

## Materiał szkoleniowy dla studentów/praktykantów

### I. SZKOLENIE Z ZAKRESU BHP I OCHRONY PRZECIWPÓŻAROWEJ

#### 1. Istota bezpieczeństwa i higieny pracy

Bezpieczeństwo i higiena pracy to *ogół środków technicznych, organizacyjnych i edukacyjnych (kształtowanie sposobu zachowań) służących do zapewnienia akceptowalnych społecznie (zgodnych z prawem) warunków pracy poprzez eliminację lub minimalizację zagrożeń życia lub zdrowia osób wykonujących pracę/odbywających praktykę lub zajęcia dydaktyczne*. Jest to zapobieganie wypadkom i chorobom związanym z pracą.

#### 2. Obowiązki i prawa w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy

- a) znajomość przepisów i zasad bhp;
- b) branie udziału w szkoleniach i instruktażach w zakresie bhp oraz poddawanie się wymaganym egzaminom sprawdzającym wiedzę w tym zakresie;
- c) wykonywanie pracy/udział w zajęciach w sposób zgodny z przepisami i zasadami bhp;
- d) wykonywanie i przestrzeganie poleceń i wskazówek opiekunów praktyk oraz Specjalisty ds. BHP wydanych w tym zakresie;
- e) stosowanie środków ochrony osobistej oraz odzieży i obuwia roboczego zgodnie z ich przeznaczeniem;
- f) dbanie o należyty stan urządzeń, maszyn i sprzętu oraz o ład i porządek w miejscu pracy;
- g) niezwłocznie powiadamianie opiekuna o zauważonym w KCGPiN wypadku lub zagrożeniu życia i zdrowia ludzkiego oraz ostrzeganie innych osób znajdujących się w rejonie zagrożenia o grożącym im niebezpieczeństwie;
- h) w razie gdy warunki pracy/zajęć nie odpowiadają przepisom bhp i stwarzają bezpośrednie zagrożenie dla zdrowia lub życia albo wykonywana praca stwarza zagrożenie dla innych osób, student/praktykant ma prawo powstrzymać się od jej wykonania, powiadamiając o tym niezwłocznie opiekuna.

#### 3. Informacja o ogólnych zasadach bhp, jakie należy przestrzegać podczas pobytu i poruszania się na terenie KCGPiN

- a) nie należy wchodzić do pomieszczeń gdzie obowiązuje zakaz wejścia oraz do pomieszczeń o szczególnym zagrożeniu dla zdrowia lub życia (np.: rozdzielnia prądu);
- b) obowiązuje zakaz palenia na terenie całego KCGPiN;
- c) ze względu na zagrożenia wypadkowe obowiązuje zakaz wchodzenia na powierzchnie mokre (w tym świeżo umyte podłogi);
- d) należy stosować odpowiednią odzież i obuwie robocze w czasie odbywania praktyk studenckich;
- e) przechowywać odzież własną i ochronną w wyznaczonym miejscu;
- f) spożywać posiłki w miejscu wyznaczonym;
- g) dbać o ład i porządek w miejscu odbywania zajęć.

#### 4. Zagrożenia wypadkowe i zagrożenia dla zdrowia występujące w KCGPiN i podstawowe środki zapobiegawcze

4.1. Czynniki występujące w środowisku i w procesie pracy dzielą się na:

- a) **niebezpieczne** – czynniki, których oddziaływanie na człowieka prowadzi lub może prowadzić do urazu bądź natychmiastowego pogorszenia stanu zdrowia człowieka, a nawet śmierci;
- b) **szkodliwe** – czynniki, których oddziaływanie na człowieka prowadzi lub może prowadzić do pogorszenia stanu zdrowia a w konsekwencji do schorzenia;

- c) **uciążliwe** – czynniki, których oddziaływanie na człowieka prowadzi lub może prowadzić do nadmiernego zmęczenia (fizycznego lub psychicznego). Nie stanowi on zagrożenia dla życia lub zdrowia człowieka, ale utrudnia pracę, a tym samym wpływa na zmniejszenie wydajności.

4.2. W zależności od charakteru działania czynniki niebezpieczne i szkodliwe występujące w procesie pracy dzielimy na: fizyczne, chemiczne, biologiczne i psychofizyczne.

- a) **Czynniki fizyczne** występujące na poszczególnych stanowiskach pracy:
- **promieniowanie jonizujące** występuje w Pracowni RTG oraz na oddziałach w przypadku wykonywania zdjęć rentgenowskich przy użyciu jezdnego aparatu RTG.
  - **promieniowanie niejonizujące (elektromagnetyczne)** występuje podczas użytkowania diatermii chirurgicznych. Poziom narażenia na PEM jest kontrolowany poprzez przeprowadzanie badań i pomiarów zgodnie z wymaganiami prawnymi. Studenci/praktykanci narażeni na pole-EM są informowani o zasadach ograniczania poziomu narażenia poprzez przestrzeganie czasu ekspozycji podanych w wynikach pomiaru;
- b) **Czynniki chemiczne - substancje/mieszaniny chemiczne** występują na stanowiskach, na których wykonuje się proces mycia i dezynfekcji oraz utrwalania tkanek (formalina). Wszystkie substancje/mieszaniny posiadają aktualne karty charakterystyki, z którymi zapoznani są studenci/praktykanci. Stosownie do zagrożenia danym czynnikiem chemicznym studenci/praktykanci są wyposażeni w środki ochrony indywidualnej (np.: gogle, rękawice, maski). Znaki ostrzegawcze umieszczane są w miejscu przechowywania substancji lub mieszanin chemicznych stwarzających zagrożenie, np. na drzwiach szafek do przechowywania środków dezynfekcyjnych lub na drzwiach pomieszczenia.



Rys.1 Ogólny znak ostrzegawczy identyfikujący zagrożenie

- c) **Czynniki biologiczne** - podstawowym zagrożeniem dla zdrowia studentów/praktykantów odbywających zajęcia w placówce ochrony zdrowia są zagrożenia biologiczne (bakterie, wirusy oraz grzyby).

Stosowane są następujące działania zapobiegawcze: dobór odpowiednich indywidualnych środków ochronnych, niszczenie drobnoustrojów metodami chemicznymi i fizycznymi (mycie, dezynfekcja, sterylizacja, dezynfekcja powietrza za pomocą zamgławiania lub promieni UV-C czyli naświetlanie lampą bakteriobójczą).

W przypadku ekspozycji na krew i inny materiał infekcyjny potencjalnie (IMIP) należy powiadomić opiekuna oraz postępować zgodnie z opracowaną i wdrożoną „Procedurą postępowania po ekspozycji na krew i inny potencjalnie infekcyjny materiał (IPIM) mogący przenosić zakażenie HIV, HBV i HCV” (5-1.9).

- d) **Czynniki psychofizyczne** występujące na poszczególnych stanowiskach pracy:
- stres;
  - obciążenie układu mięśniowo – szkieletowego przy wykonywaniu ręcznych prac transportowych (przemieszczanie pacjentów, transport łóżka, inkubatora).

5. **Podstawowe zasady bezpieczeństwa i higieny pracy związane z narażeniem na obciążenie mięśniowo – szkieletowe:**

- a) przestrzeganie norm podnoszenia i dźwigania ciężarów (zgodnie z obowiązującymi instrukcjami);  
b) stosowanie procedur dotyczących prawidłowego podnoszenia pacjentów;  
c) bezpieczne stosowanie ręcznych wózków transportowych podczas przemieszczania w oddziałach i trasach komunikacyjnych.

W czasie wykonywania prac transportowych zabronione jest:

- a) wykonywanie nagłego skrętu tułowia;
- b) wykonywanie nagłych ruchów;
- c) pochylanie tułowia poniżej 45°.

Podstawowe zasady przy przemieszczaniu ciężarów:

- a) zabronione jest ręczne przemieszczanie i przewożenie ciężarów o masie przekraczającej ustalone normy;
- b) ładunki przemieszczane przy użyciu środków transportowych nie mogą przekraczać dopuszczalnej nośności lub udźwigu środka transportującego;
- c) ładunek przemieszczany na wózku powinien być zabezpieczony przed upadkiem, przemieszczeniem się.

