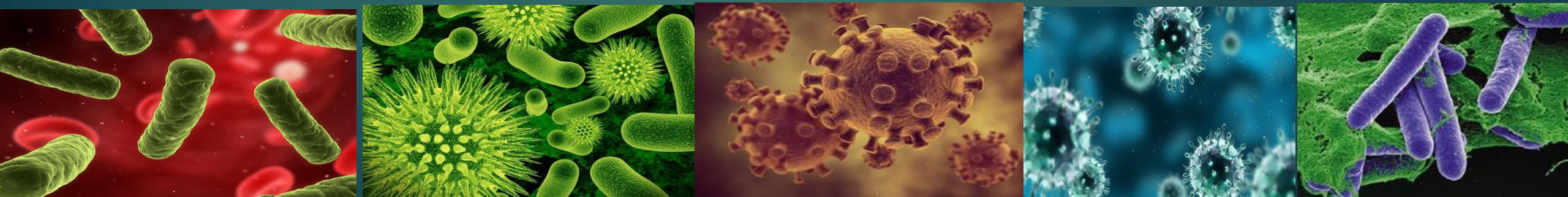
Diagnosta laboratoryjny lub inna osoba uprawniona do samodzielnego wykonywania czynności diagnostyki laboratoryjnej, w przypadku uzyskania dodatniego wyniku badania w kierunku biologicznego czynnika chorobotwórczego zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie ust. 7 pkt. 1, są obowiązani do zgłoszenia tego faktu właściwemu państwowemu inspektorowi sanitarnemu.

Zgłoszenia dokonuje się niezwłocznie, nie później jednak niż w ciągu 24 godzin od chwili uzyskania wyniku!!!