#### Normatywy ręcznych prac transportowych

L.p.	Rodzaj pracy	Dopuszczalna masa przedmiotu
1.	Ręczne podnoszenie i przenoszenie ciężarów Praca stała – czynność wykonywana więcej niż 4 razy w ciągu godziny	12 kg
2.	Praca dorywcza – czynność wykonywana do 4 razy w ciągu godziny	20 kg
3.	Przewożenie na wózkach 3 lub 4-kołowych.	180 kg (łącznie z masą wózka)

Tabl.1. Dopuszczalne normy ręcznego dźwigania przez kobiety

L.p.	Rodzaj pracy	Dopuszczalna masa przedmiotu
1.	Ręczne podnoszenie i przenoszenie ciężarów Praca stała – czynność wykonywana więcej niż 4 razy w ciągu godziny	30 kg
2.	Praca dorywcza – czynność wykonywana do 4 razy w ciągu godziny	50 kg
3.	Przewożenie na wózkach 3 lub 4-kołowych.	450 kg (łącznie z masą wózka)

Tabl. 2. Dopuszczalne normy ręcznego dźwigania przez mężczyzn

**Zasady pchania/ciągnięcia:**

- a) lepiej pchać niż ciągnąć;
- b) czynności wykonywane podczas pchania/ciągnięcia wykonywać z zachowaniem pozycji wyprostowanego kręgosłupa;
- c) unikanie wykonywania nagłych ruchów (szarpnięć);
- d) przy pracy zespołowej wydawanie przez jedną osobę wyraźnych komend podczas wykonywania ręcznych prac transportowych.

#### 6. Podstawowe zasady bezpieczeństwa i higieny pracy związane z obsługą urządzeń technicznych oraz transportem wewnątrzzakładowym

Podstawowe zasady obsługi maszyn oraz użytkowania narzędzi i urządzeń technicznych:

- a) należy stosować się do zapisów instrukcji obsługi urządzenia i instrukcji udzielonej przez opiekuna;
- b) stosować urządzenie zgodnie z jego przeznaczeniem;

- c) jeśli w czasie pracy urządzenie uległo uszkodzeniu należy je niezwłocznie zatrzymać i wyłączyć dopływ energii, oznakować „AWARIA”, powiadomić opiekuna, a ponowne włączenie może nastąpić po usunięciu uszkodzenia;

Zabrania się:

- a) samowolnej wymiany oświetlenia;
- b) naprawy jakiegokolwiek sprzętu elektrycznego;
- c) zdejmowania lub naprawiania osłon i urządzeń zabezpieczających;
- d) posługiwania się uszkodzonym sprzętem elektrycznym;
- e) dotykania, czyszczenia, smarowania części maszyn będących w ruchu.

## **7. Podstawowe zasady ochrony przeciwpożarowej oraz postępowanie na wypadek pożaru**

### **7.1. Zasady ogólne zapobiegania pożarom**

W pomieszczeniach szpitala i przychodni zabronione jest wykonywanie czynności, które mogą spowodować pożar, jego rozprzestrzenianie się, utrudnianie prowadzenia działań ratowniczych lub ewakuacji, a w szczególności:

- 1) używanie otwartego ognia i palenia tytoniu;
- 2) wyrzucanie niedopałków papierosów do koszy na śmieci;
- 3) przechowywanie materiałów palnych w odległości mniejszej niż 0,5m od urządzeń i instalacji, których powierzchnie zewnętrzne mogą nagrzewać się do temperatury przekraczającej 100°C oraz od przewodów uziemiających i przewodów odprowadzających instalacji odgromowej;
- 4) użytkowanie elektrycznych urządzeń grzewczych ustawionych bezpośrednio na podłożu palnym, z wyjątkiem urządzeń eksploatowanych zgodnie z warunkami określonymi przez producenta;
- 5) stosowanie na osłony punktów świetlnych materiałów palnych z wyjątkiem materiałów trudno zapalnych, jeżeli zostaną umieszczone w odległości co najmniej 0,05m od żarówki;
- 6) składowanie materiałów palnych na drogach komunikacji ogólnej służącym celom ewakuacji;
- 7) pozostawienie po zakończeniu zajęć nie wyłączonych urządzeń elektrycznych oraz oświetlenia z wyjątkiem oświetlenia nocnego;
- 8) uniemożliwienie lub ograniczenie dostępu do:
  - a) urządzeń przeciwpożarowych tj. sprzętu gaśniczego, hydrantów;
  - b) wyjść ewakuacyjnych, dróg (zastawianie przedmiotami, wózkami itp.);
  - c) zamykanie drzwi ewakuacyjnych w sposób uniemożliwiający ich natychmiastowe użycie (np. brak kluczy);
  - d) wyłączników i tablic rozdzielczych prądu elektrycznego;
- 9) użytkowanie niesprawnych urządzeń elektrycznych.

**Na terenie całego Klinicznego Centrum obowiązuje bezwzględny zakaz palenia tytoniu i używania ognia otwartego.**

### **7.2. Zasady postępowania na wypadek powstania pożaru**

Wszystkie niemal pożary z wyjątkiem spowodowanych wybuchem lub poważną awarią powstają od małych ognisk, które można ugasić „szklanką wody”. Są to tzw. pożary w zarodku. Nie powodują one też przeważnie większych strat materialnych. Jeżeli jednak zabraknie w krytycznym momencie podręcznego sprzętu i środków gaśniczych lub osoby, która potrafi je prawidłowo wykorzystać, a także jeżeli pożar nie zostanie natychmiast zauważony, w krótkim czasie przyjmie on fazę pożaru małego, a następnie średniego i dużego. Szybkość przechodzenia pożaru z jednej fazy w drugą zależy od wielu czynników: rodzaju materiałów palnych, ich rozdrobnienia, zdolności do wytwarzania palnych par i gazów, ilości nagromadzonych materiałów, przepływu powietrza, warunków atmosferycznych itp. Zasadniczą rolę odgrywa tu czas. Dlatego niezmiernie ważne jest natychmiastowe wykrycie każdego najmniejszego ogniska pożaru lub nawet wcześniej dostrzeżona i prawidłowa ocena zjawisk poprzedzających wybuch pożaru.

Najbardziej charakterystycznymi objawami powstania pożaru są zjawiska bezpośrednio oddziałujące na wzrok, węch, słuch i dotyk. Są to płomień, śwąd, podwyższona temperatura, trzaski płonącego lub zwęglającego się materiału. W ten właśnie sposób stwierdza się powstanie pożaru w pomieszczeniu lub obiekcie. Wymienione zjawiska są efektem palenia się i świadczą o tym, że pożar już istnieje.

Niejednokrotnie objawy te spostrzegane są zbyt późno, kiedy pożar rozprzestrzenił się.

W przypadku powstania zagrożenia należy niezwłocznie poinformować osoby odpowiedzialne za funkcjonowanie obiektu, które podejmują decyzję o konieczności ewakuacji osób z obiektu.

Jeżeli jest to możliwe należy podjąć działania zmierzające do ugaszenia pożaru przy pomocy podręcznego sprzętu gaśniczego tj. hydrantów przeciwpożarowych lub gaśnic, których lokalizację oznakowano następującymi znakami :



Po wydaniu polecenia ewakuacji wszystkie osoby opuszczają niezwłocznie obiekt najbliższym wyjściem ewakuacyjnym udają się na plac parkingowy.



Często ewakuacja na zewnątrz szpitala jest niekonieczna lub nawet niemożliwa,

a zupełnie wystarczające i bezpieczne jest przejście, przetransportowanie pacjentów do sąsiedniej strefy pożarowej nie objętej zagrożeniem (na poziomie tej samej kondygnacji). Zazwyczaj takie bezpieczne miejsce znajdować się będzie za drzwiami przeciwpożarowymi oznakowanymi następująco:



Do czasu przybycia jednostek ochrony przeciwpożarowej ewakuacją kieruje personel obiektu. Po przybyciu jednostek ratowniczo-gaśniczych PSP, akcją ratowniczą kieruje dowódca akcji gaśniczej.

Ewakuacja musi być prowadzona natychmiast po zauważeniu pożaru, ale tylko w wypadku stwierdzenia zagrożenia dla zdrowia i życia ludzi. W przypadku nie występowania takiego zagrożenia podejmowanie ewakuacji jest niecelowe, gdyż może to wywołać panikę i powstanie dodatkowych zagrożeń.

### Alarmowanie

Czynność tę możemy podzielić niejako na dwie fazy:

- 1) alarmowanie wewnętrzne,
- 2) alarmowanie zewnętrzne.

Pod pojęciem alarmowania wewnętrznego należy rozumieć zespół działań mających na celu powiadomienie o pożarze osób znajdujących się w pobliżu. Istotą alarmowania wewnętrznego jest ostrzeżenie ludzi, którym zagraża pożar oraz zmobilizowanie jak największej liczby osób do działań ratowniczych. Alarmowanie zewnętrzne obejmuje wszystkie te czynności, które są związane z wezwaniem pomocy z zewnątrz do miejsca akcji. Najczęściej dotyczy to zawiadomienia straży pożarnej o zaistniałym pożarze, lecz może zachodzić również konieczność wezwania pogotowia ratunkowego, gazowego czy energetycznego.

Wszystkie obiekty szpitala wyposażone są w automatyczny system wykrywania pożaru i przekazywania tej informacji do Państwowej Straży Pożarnej.

Jeżeli pożar zostanie zauważony przed automatycznym jego wykryciem należy użyć przycisku ROP (ręczny ostrzegacz pożarowy).



W tej sytuacji system przekaze informację do Państwowej Straży Pożarnej natychmiastowo oraz uruchomi alarm akustyczny ostrzegając pozostałe osoby.

**Uwaga - w przypadku sygnalizowania przez system pożaru, niezależnie od automatycznego przekazywania sygnału alarmowego, bezwzględnie i niezwłocznie należy powiadomić Straż Pożarną tel. 998/112**

Każda osoba przystępująca do akcji ratowniczo-gaśniczej powinna:

- 1) przystąpić do ratowania ludzi, przeprowadzając ewakuację z zagrożonego rejonu;
- 2) wyłączyć dopływ prądu;
- 3) usunąć z zasięgu ognia materiały palne (w miarę możliwości).

**Nie wolno gasić wodą instalacji elektrycznych pod napięciem !**

Nie otwierać bez wyraźnej potrzeby drzwi i okien w pomieszczeniach objętych pożarem (ponieważ dopływ powietrza sprzyja rozprzestrzenianiu się ognia).

### 7.3. Zasady użycia podręcznego sprzętu gaśniczego

Podręczny sprzęt gaśniczy przeznaczony jest do gaszenia pożarów w zarodku (początkowej fazie ich powstania). Do podręcznego sprzętu gaśniczego zalicza się wszelkiego rodzaju gaśnice, małe agregaty gaśnicze (do 25 kg środka gaśniczego), hydronetki oraz koce gaśnicze.

Z uwagi na to, że w większości podręczny sprzęt gaśniczy służy do jednorazowego użycia (po użyciu należy uzupełnić środek gaśniczy), a czas wyładowania gaśnic jest stosunkowo krótki – skuteczność gaszenia zależy od umiejętnego użycia tego sprzętu.

Szczególną uwagę należy zwrócić na to, że po zdjęciu gaśnicy z wieszaka lub podniesieniu z podłogi trzeba ją przenieść jak najszybciej i jak najbliżej źródła pożaru i dopiero wtedy uruchomić. Natomiast uruchomienie gaśnicy zaraz po zdjęciu z wieszaka spowoduje, że nim dobiegniemy do źródła ognia w tym czasie już się ona rozładuje.

Strumień środka gaśniczego będzie skuteczny, gdy będziemy nim umiejętnie operowali, znajdując się możliwie najbliżej ognia.

Skuteczność gaszenia pożaru w jego początkowej fazie (zarodku) zależy od dobrego stanu technicznego gaśnicy, umiejętności użycia oraz czy pożar zostanie w porę zauważony.

#### 7.3.1. Instrukcja obsługi gaśnicy na CO<sub>2</sub> (śniegowej)

Środkiem gaśniczym gaśnicy jest skroplony dwutlenek węgla, który jest wyrzucany na skutek ciśnienia, pod którym jest on sprężony w butli.

W celu użycia gaśnicy należy:

- 1) podbiec z gaśnicą do pożaru,
- 2) chwycić jedną ręką za drewniany uchwyt i zdjąć z zaczepu dyszę połączoną węzłem z butlą,
- 3) skierować dyszę na źródło ognia,
- 4) odkręcić drugą ręką do oporu pokrętkę butli,

5) w razie konieczności przeniesienia gaśnicy trzymać za specjalny, przeznaczony do tego celu uchwyt.

W czasie gaszenia nie dotykać butli, zaworu oraz węża gumowego.

Gaśnicę należy stosować do gaszenia:

- 1) cieczy palnych, ciał stałych topiących się w skutek ciepła wytwarzającego się przy pożarze (itp. oleje, benzyna i styropian);
- 2) gazów palnych itp. propan, acetylen, wodór itp.;
- 3) wszystkich rodzajów pożarów występujących w obrębie urządzeń elektrycznych pod napięciem;
- 4) archiwów, zbiorów muzealnych, bibliotek, dokumentów finansowych, depozytów wartościowych;
- 5) produktów żywnościowych, tłuszczów;
- 6) urządzeń precyzyjnych.

Nie wskazane jest gaszenie rozgrzanych silników spalinowych oraz używanie gaśnicy w zamkniętych małych pomieszczeniach.

### 7.3.2. Instrukcja obsługi gaśnicy proszkowej pod stałym ciśnieniem

Środkiem gaśniczym w gaśnicy jest proszek gaśniczy.

W celu użycia gaśnicy należy:

- 1) zdjąć gaśnicę z wieszaka i podbiec z nią do pożaru;
- 2) zerwać plombę i wyjąć zawleczkę zabezpieczającą;
- 3) nacisnąć dźwignię uruchamiającą;
- 4) strumień proszku skierować na płomień z odległości około 1,5 do 2 m;
- 5) w czasie gaszenia gaśnicę trzymać pionowo (nie wolno jej odwracać).

Gaśnicę należy stosować do gaszenia:

- 1) cieczy palnych i ciał stałych topiących się wskutek ciepła wytwarzającego się przy pożarze itp. oleje, benzyna, styropian;
- 2) gazów palnych itp. propan, acetylen, wodór itp.;
- 3) wszystkich rodzajów pożarów występujących w obrębie urządzeń elektrycznych pod napięciem.

## **II. SZKOLENIE Z ZAKRESU OCHRONY DANYCH OSOBOWYCH I BEZPIECZEŃSTWA INFORMACJI**

### **OCHRONA DANYCH OSOBOWYCH**

Zgodnie z Polityką bezpieczeństwa informacji i Instrukcją zarządzania systemem informatycznym służącym do przetwarzania danych osobowych wymaga się tego, aby:

1. Dostęp do danych osobowych miały osoby posiadające upoważnienie do przetwarzania danych.
2. Każdy z pracowników powinien zachować szczególną ostrożność przy przenoszeniu danych.
3. Dane były chronione przed dostępem do nich osób nieupoważnionych.
4. Pomieszczenia, w których są przetwarzane dane osobowe, powinny być zamykane na klucz.
5. Dostęp do kluczy posiadają tylko upoważnieni pracownicy.
6. Dostęp do pomieszczeń możliwy jest tylko i wyłącznie w godzinach pracy. W sytuacji, gdy jest wymagany poza godzinami pracy – możliwy jest tylko na podstawie zezwolenia administratora danych.
7. Dostęp do pomieszczeń, w których są przetwarzane dane osobowe, mogą mieć tylko upoważnieni pracownicy.
8. W przypadku pomieszczeń, do których dostęp mają również osoby nieupoważnione, mogą przebywać w tych pomieszczeniach tylko w obecności osób upoważnionych i tylko w czasie wymaganym na wykonanie niezbędnych czynności.
9. Szafy, w których przechowywane są dane, powinny być zamykane na klucz.
10. Klucze do tych szaf posiadają tylko upoważnieni pracownicy.
11. Szafy z danymi powinny być otwarte tylko na czas potrzebny na dostęp do danych, a następnie powinny być zamykane.
12. Dane w formie papierowej mogą znajdować się na biurkach tylko na czas niezbędny do wykonania czynności służbowych, a następnie muszą być chowane do szaf.
13. Dostęp do komputerów, na których są przetwarzane dane, mają tylko upoważnieni pracownicy.
14. Monitory komputerów, na których przetwarzane są dane, są tak ustawione, aby osoby nieupoważnione nie miały wglądu w dane.
15. W razie potrzeby wyniesienia komputera przenośnego (np. typu notebook) zawierającego dane osobowe lub inne informacje chronione, komputer taki musi być odpowiednio dodatkowo zabezpieczony, a dane zaszyfrowane.
16. Nie należy udostępniać osobom nieupoważnionym tych komputerów.
17. W razie potrzeby przeniesienia danych osobowych pomiędzy komputerami należy zrobić to z zachowaniem szczególnej ostrożności.
18. Nośniki użyte do tego należy wyczyścić (skasować nieodwracalnie), aby nie zostały na nich dane osobowe.
19. Jeśli nie ma możliwości skasowania danych z nośnika (np. płyta CD-ROM), należy go zniszczyć fizycznie.
20. W przypadku wykorzystania do przenoszenia dysków, dane należy kasować z tych dysków.
21. Niezabezpieczonych danych osobowych nie należy przysyłać drogą elektroniczną.
22. Sieć komputerowa powinna być zabezpieczona przed wszelkim dostępem z zewnątrz.
23. Błędne lub nieaktualne wydruki i wersje papierowe zawierające dane osobowe lub inne informacje chronione niszczone są za pomocą niszczarki lub w inny mechaniczny sposób uniemożliwiający powtórne ich odtworzenie.