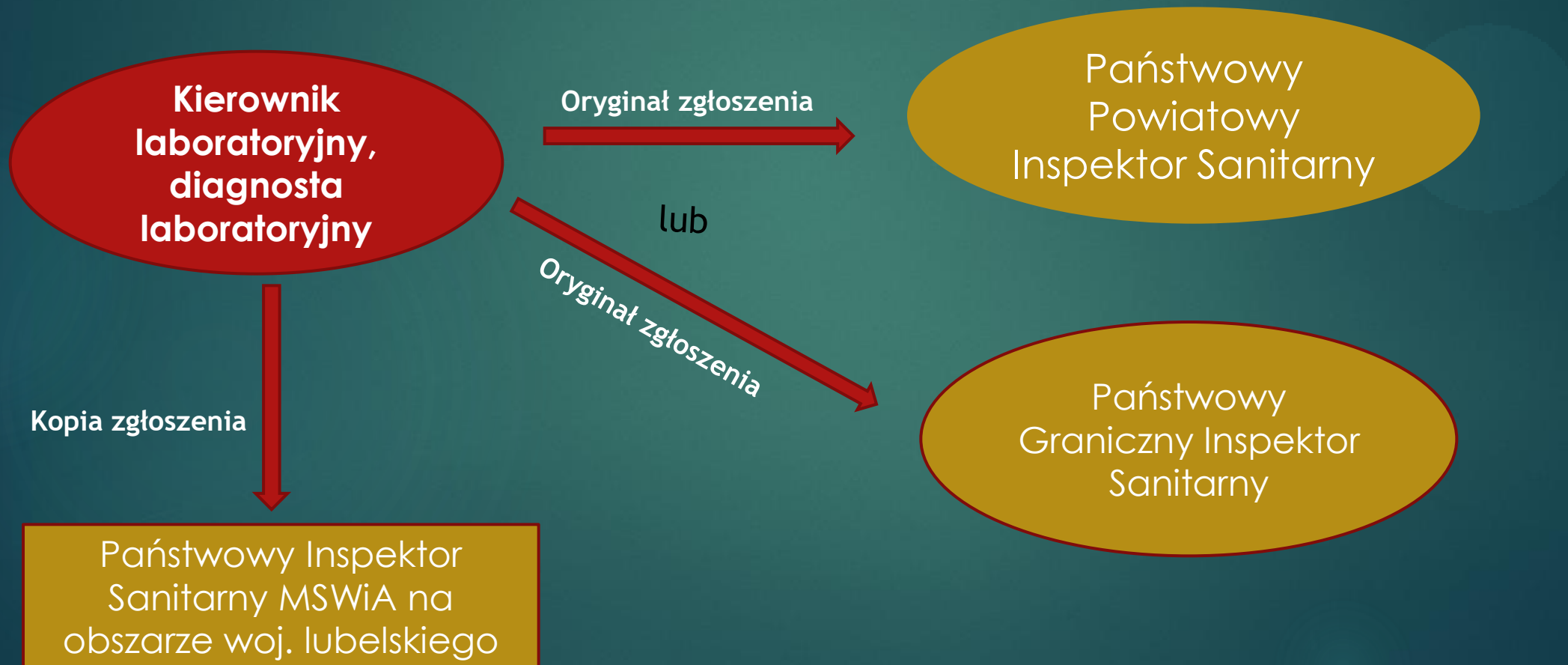


Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 marca 2014 r. w sprawie biologicznych czynników chorobotwórczych podlegających zgłoszeniu, wzorów formularzy zgłoszeń dodatnich wyników badań w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych oraz okoliczności dokonywania zgłoszeń (Dz. U. z 2014 poz. 459)

W rozporządzeniu określono **rodzaje biologicznych czynników chorobotwórczych (56)** podlegających zgłoszeniu oraz okoliczności dokonywania zgłoszenia dodatnich wyników badań w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych (załącznik nr 1 do ww. rozporządzenia).



Schemat zgłaszania dodatniego wyniku badania w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych



Kierownik laboratorium dokonujący zgłoszenia dodatniego wyniku badania w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych prowadzi **rejestr zgłoszeń dodatnich wyników badań w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych.**



CZYNNIKI ALARMOWE

Obowiązek monitorowania przez podmioty lecznicze wynika z:

1. Ustawy z dnia 5 grudnia 2008 roku o zapobieganiu i zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.
2. Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2011 roku w sprawie listy czynników alarmowych, rejestrów zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych oraz raportów o bieżącej sytuacji epidemiologicznej szpitala.

Ww. rozporządzenie zawiera:

- 1) listę **17 patogenów alarmowych, które podlegają rejestracji**
- 2) sposób prowadzenia rejestrów zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych, udostępniania danych nim objętych oraz okres ich przechowywania (20 lat),
- 3) wzory oraz sposób sporządzania raportów o bieżącej sytuacji epidemiologicznej szpitala oraz tryb i terminy ich przekazywania właściwemu państwowemu inspektorowi sanitarnemu .
- 4) Rejestr zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych, jest prowadzony w formie indywidualnych kart rejestracji w porządku chronologicznym lub alfabetycznym.

Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2011 roku- czynniki alarmowe...

Kierownik zakładu opieki zdrowotnej przekazuje właściwemu państwowemu inspektorowi sanitarnemu:

- ▶ Raport wstępny w **terminie 24 godzin** od powzięcia podejrzenia lub stwierdzenia wystąpienia ogniska epidemicznego
- ▶ Raport końcowy w terminie **do 30 dni** od daty zakończenia wygaszenia ogniska epidemicznego
- ▶ Raport okresowy w terminie **30 dni od jego sporządzenia**, a jeżeli raport obejmuje okres roku kalendarzowego, nie później niż do dnia 15 lutego następnego roku kalendarzowego

Ustawa z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej



Do zakresu działania Państwowej Inspekcji Sanitarnej w dziedzinie zapobiegania i zwalczania chorób należy m.in.:

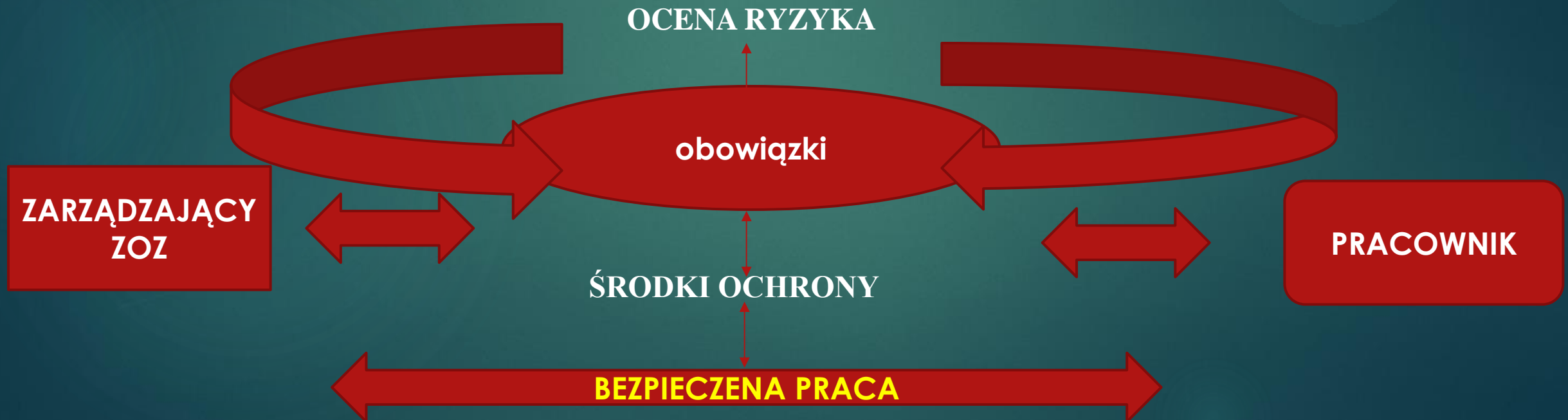
- 1) dokonywanie analiz i ocen epidemiologicznych;
- 2) opracowywanie programów i planów działalności zapobiegawczej i przeciwepidemicznej, przekazywanie ich do realizacji podmiotom leczniczym w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej oraz kontrola realizacji tych programów i planów;
- 3) ustalanie zakresów i terminów szczepień ochronnych oraz sprawowanie nadzoru w tym zakresie;
- 4) wydawanie zarządzeń i decyzji lub występowanie do innych organów o ich wydanie – w wypadkach określonych w przepisach o zwalczaniu chorób zakaźnych;
- 4a) wydawanie decyzji o stwierdzeniu choroby zawodowej lub decyzji o braku podstaw do jej stwierdzenia;

Kodeks pracy

- ▶ Art. 207. § 1. Pracodawca ponosi odpowiedzialność za stan bezpieczeństwa i higieny pracy w zakładzie pracy.
- ▶ § 2. Pracodawca jest obowiązany chronić zdrowie i życie pracowników przez zapewnienie bezpiecznych i higienicznych warunków pracy przy odpowiednim wykorzystaniu osiągnięć nauki i techniki.
- ▶ Oszacować ryzyko zawodowe na stanowisku pracy i dobrać oraz zastosować adekwatne środki ochrony, w tym środki ochrony osobistej.

Kodeks pracy

- ▶ Art. 2. Pracownikiem jest osoba zatrudniona na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania lub spółdzielczej umowy o pracę.
- ▶ Art. 3. Pracodawcą jest jednostka organizacyjna, choćby nie posiadała osobowości prawnej, a także osoba fizyczna, jeżeli zatrudniają one pracowników.



Środki ochrony indywidualnej oraz odzież i obuwiu robocze

Art. 237.

▶ § 1. Pracodawca jest obowiązany dostarczyć pracownikowi nieodpłatnie środki ochrony indywidualnej zabezpieczające przed działaniem niebezpiecznych i szkodliwych dla zdrowia czynników występujących w środowisku pracy oraz informować go o sposobach posługiwania się tymi środkami.

➤ Szczepienia ochronne

W decyzji o rodzaju zabezpieczeń p/epidemicznych, należy uwzględnić:

- ▶ rodzaj pracy, jaką wykonuje poszczególny pracownik,
- ▶ ryzyko ekspozycji
- ▶ oraz prawdopodobny czynnik etiologiczny

Kodeks pracy

- ▶ Art. 237. § 1. Pracodawca **nie może** dopuścić pracownika do pracy bez środków ochrony indywidualnej oraz odzieży i obuwia roboczego, przewidzianych do stosowania na danym stanowisku pracy, w tym szczepienia ochronne.

Pracodawca ma obowiązek zapewnić:

- ▶ środki ochrony indywidualnej oraz odzież i obuwie robocze, które posiadają właściwości ochronne i użytkowe,
- ▶ **ich pranie, konserwację, naprawę, odpylanie i odkażanie.**
- ▶ **przechowywane wyłącznie w wyznaczonym miejscu, jeżeli uległy skażeniu materiałami biologicznie zakaźnymi,**
- ▶ Art. 237. § 2. Powierzenie pracownikowi prania, konserwacji, odpylania i odkażania przedmiotów, o których mowa w § 1, jest niedopuszczalne.