Za prawidłowy nadzór przetwarzania danych oraz zapewnienie im odpowiedniej ochrony odpowiada każdy pracownik na swoim stanowisku pracy, zgodnie z obowiązkami pracowniczymi.

Za nieprzebranie procedur bezpieczeństwa i naruszenie ochrony danych grozi odpowiedzialność finansowa, odszkodowawcza, dyscyplinarna, a w skrajnych przypadkach nawet karna.



Przypadki zakwalifikowane jako naruszenie lub uzasadnione podejrzenie naruszenia zabezpieczenia danych osobowych to głównie:

1. sytuacje losowe lub nieprzewidziane oddziaływanie czynników zewnętrznych na zasoby systemu, jak np.: wybuch gazu, pożar, zalanie pomieszczeń, katastrofa budowlana, napad, działania terrorystyczne, niepożądana ingerencja ekipy remontowej itp.,
2. niewłaściwe parametry środowiska, jak np. nadmierna wilgotność lub wysoka temperatura, oddziaływanie pola elektromagnetycznego, wstrząsy,
3. awaria sprzętu lub oprogramowania, które wyraźnie wskazują na umyślne działanie w kierunku naruszenia ochrony danych lub wręcz sabotaż, a także niewłaściwe działanie serwisu, a w tym sam fakt pozostawienia serwisantów bez nadzoru,
4. pojawienie się odpowiedniego komunikatu alarmowego od tej części systemu, która zapewnia ochronę zasobów, lub inny komunikat o podobnym znaczeniu,
5. jakość danych w systemie lub inne odstępstwo od stanu oczekiwanego wskazujące na zakłócenia systemu lub inną nadzwyczajną i niepożądaną modyfikację w systemie,
6. nastąpiło naruszenie lub próba naruszenia integralności systemu lub bazy danych,
7. stwierdzono próbę lub modyfikację danych lub zmianę w strukturze danych bez odpowiedniego upoważnienia (autoryzacji),
8. nastąpiła niedopuszczalna manipulacja danymi osobowymi w systemie,
9. ujawniono osobom nieupoważnionym dane osobowe lub objęte tajemnicą procedury ochrony przetwarzania albo inne strzeżone elementy systemu zabezpieczeń,
10. praca w systemie lub jego sieci komputerowej wykazuje nieprzypadkowe odstępstwa od założonego rytmu pracy wskazujące na przełamanie lub zaniechanie ochrony informacji – np. praca przy komputerze lub w sieci osoby, która nie jest formalnie dopuszczona do jego obsługi, sygnał o uporczywym nieautoryzowanym logowaniu itp.,
11. ujawniono istnienie nieautoryzowanych kont dostępu do danych lub tzw. bocznej furtki itp., podmieniono lub zniszczono nośniki z danymi bez odpowiedniego upoważnienia lub w sposób niedozwolony skasowano lub skopiowano dane, rażąco naruszono dyscyplinę pracy w zakresie przestrzegania procedur bezpieczeństwa informacji (niewylogowanie się przed opuszczeniem stanowiska pracy, pozostawienie danych w drukarce, na ksero, niezamknięcie pomieszczenia z komputerem, niewykonanie w określonym terminie kopii bezpieczeństwa, prace na informacjach służbowych w celach prywatnych itp.). Za naruszenie ochrony danych uważa się również stwierdzone nieprawidłowości w zakresie zabezpieczenia miejsc przechowywania informacji (otwarte szafy, biurka, regały, urządzenia archiwalne i inne) na nośnikach tradycyjnych, tj. na papierze (wydrukach), kliszy, folii, zdjęciach, płytach CD w formie niezabezpieczonej itp.

## **BEZPIECZEŃSTWO INFORMACJI**

### **REGULAMIN UŻYTKOWNIKA SYSTEMU INFORMATYCZNEGO**

#### **1. Nadzór nad stacją roboczą:**

- a) przed rozpoczęciem pracy należy sprawdzić czy nie naruszono bezpieczeństwa fizycznego,
- b) logowanie do systemu realizowane jest wyłącznie poprzez kartę token zawierającą certyfikat połączony z indywidualnym identyfikatorem oraz podanie hasła dostępowego; trzykrotne podanie błędnego hasła powoduje zablokowanie konta, odblokowanie konta następuje wyłącznie przez administratora,
- c) zakazane jest pozostawianie komputera bez wylogowania lub zablokowania,
- d) system operacyjny po czasie bezczynności nie dłuższym niż 10 min automatycznie blokuje dostęp,
- e) zakończenie pracy polega na wylogowaniu z systemu oraz wyłączeniu komputera.

#### **2. Korzystanie z poczty elektronicznej:**

- a) zakazane jest wykorzystywanie jej w celach prywatnych,
- b) zakazane jest korzystanie z prywatnej poczty elektronicznej na urządzeniach służbowych,
- c) komórka właściwa informatyzacji monitoruje pocztę elektroniczną pod kątem bezpieczeństwa.

### **3. Korzystanie z Internetu:**

- a) każdy pracownik ma dostęp do Internetu,
- b) z Internetu można korzystać wyłącznie w celach służbowych,
- c) komórka właściwa informatyzacji monitoruje wykorzystywanie Internetu pod kątem bezpieczeństwa.

### **4. Korzystanie ze sprzętu i oprogramowania:**

- a) każdy pracownik korzysta ze służbowego sprzętu z zainstalowanym przez ASI oprogramowaniem,
- b) zakazane jest wykorzystywanie służbowego sprzętu i oprogramowania do celów prywatnych,
- c) zakazane jest samodzielne instalowanie oprogramowania,
- d) zakazane jest uruchamianie jakiegokolwiek oprogramowania (w tym aplikacji przenośnych ang. portable), które nie zostało dostarczone przez ASI,
- e) zakazane jest przyłączanie i użytkowanie prywatnego sprzętu, w tym używania prywatnych nośników danych (m. in. dysków przenośnych, PenDrive, odtwarzaczy mp3, telefonów komórkowych),
- f) zakazane jest przechowywanie na sprzęcie służbowym plików nie związanych z zadaniami służbowymi.

### **5. Bezpieczeństwo sprzętu służbowego:**

Każdy pracownik powinien chronić sprzęt służbowy przed uszkodzeniem, kradzieżą, dostępem osób postronnych.

### **6. Zgłaszanie incydentów:**

Należy natychmiast zgłaszać do ASI wszelkie incydenty związane z naruszeniem bezpieczeństwa teleinformatycznego, np. nieprawidłowe działanie oprogramowania, podejrzenie ujawnienia osobistego hasła.

## **POLITYKA CZYSTEGO BIURKA I CZYSTEGO EKRANU**

### **w Klinicznym Centrum Ginekologii, Położnictwa i Neonatologii w Opolu**

1. Niniejsza Polityka czystego biurka i czystego ekranu (dalej: Polityka) obowiązuje wszystkich pracowników Szpitala na terenie wszystkich obiektów podległych Administratorowi danych.
2. Na potrzeby niniejszej Polityki za pracowników Administratora danych uważa się pracowników w rozumieniu art. 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeksu Pracy zatrudnionych u Administratora danych oraz wszystkie pozostałe osoby, które wykonują u Administratora danych pracę na innej podstawie niż stosunek pracy, a także osoby prowadzące jednoosobowe działalności gospodarcze współpracujące z Administratorem danych oraz osoby, które zostały przyjęte na praktyki.
3. Pracownicy zobowiązani są do przechowywania na biurku tylko tych dokumentów, które są im niezbędne w danym momencie do wykonania bieżących zadań.
4. Po zakończonej pracy pracownik zobowiązany jest odłożyć wszystkie dokumenty do zamykanej na klucz szafy. Klucz do szafy należy zdać lub przekazać innemu pracownikowi. Na osobę, której klucz powierzono, przechodzi pełna odpowiedzialność za realizację Polityki.
5. Obowiązki określone w pkt 4 pracownik powinien wykonać również w przypadku gdy poweźmie wiadomość, że musi opuścić stanowisko pracy.
6. W sytuacjach nagłych, związanych w szczególności ze stanem zdrowia pracownika lub przedłużającą się nieobecnością w biurze, za realizację Polityki w jego imieniu odpowiadają solidarnie pracownicy, których stanowiska pracy znajdują się najbliżej.
7. Po zakończonej pracy pracownik może pozostawić na biurku jedynie telefon oraz materiały biurowe takie jak np. długopis i zszywacz.
8. Obowiązuje zakaz trzymania na biurku wszelkich produktów spożywczych, których posiadanie grozi rozlaniem płynu.
9. Pracownik zobowiązany jest na bieżąco niszczyć te dokumenty, które przestały mu być potrzebne. Dokumenty powinny być niszczone w sposób uniemożliwiający odtworzenie zawartych w nich informacji, a w szczególności zawierające dane osobowe – używać niszczarek.

10. Pracownik jest zobowiązany do ustawienia wygaszacza ekranu na użytkowanym przez niego komputerze. Wygaszacz powinien włączać się automatycznie po okresie bezczynności użytkownika, trwającym nie dłużej niż 10 minut. W przypadku wznowienia aktywności, powrót do pracy z komputerem powinien być możliwy jedynie po podaniu odpowiedniego hasła.
11. W przypadku czasowego opuszczenia stanowiska pracy, pracownik jest zobowiązany do każdorazowego blokowania komputera poprzez włączenie wygaszacza ekranu.
12. Po zakończeniu pracy pracownik powinien wylogować się z systemu.

#### **Klauzula obowiązku informacyjnego:**

Zgodnie z art.13 ust.1 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych (RODO) informujemy, że:

- 1) administratorem danych osobowych studenta/praktykanta jest Kliniczne Centrum Ginekologii, Położnictwa i Neonatologii w Opolu, adres: ul. Reymonta 8 45-066 Opole;
- 2) administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którą może się Pani/Pan kontaktować w sprawach przetwarzania swoich danych osobowych za pośrednictwem poczty elektronicznej: [IOD@ginekologia.opole.pl](mailto:IOD@ginekologia.opole.pl);
- 3) administrator będzie przetwarzał Pani/Pana dane osobowe na podstawie art.6 ust.1 lit. b) RODO, tj. przetwarzanie jest niezbędne w celu wykonania umowy, której stroną jest osoba, której dane dotyczą, lub do podjęcia działań na żądanie osoby, której dane dotyczą, przed zawarciem umowy;
- 4) dane osobowe mogą być udostępnione innym uprawnionym podmiotom, na podstawie przepisów, a także na rzecz podmiotów, z którymi administrator zawarł umowę powierzenia przetwarzania danych w związku z realizacją usług na rzecz administratora (np. kancelarię prawną, dostawcę oprogramowania, zewnętrznym audytorem);
- 5) administrator nie zamierza przekazywać Pani/Pana danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;
- 6) Pani/Pan ma prawo uzyskać kopię swoich danych w siedzibie administratora.

Dodatkowo zgodnie z art. 13 ust. 2 RODO informujemy, że:

- 1) Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane do momentu upływu okresu przedawnienia wynikającego z ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny;
- 2) Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przeniesienia danych oraz prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego;
- 3) podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże niezbędne do zawarcia umowy. Konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak realizacji umowy;
- 4) administrator nie podejmuje decyzji w sposób zautomatyzowany w oparciu o Pani/Pana dane osobowe.

### **III. SZKOLENIE Z ZAKRESU PRAW PACJENTA I TAJEMNICY MEDYCZNEJ**

#### **PRAWA I OBOWIĄZKI PACJENTA**

- wyciąg z Regulaminu organizacyjnego KCGPIN W Opolu z dnia 01.06.2021 r.

(...)

#### **DZIAŁ V. PRAWA I OBOWIĄZKI PACJENTA**

##### **Rozdział I. Postanowienia ogólne**

###### **§ 72**

1. Postanowienia niniejszego Regulaminu nie naruszają praw pacjenta, określonych i wynikających z przepisów odrębnych, w szczególności odnoszących się do pacjentów podmiotów leczniczych.
2. Realizując konstytucyjne prawo do ochrony zdrowia, każdy pacjent ma prawo do równego dostępu do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, na warunkach i zasadach określonych w ustawie o działalności leczniczej.
3. Pacjent zgłaszający się do Klinicznego Centrum ma prawo do uzyskania pomocy medycznej w każdym przypadku zagrożenia zdrowia lub życia, niezależnie od okoliczności.
4. Prawa i obowiązki pacjenta stanowią załącznik nr 4 do niniejszego Regulaminu.

##### **Rozdział II. Prawa pacjenta**

###### **§ 73**

1. Pacjent ma prawo do:
  - 1) świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej, opartej na dostępnych metodach i środkach zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, wykonywanych przez personel medyczny z należytą starannością i zgodnie z zasadami etyki zawodowej, a w sytuacji ograniczonych możliwości udzielenia odpowiednich świadczeń – do korzystania z rzetelnej, opartej na kryteriach medycznych procedury ustalającej kolejność dostępu do tych świadczeń,
  - 2) uzyskania od lekarza przystępnej informacji o swoim stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu; lekarz może być zwolniony z tego obowiązku wyłącznie na żądanie pacjenta,
  - 3) uzyskania od pielęgniarki/położnej informacji o swoim stanie zdrowia, w zakresie koniecznym do sprawowania opieki pielęgnacyjnej,
  - 4) wskazania osób, którym lekarz może udzielać informacji, o których mowa w ust.1 pkt. 2;
  - 5) wyrażenia zgody na przeprowadzenie badania lub udzielenia innych świadczeń zdrowotnych, albo ich odmowy, po uzyskaniu od lekarza odpowiedniej informacji, z wyjątkiem świadczeń zdrowotnych, których udzielenie bez zgody pacjenta regulują odrębne przepisy,
  - 6) intymności i poszanowania godności osobistej w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych,
  - 7) dostępu do dokumentacji medycznej oraz ochrony danych zawartych w tej dokumentacji oraz innych dokumentach związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych,
  - 8) zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem, uzyskanych przez personel medyczny w związku z wykonywaniem zawodu, z uwzględnieniem wyjątków przewidzianych w przepisach prawa,
  - 9) umierania w spokoju i godności.
2. Lekarz oraz pielęgniarka/położna nie może podać do publicznej wiadomości danych umożliwiających identyfikację pacjenta, bez jego zgody.

###### **§ 74**

1. Pacjent, któremu udzielane są całodobowe świadczenia zdrowotne w szpitalu, ma prawo do:
  - 1) zabezpieczenia produktów leczniczych i materiałów medycznych oraz pomieszczenia i wyżywienia, odpowiednich do stanu zdrowia pacjenta,
  - 2) zgłaszania działań niepożądanych produktów leczniczych,
  - 3) dodatkowej opieki pielęgnacyjnej sprawowanej przez osobę bliską lub inną osobę wskazaną przez pacjenta,
  - 4) kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z osobami z zewnątrz,

- 5) dostępu do informacji o prawach pacjenta w medycznych komórkach organizacyjnych Klinicznego Centrum,
  - 6) opieki duszpasterskiej,
  - 7) przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie (w kasie Klinicznego Centrum),
  - 8) wskazania osoby lub instytucji, którą szpital obowiązany jest niezwłocznie powiadomić w razie pogorszenia się stanu zdrowia pacjenta, powodującego zagrożenie życia lub w razie jego śmierci,
  - 9) wypisania ze szpitala na własne żądanie; w takiej sytuacji pacjent ma prawo do informacji o możliwych następstwach zaprzestania leczenia w szpitalu,
  - 10) otrzymania przy wypisie dwóch egzemplarzy Karty Informacyjnej z leczenia szpitalnego, z podaniem rozpoznania w języku polskim.
2. Koszty realizacji uprawnień, wskazanych w ust. 1 pkt 2 i 3 nie mogą obciążać Klinicznego Centrum.
  3. Ograniczenie prawa pacjenta do kontaktu osobistego z osobami z zewnątrz, w tym do sprawowania opieki przez osoby określone w ust. 1 pkt 2, może nastąpić w przypadku zagrożenia epidemicznego lub ze względu na warunki przebywania innych osób chorych w Klinicznym Centrum.
  4. Pacjent ma prawo do dostatecznie wczesnego uprzedzenia go przez lekarza o zamiarze odstąpienia od jego leczenia i wskazania mu realnych możliwości uzyskania tego świadczenia u innego lekarza lub w innym podmiocie leczniczym.

#### **§ 75**

Pacjent ma prawo do wyrażania zgody albo odmowy na uczestniczenie przy udzielaniu mu świadczeń zdrowotnych osób innych, niż personel medyczny Klinicznego Centrum, niezbędny ze względu na rodzaj udzielanych świadczeń.