▶ BADANIE DO CELÓW SANITARNO - EPIDEMIOLOGICZNYCH

Badanie do celów sanitarno-epidemiologicznych przeprowadza się przed:

- ▶
 - podjęciem pracy
 - rozpoczęciem nauki
 - ponownym podjęciem pracy lub nauki, po przebyciu zakażenia czynnikiem chorobotwórczym

Edukacja pracowników opieki zdrowotnej

- ▶ **to najtańszy i najbardziej skuteczny środek profilaktyczny**
- ▶ jest bardzo ważnym czynnikiem wpływającym na przestrzeganie zasad kontroli zakażeń

Obejmuje instruktaż, a także propagowanie wiedzy w zakresie:

- ▶ ekspozycji na czynniki biologiczne w środowisku pracy,
- ▶ zagrożeń zdrowotnych i metod zabezpieczania się przed czynnikami biologicznymi
- ▶ przestrzeganie zasad higieny osobistej, jako najważniejszy sposób zapobiegający przeniesieniu zakażenia na pacjentów i od pacjentów na personel.

Standardowe sposoby zapobiegania zakażeniom u pracowników w zakładach opieki zdrowotnej, to:

- * higiena rąk
- * stosowanie środków ochrony zbiorowej i indywidualnej
- * prawidłowe postępowanie z przedmiotami, sprzętem, zanieczyszczoną aparaturą medyczną, odpadami medycznymi oraz próbkami materiału biologicznego pobranego do badań,
- * redukcja zanieczyszczeń biologicznych poprzez dezynfekcję i sterylizację,
- * stosowanie procedur bezpiecznego postępowania z czynnikami biologicznym
- * zapewnienie pracownikom pomieszczeń socjalnych
- * szczepienia ochronne i profilaktyka poekspozycyjna

Postępowanie z odpadami medycznymi w szpitalach itp.

Odpady medyczne gromadzi się w pojemnikach lub workach w miejscu ich powstawania oraz wstępnie magazynuje, uwzględniając ich właściwości i sposób ich unieszkodliwiania lub odzysku.

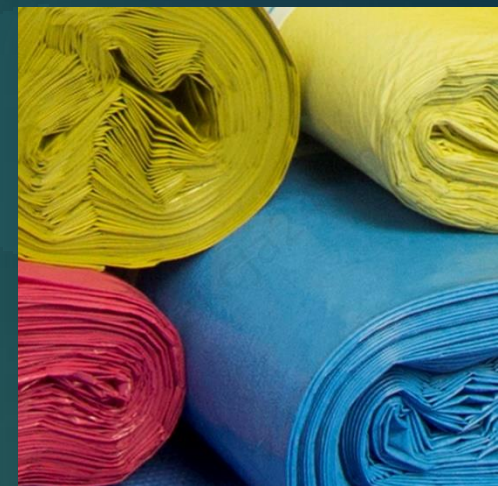
Odpady medyczne zakaźne, do worków jednorazowego użycia z folii polietylenowej, **koloru czerwonego** odpornych na działanie wilgoci i środków chemicznych, z możliwością jednokrotnego zamknięcia.

Odpady medyczne niebezpieczne (inne niż zakaźne), do pojemników lub worków jednorazowego użycia z folii polietylenowej, **koloru żółtego**, wytrzymałych, odpornych na działanie wilgoci i środków chemicznych, z możliwością jednokrotnego zamknięcia.



Postępowanie z odpadami medycznymi w szpitalach cd.

Odpady medyczne inne niż niebezpieczne, z wyjątkiem odpadów medycznych o ostrych końcach i krawędziach, zbiera się w miejscu ich powstawania do pojemników lub worków jednorazowego użycia z folii polietylenowej albo do pojemników wielokrotnego użycia, w kolorze **innym** niż czerwony albo żółty, wytrzymałych, odpornych na działanie wilgoci i środków chemicznych.



Postępowanie z odpadami medycznymi w szpitalach itp.

Odpady medyczne o ostrych końcach i krawędziach zbiera się w miejscu ich powstawania do pojemników jednorazowego użycia, sztywnych, odpornych na działanie wilgoci, mechanicznie odpornych na przekłucie lub przecięcie.



Pojemniki lub worki zapełnia się co najwyżej do 2/3 ich objętości w sposób umożliwiający ich bezpieczne zamknięcie.

Niedopuszczalne jest otwieranie raz zamkniętych pojemników lub worków jednorazowego użycia.