#### **§ 76**

Pacjent ma prawo wnioskowania o zasięgnięcie przez lekarza prowadzącego opinii właściwego lekarza specjalisty lub zorganizowania konsylium lekarskiego.

#### **§ 77**

Pacjentowi małoletniemu przysługują te same prawa, co pacjentowi pełnoletniemu z tą różnicą, że pełna informacja o stanie zdrowia przekazywana jest rodzicom lub opiekunom. Pacjentowi, który nie ukończył 16 lat lekarz prowadzący udziela tej informacji w zakresie i formie potrzebnej do prawidłowego procesu diagnostycznego i terapeutycznego. W przypadku pacjentów małoletnich w wyrażeniu lub nie wyrażeniu zgody na proponowane przez lekarza prowadzącego badania i zabiegi decydują przedstawiciele ustawowi.

### **Rozdział III. Obowiązki pacjenta**

#### **§ 78**

1. Obowiązkiem pacjenta w czasie pobytu w szpitalu jest:
  - 1) przestrzeganie Karty praw i obowiązków pacjenta,
  - 2) przestrzeganie rozkładu dnia podczas pobytu pacjenta na oddziale szpitalnym,
  - 3) przestrzeganie Regulaminu organizacyjnego Klinicznego Centrum oraz innych regulaminów i zarządzeń wewnętrznych dotyczących organizacji pracy i porządku w oddziałach szpitalnych,
  - 4) przestrzeganie zaleceń personelu medycznego związanych z procesem leczenia,
  - 5) nie zakłócanie swoim zachowaniem spokoju innych pacjentów,
  - 6) przestrzeganie zasad higieniczno-sanitarnych,
  - 7) szanowanie mienia szpitalnego,
  - 8) przestrzeganie zasad korzystania z urządzeń i powierzonego pacjentowi sprzętu,
  - 9) przestrzeganie zasad bezpieczeństwa przeciwpożarowego,
  - 10) przestrzeganie bezwzględного zakazu wnoszenia na teren szpitala i spożywania napojów alkoholowych,
  - 11) przestrzeganie bezwzględного zakazu stosowania środków odurzających na terenie Klinicznego Centrum,
  - 12) przestrzeganie zakazu palenia tytoniu,
  - 13) nie wychodzenie poza teren szpitala, chyba, że jest to konieczne ze względów leczniczych.
2. Pacjent odpowiada za wszelkie szkody materialne powstałe z jego winy oraz rzeczy wartościowe, garderobę, pieniądze i dokumenty, które nie zostały przekazane do depozytu.
3. Pacjent jest współodpowiedzialny za zachowanie odwiedzających go osób.

4. Za przedmioty wartościowe pozostawione w szatni (magazynie ubrań) Klinicznego Centrum nie ponosi odpowiedzialności.

#### **§ 79**

1. wypisaniu pacjenta ze szpitala z powodu rażącego naruszenia regulaminu organizacyjnego decyduje Dyrektor na wniosek Ordynatora oddziału/lekarza kierującego oddziałem.
2. Pacjent może wychodzić poza teren szpitala tylko po uzyskaniu zgody Ordynatora oddziału/lekarza kierującego oddziałem.
3. Korzystanie przez pacjentów z telefonów komórkowych powinno się odbywać w sposób nie stwarzający uciążliwości dla innych pacjentów i poza godzinami ciszy nocnej. Ze względu na obecność aparatury medycznej i możliwość powstania zakłóceń w jej funkcjonowaniu Dyrektor Klinicznego Centrum może określić strefy i pomieszczenia, w których obowiązuje całkowity zakaz korzystania z telefonów komórkowych.
4. Pacjent ma obowiązek poinformować lekarza prowadzącego o stale przyjmowanych lekach nie związanych z jednostką chorobową, która jest przyczyną hospitalizacji. Używanie tych leków w czasie pobytu w szpitalu wymaga zgody tego lekarza.
5. Pacjent jest obowiązany udzielać w trakcie wywiadu lekarskiego lub pielęgniarskiego pełnej i prawdziwej informacji o swoim stanie zdrowia. Kliniczne Centrum nie ponosi odpowiedzialności za szkody wynikłe z zatajenia bądź udzielenia nieprawdziwej informacji, co do istotnych spraw dotyczących zdrowia pacjenta.

#### **§ 80**

1. Pacjentów nie mogą odwiedzać i pielęgnować osoby chore, nie zrównoważone psychicznie, nietrzeźwe lub nieprzestrzegające zasad higieny.
2. W przypadku stwierdzenia okoliczności, o których mowa w ust. 1, lekarz prowadzący, lekarz dyżurny lub pielęgniarka/położna może żądać od takiej osoby opuszczenia szpitala.

#### **§ 81**

1. Pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy, jeżeli uzna, że jego prawa zostały naruszone, może zwrócić się z interwencją do bezpośredniego przełożonego osoby udzielającej świadczenie zdrowotne (Ordynatora oddziału/lekarza kierującego oddziałem, pielęgniarki/położnej oddziałowej), a następnie do Naczelnej Pielęgniarki oraz Dyrektora Klinicznego Centrum.
2. Karta praw i obowiązków pacjenta znajduje się w widocznym miejscu każdego oddziału szpitalnego.
3. W przypadku naruszenia praw pacjenta, określonych w Karcie praw i obowiązków pacjenta, pacjentowi przysługuje prawo wniesienia skargi do:
  - 1) Pełnomocnika ds. Praw Pacjentów Klinicznego Centrum Ginekologii, Położnictwa i Neonatologii w Opolu,
  - 2) Opolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia – Sekcja Skarg i Wniosków oraz Monitorowania List Oczekujących,
  - 3) Rzecznika Praw Pacjenta w Warszawie.
4. Adresy oraz numery telefonów kontaktowych powyższych instytucji zamieszczone są na ostatniej stronie Karty.
5. Dyrektor Klinicznego Centrum lub upoważniony przez niego lekarz może ograniczyć korzystanie z praw pacjenta w przypadku:
  - 1) wystąpienia zagrożenia epidemicznego,
  - 2) ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów,
  - 3) ze względu na możliwości organizacyjne Klinicznego Centrum (w przypadku praw, o których mowa w art. 33 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta). (...)

# TAJEMNICA ZAWODÓW MEDYCZNYCH

## Rozdział I. Czym jest tajemnica medyczna?

### 1. Jakie informacje objęte są tajemnicą medyczną?

Podstawowe regulacje związane z tajemnicami zawodów medycznych zostały zawarte w rozdz. 4 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (dalej u.p.p.), zawierającymi przepisy dotyczące prawa pacjenta do tajemnicy informacji z nim związanych.

Zgodnie z art. 13:

*„Pacjent ma prawo do zachowania w tajemnicy przez osoby wykonujące zawód medyczny, w tym udzielające mu świadczeń zdrowotnych, informacji z nim związanych, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu medycznego”.*

Krótko mówiąc – jeżeli lekarz uzyskuje jakiegokolwiek informacje o pacjencie w trakcie udzielania świadczenia zdrowotnego, to są one objęte tajemnicą lekarską. Pacjent ma prawo żądać od osób wykonujących zawód medyczny, aby te nie ujawniały informacji objętych tajemnicą medyczną.

*„Informacje związane z pacjentem”* należy rozumieć bardzo szeroko, a nie tylko jako informacje o stanie zdrowia pacjenta. Obowiązkiem zachowania w tajemnicy objęte są również informacje na temat sytuacji:

- rodzinnej,
- majątkowej,
- osobistej,
- zawodowej pacjenta.

Tajemnicą medyczną nie będą objęte informacje powszechnie znane na temat pacjenta, a także te, które pacjent sam ujawni. Nie należy również rozpowszechniać informacji na temat osób trzecich, przykładowo dzieci lub współmałżonka pacjenta.

Wynika to z art. 23 Kodeksu Etyki Lekarskiej, zgodnie z którym tajemnicą są objęte wiadomości o pacjencie i jego otoczeniu uzyskane przez lekarza w związku z wykonywanymi czynnościami zawodowymi, do których, bez wątplenia należy rodzina pacjenta.

### 2. Skąd wynika obowiązek zachowania tajemnicy medycznej?

Normy zawarte w rozdz. 4 ustawy u.p.p. mają charakter ogólny, porządkujący i uzupełniający, obejmujący najważniejsze elementy przedmiotowe i podmiotowe związane z tajemnicami zawodów medycznych. Większość aktów prawnych, regulujących zasady wykonywania poszczególnych profesji zawiera własne, szczegółowe regulacje (lex specialis) dotyczące tajemnic zawodowych. Tajemnica medyczna dotyczy bowiem takich zawodów jak:

- lekarze (ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty – art. 40),
- pielęgniarki i położne (ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej – art. 17),
- diagnostki laboratoryjni (ustawa o diagnostyce laboratoryjnej – art. 29),
- aptekarze (ustawa o izbach aptekarskich – art. 21),
- felczerzy (ustawa o o zawodzie felczera – art. 7.),
- ratownicy medyczni.

Każdy z nich jest zobowiązany do zachowania w tajemnicy informacji, które usłyszał od pacjentów w związku z wykonywanymi przez nich zawodów.

W przypadku zawodów medycznych nieposiadających własnych regulacji ustawowych stosuje się wprost normy zawarte w u.p.p. Przykładem takim są ratownicy medyczni - do tej pory nie doczekali się nowej ustawy dotyczącej swojego zawodu (jest ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym). Nie oznacza to, że nie są oni zobowiązani do zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem. Stosuje się do nich, np. przepisy zawarte w u.p.p. (art. 13). Również w Kodeksie Etyki Ratownika Medycznego zawarto obowiązek przestrzegania tajemnicy medycznej – art. 12.

*Ważne!*

Tajemnica lekarska to jedna z najważniejszych i najstarszych ograniczeń jawności wywodzące się ze starożytności. Swoje źródło miała w przysiędze Hipokratesa, stanowiącej jedną z pierwszych spisanych norm deontologicznych.

*„Przysięgam Apollinowi lekarzowi i Asklepiosowi, Hygei, Panakei oraz wszystkim bogom jak też boginiom, biorąc ich za świadków, że wedle swoich sił i osądu [sumienia] przysięgi tej i tej pisemnej umowy dotrzymam. Swego przyszłego nauczyciela w sztuce (lekarskiej) na równi z własnymi rodzicami szanować będę i dzielić będę*

*z nim życie, i wesprę go, gdy się znajdzie w potrzebie; jego potomków miał będę za braci w linii męskiej i sztuki tej uczył ich będę, gdy zechcą się uczyć, bez zapłaty i pisemnej umowy; na piśmie jak też ustnie wiedzę całą*

*i doświadczenie swoim własnym synom i synom tego, który uczył mnie będzie, jak też przekażę uczniom, którzy umowę tę podpisali i przysięgą tą, jako prawem lekarskim, się związali, lecz nikomu więcej.*

*Zdrowy tryb życia i sposób odżywiania zalecać będę wedle swoich sił i osądu, mając na względzie pożytek cierpiących, chroniąc ich zaś przed szkodą i krzywdą.*

*Nikomu, nawet na żądanie, nie podam śmiertelnej trucizny, ani nikomu nie będę jej doradzał, podobnie też nie dam nigdy niewieście środka na poronienie. W czystości i niewinności zachowam życie swoje i sztukę swoją.*

*Nigdy nikomu nie usunę kamieni moczowych przez cięcie (pęcherza), lecz odeślę każdego do ludzi, którzy z zajęciem tym są obeznani.*

*Do któregośkolwiek z domów wniknę, wejdę dla pożytku cierpiących; obcy mi będzie rozmyślny występki, jak też każda inna nieprawość, zwłaszcza czyny lubieżne na ciałach kobiet i mężczyzn, nie tylko wolnych, lecz i niewolników.*

*Cokolwiek przy leczeniu albo też poza leczeniem w życiu ludzi ujrzę lub usłyszę, czego ujawniać nie można, milczą o tym będę, za świętą tajemnicę to mając.*

*Jeżeli więc tej swojej przysięgi dochowam i jej nie naruszę, niech zyskam powodzenie i w życiu, i w sztuce, i sławę u wszystkich ludzi po wsze czasy; jeżeli zaś ją złamię i się jej sprzeniewierzę, niech mnie wszystko przeciwne dotknie.”*

Bez wątplenia prawo pacjenta do tajemnicy informacji z nim związanych jest skorelowane z instytucjami prawa do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego oraz poszanowania intymności i godności, które są uregulowane postanowieniami Konstytucji, aktów prawa międzynarodowego oraz polskiego ustawodawstwa.

### 3. Jakie są rodzaje tajemnicy medycznej i kogo ona obowiązuje?

W Polsce występują następujące tajemnice medyczne:

- 1) tajemnica lekarska która obowiązuje lekarzy i lekarzy dentyistów - art. 40 ust. 1:  
*Lekarz ma obowiązek zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu;*
- 2) tajemnica pielęgniarska i położnicza, która obowiązuje pielęgniarki i położne - art. 17 ust. 1:  
*Pielęgniarka położna są obowiązane do zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem, uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu;*
- 3) tajemnica psychiatryczna – art. 50 ust. 1:  
*Osoby wykonujące czynności wynikające z niniejszej ustawy są obowiązane do zachowania w tajemnicy wszystkiego, o czym powezmą wiadomość w związku z wykonywaniem tych czynności, stosownie do odrębnych przepisów, a nadto z zachowaniem przepisów niniejszego rozdziału;*
- 4) tajemnica aptekarska, która obowiązuje aptekarzy - art. 21 pkt 2):  
*Członkowie samorządu aptekarskiego są obowiązani: zachować w tajemnicy wiadomości dotyczące zdrowia pacjenta, uzyskane w związku z wykonywaniem zawodu;*
- 5) tajemnica ratowników medycznych, która obowiązuje ratowników medycznych - art. 12:  
*W granicach obowiązującego prawa ratownik medyczny przestrzega tajemnicy zawodowej, w tym zachowuje w tajemnicy wszystkie wiadomości o stanie osoby znajdującej się w sytuacji zagrożenia życia zdrowia uzyskane w związku z wykonywaniem medycznych czynności ratunkowych;*
- 6) tajemnica felczerska, która obowiązuje felczerów - art. 7 ust. 1:  
*Felczer (starszy felczer) obowiązany jest do zachowania w tajemnicy wszystkiego, o czym powezmie wiadomość w związku z wykonywaniem zawodu;*
- 7) tajemnica diagnostów laboratoryjnych, która obowiązuje diagnostów laboratoryjnych - art. 29 ust. 1:  
*Diagnosta laboratoryjny jest obowiązany do zachowania tajemnicy zawodowej.*



#### 4. Jaki jest cel tajemnicy medycznej?

Celem tajemnicy medycznej jest ochrona pacjenta i informacji, które go dotyczą. Informacje, które przekazuje pacjent osobom wykonującym zawody medyczne, najczęściej należą do kategorii wrażliwych, intymnych, takich, którymi normalnie nikt się nie chwali.

Pacjent jednak znajduje się w dość specyficznej sytuacji, ponieważ chodzi o jego zdrowie i osoba udzielająca mu świadczenia zdrowotnego musi uzyskać jak najwięcej informacji o nim, aby udzielić jak najlepszej pomocy.

Pacjent nie powinien zatajać przed lekarzem informacji, że przyjmuje np. leki antydepresyjne, ponieważ lekarz może mu przepisać leki na inną dolegliwość, które w kontakcie z lekami antydepresyjnymi zaczną źle działać i spowodują jeszcze gorszy stan zdrowia pacjenta niż dotychczas.

Aby nie dochodziło do takich sytuacji, w naszym porządku prawnym mamy różnego rodzaju tajemnice medyczne. Pacjent musi mieć świadomość, że może podzielić się z lekarzem wszystkimi ważnymi (intymnymi i wrażliwymi) informacjami, które go dotyczą, a lekarz nikomu ich nie ujawni.

Relacja lekarz – pacjent jest bardzo specyficzna, często porównywana do relacji spowiednika ze spowiadającym się. Musi opierać się na bardzo dużym zaufaniu i pewności, że dysponariusz (lekarz) tajemnicy jej nie ujawni.

### **Rozdział II. Ujawnienie tajemnicy lekarskiej.**

#### 1. Kiedy legalnie można ujawnić tajemnicę medyczną?

Istnienie tajemnicy medycznej nie oznacza, że w każdej sytuacji informacje przekazane przez pacjenta nie zostaną nikomu ujawnione. Bywają sytuacje, w których lekarz lub inny pracownik medyczny ma prawo lub obowiązek przekazania informacji objętych tajemnicą medyczną.