Magazynowanie odpadów medycznych w miejscu ich wytwarzania

Odpady medyczne są wstępnie magazynowane w sposób selektywny w odpowiednio przystosowanym do tego celu pomieszczeniu albo stacjonarnym lub przenośnym urządzeniu chłodniczym, przeznaczonym wyłącznie do magazynowania odpadów medycznych,

Pomieszczenie, to:

1. posiada niezależne wejście;
2. jest zabezpieczone przed dostępem osób nieupoważnionych;
3. posiada ściany i podłogi wykonane z materiałów gładkich, łatwo zmywalnych i umożliwiających dezynfekcję;
4. jest zabezpieczone przed dostępem owadów, gryzoni oraz innych zwierząt;
5. posiada drzwi wejściowe bez progu, których szerokość i wysokość gwarantuje swobodny dostęp;
6. posiada miejsca lub boksy wydzielone i oznakowane w zależności od rodzaju magazynowanych odpadów medycznych, a w przypadku magazynowania odpadów medycznych w oznakowanych, szczelnie zamkniętych pojemnikach lub kontenerach dopuszcza się brak wydzielonych boksów;
7. jest wyposażone w termometr do pomiaru temperatury wewnątrz pomieszczenia;
8. posiada wentylację zapewniającą podciśnienie, z zapewnieniem filtracji odprowadzanego powietrza;
9. posiada zabezpieczenia techniczne przed rozprzestrzenianiem się magazynowanych odpadów medycznych, obejmujące również gromadzenie ewentualnych odcieków z tych odpadów

Wstępne magazynowanie odpadów medycznych

Wstępne magazynowanie odpadów medycznych o kodzie 18 01 02* odbywa się tylko w temperaturze do 10°C, a czas ich przechowywania nie może przekroczyć 72 godzin.

Wstępne magazynowanie odpadów medycznych o kodach 18 01 03*, 18 01 06*, 18 01 08*, 18 01 10* i 18 01 82* odbywa się tylko w temperaturze do 18°C, z tym że od 10°C do 18°C może odbywać się tak długo, jak pozwalają na to ich właściwości, jednak nie dłużej niż 72 godziny, natomiast w temperaturze do 10°C – nie dłużej niż 30 dni.

Odpady medyczne inne niż niebezpieczne mogą być wstępnie magazynowane tak długo, jak pozwalają na to ich właściwości, jednak nie dłużej niż 30 dni.

Odpowiedzialność prawna

Art. 52. ustawy z dnia 5 sierpnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi stanowi, że kto:

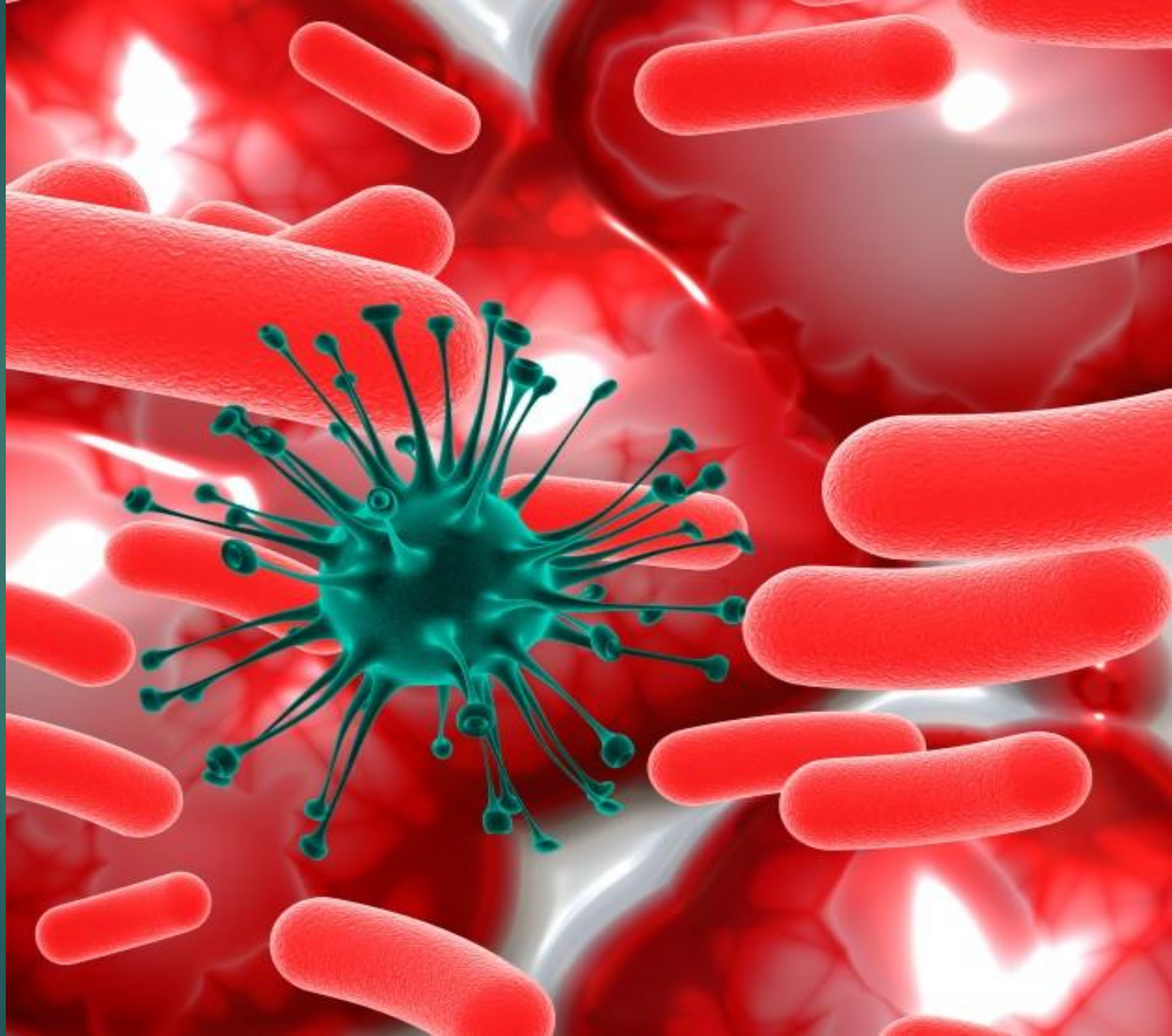
- 1) wbrew obowiązkowi nie poucza pacjenta, osoby sprawującej prawną pieczę nad osobą małoletnią lub bezradną albo opiekuna faktycznego w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, o środkach ostrożności zapobiegających przeniesieniu zakażenia na inne osoby lub o ewentualnym obowiązku wynikającym z art. 6,
- 2) wbrew obowiązkowi nie informuje zakażonego o konieczności zgłoszenia się do lekarza jego partnera lub partnerów seksualnych,
- 3) wbrew obowiązkowi, o którym mowa w art. 21 ust. 1, art. 27 ust. 1-3 i art. 29 ust. 1, nie dokonuje zgłoszenia wystąpienia niepożądanego odczynu poszczepiennego, podejrzenia o zakażenie i zachorowanie na chorobę zakaźną, dodatniego wyniku badania w kierunku zakażeń i zachorowań, określonych na podstawie art. 3 ust. 1 i 2, zakażenia i zachorowania lub zgonu na chorobę zakaźną oraz przesłania do weryfikacji dodatnich wyników tych badań **podlega karze grzywny.**

Art. 38. 1. ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej stanowi, że: „Kto utrudnia lub udaremnia działalność organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej, podlega karze aresztu do 30 dni, karze ograniczenia wolności albo karze grzywny”.

WNIOSKI



Dziękuję za uwagę



Przyczyny zakażeń szpitalnych - NIK

Typowe zakażenia szpitalne - egzogenne czyli krzyżowe, mają swoje źródło w przeniesieniu na pacjenta czynnika zakaźnego z innego chorego, osoby z personelu czy ze środowiska szpitalnego (brudne ręce personelu);

zakażenia szpitalne endogenne są spowodowane własną mikroflorą chorego (patologiczną lub oportunistyczną).

- ▶ brudne ręce personelu,
- ▶ zanieczyszczona odzież personelu,
- ▶ niejałowy sprzęt medyczny,
- ▶ nieodkażony sprzęt niemedyczny oraz skażone otoczenie pacjenta,
- ▶ niewłaściwe sprzątanie,
- ▶ niewłaściwy podział pracy: angażowanie osób nieprzygotowanych, zwłaszcza w sytuacjach szczególnych, „wypożyczanie” personelu z innych oddziałów, brak procedur i standardów
- ▶ złe warunki pracy: zbyt duże obciążenie personelu, nadmierne obłożenie, wprowadzanie nowych wymagań bez szkolenia i treningu,
- ▶ przyjmowanie chorych, wymagających szczególnych warunków hospitalizacji bez możliwości zapewnienia tychże warunków,
- ▶ złe warunki sanitarno-higieniczne placówek, brak procedur i standardów
- ▶ brak systemu kontroli zakażeń w placówce: brak procedur i standardów, brak fachowców.