Ustawodawca przewidział takie możliwości. Może to nastąpić w kilku przypadkach:

##### 1) Stanowią o tym przepisy ustaw:

- a) w kodeksie postępowania karnego znajduje się przepis, z którego wynika, że można ujawnić tajemnicę medyczną, jeżeli sąd lub prokurator dla dobra wymiaru sprawiedliwości zwolni osoby zobowiązane do zachowania tajemnicy medycznej od obowiązku jej zachowania (art. 180 k.p.k.),
- b) w ustawie o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej jest art. 38, zgodnie z którym *„Zakład ubezpieczeń może uzyskać odpłatnie od podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, które udzielały świadczeń zdrowotnych ubezpieczonemu lub osobie, na rachunek której ma zostać zawarta umowa ubezpieczenia, informacje o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją podanych przez tę osobę danych o jej stanie zdrowia, ustaleniem prawa tej osoby do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokością tego świadczenia”*.

Pamiętajmy!

Przekazywane informacje muszą być adekwatne do celu udostępnienia. Oznacza to, że można przekazać tylko takie informacje, które są potrzebne ubezpieczycielowi w danym momencie i które zezwala przekazać ustawa.

##### 2) Badanie lekarskie zostało przeprowadzone na żądanie uprawnionych organów i instytucji:

W takich sytuacjach, lekarz ma obowiązek poinformowania o stanie zdrowia pacjenta jedynie te organy i instytucje, które zleciły przeprowadzenie tych badań. Takim organem jest sąd, który może zobowiązać biegłego lekarza do wydania opinii na temat pacjenta. Przed sądem mogą być prowadzone różne sprawy, w których opinia lekarza jest konieczna, np. sprawy o odszkodowanie za błąd medyczny, za wypadek w pracy, zadośćuczynienie za blizny po wypadku, za śmierć osoby bliskiej. W każdej z tych spraw potrzebna będzie opinia biegłego lekarza, który będzie miał za zadanie ocenienie zdrowia pacjenta, np. uszczerbku na zdrowiu, dolegliwości, konieczność opieki pielęgniarzkiej, konieczności podjętych działań przez innego lekarza. Pacjent, będący stroną postępowania, nie może zabronić lekarzowi przekazania informacji do sądu w takiej sytuacji.

##### 3) Zachowanie tajemnicy może stanowić niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia pacjenta lub innych osób:

W tym przypadku trzeba dokładnie przeanalizować czy nieujawnienie tajemnicy może spowodować jakieś niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia pacjenta lub innych osób.

- a) Idealnym przykładem jest pacjent zarażony wirusem HIV, który mówi lekarzowi, że nie ma zamiaru informować o tym żony, a także stosować zabezpieczenia podczas stosunku seksualnego. W tym przypadku lekarz powinien poinformować żonę pacjenta o chorobie męża dla jej bezpieczeństwa.
  - b) W sytuacji chorób zakaźnych lekarz musi pamiętać o obowiązku niezwłocznego (do 24 godzin) zgłoszenia państwowemu powiatowemu lub wojewódzkiemu inspektorowi sanitarnemu zakażenia, choroby zakaźnej lub zgonu.
- 4) Zgoda pacjenta na ujawnienie tajemnicy:  
 Pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy (np. w przypadku małoletnich lub osób ubezwłasnowolnionych) może wyrazić zgodę na ujawnienie informacji objętych tajemnicą medyczną. Powinien jednak zostać wcześniej poinformowany o niekorzystnych dla siebie skutkach jej ujawnienia, aby jego zgoda była świadoma. Jeżeli lekarz ma zgodę pacjenta na rozpowszechnienie tajemnicy medycznej, nie powinien obawiać się konsekwencji z tym związanych. Powinien jednak zadbać o to, aby zgoda pacjenta została należycie udokumentowana, a nie wyrażona jedynie w formie ustnej. W przypadku ustnej zgody, w razie przeczenia pacjenta, lekarz będzie miał problem z udowodnieniem, że pacjent wyraził zgodę na ujawnienie tajemnicy.
- 5) Przekazanie niezbędnych informacji o pacjencie lekarzowi sądowemu:  
 Lekarz sądowy, który bada osobę w sprawie sądowej, może potrzebować informacji w związku z przebyłym leczeniem u innego lekarza – w takiej sytuacji należy udostępnić mu informacje o pacjencie.
- 6) Przekazanie informacji o pacjencie innemu lekarzowi lub uprawnionej osobie:  
 Może dojść do sytuacji, w której zachodzi potrzeba przekazania niezbędnych informacji o pacjencie związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych innemu lekarzowi lub uprawnionym osobom uczestniczącym w udzielaniu tych świadczeń. O tym przypadku szerzej w kolejnym punkcie.

## 2. Kiedy można ujawnić tajemnicę medyczną innemu lekarzowi?

Życie pisze różne scenariusze, a jednym z nich może być konieczność leczenia przez kilku lekarzy w krótkich odstępach czasu. Przykładowo, pacjent zaczął się leczyć u lekarza A, jednak z różnych względów musiał go zmienić (np. przeprowadził się lub pierwszy lekarz nie ma możliwości zastosowania pewnego rodzaju leczenia, które mogłoby być skuteczniejsze) i kontynuuje leczenie u lekarza B. W takiej sytuacji, lekarz A powinien przekazać lekarzowi B informacje związane z leczeniem pacjenta u niego.

Podstawą takiego działania są art. 14 ust. 2 pkt 4) u.p.p. i art. 40 ust. 2 pkt 6) u.z.l.d., które są bardzo podobne.

Art. 14 ust. 2 pkt 4) u.p.p.

*„Przepisu ust. 1 nie stosuje się, w przypadku gdy: zachodzi potrzeba przekazania niezbędnych informacji o pacjencie związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych innym osobom wykonującym zawód medyczny, uczestniczącym w udzielaniu tych świadczeń”.*

Art. 40 ust. 2 pkt 6) u.z.l.d.

*„Przepisu ust. 1 nie stosuje się, gdy: zachodzi potrzeba przekazania niezbędnych informacji o pacjencie związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych innemu lekarzowi lub uprawnionym osobom uczestniczącym w udzielaniu tych świadczeń”.*

Bardzo ważne jest to, żeby lekarz wiedział, iż legalne przekazanie informacji może nastąpić w niezbędnym zakresie. Lekarz musi ocenić, co w danej sytuacji oznacza „niezbędny zakres”, a nie machinalnie przekazać wszystkie informacje, którymi dysponuje. Tutaj warto zwrócić uwagę na udostępnianie dokumentacji medycznej ubezpieczycielom. Mają oni prawo żądania od podmiotów medycznych dokumentacji medycznej pacjenta, jednak nie oznacza to, że należy przekazywać od razu całą historię leczenia pacjenta.

## 3. Czas trwania tajemnicy medycznej.

Tajemnica medyczna może trwać wiecznie. Lekarz jest zobowiązany do jej zachowania nawet w przypadku śmierci pacjenta. Nie może stwierdzić, że skoro pacjent zmarł, to może ujawnić informacje objęte tajemnicą. Oczywiście, istnieją przypadki, w których tajemnica przestaje być tajemnicą, np. w przypadku upublicznienia poufnych informacji przez samego pacjenta. Ujawnienie tajemnicy medycznej przez osoby bliskie pacjenta po jego śmierci. Ujawnienia tajemnicy medycznej po śmierci pacjenta mogą żądać również jego osoby bliskie. Przez osoby bliskie rozumie się – małżonka, krewnego

lub powinowatego do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciela ustawowego, osobę pozostającą we wspólnym pożyciu lub osobę wskazaną przez pacjenta. Pacjent może wyrazić sprzeciw na ujawnienie tajemnicy medycznej po swojej śmierci. Musi jednak zrobić to za swojego życia. Sprzeciw powinien znaleźć się w dokumentacji medycznej. Może dojść również do sytuacji, w której pacjent wyraża sprzeciw, ale osoba bliska chciałaby ujawnić informację objętą tajemnicą. Co wtedy? Taki spór również rozstrzyga sąd. Może on wyrazić zgodę na ujawnienie tajemnicy i określić zakres jej ujawnienia, jeżeli jest to niezbędne:

- 1) w celu dochodzenia odszkodowania lub zadośćuczynienia, z tytułu śmierci pacjenta,
- 2) dla ochrony życia lub zdrowia osoby bliskiej. Jeżeli osoba bliska lub osoba wykonująca zawód medyczny wystąpi do sądu z wnioskiem, sąd powinien zbadać:
  - interes uczestników postępowania,
  - rzeczywistą więź osoby bliskiej ze zmarłym pacjentem,
  - wolę zmarłego pacjenta,
  - okoliczności wyrażenia sprzeciwu.

Po przeanalizowaniu sprawy, sąd wydaje orzeczenie.

Jest jeszcze jedna możliwa sytuacja. Pacjent nie wyraził sprzeciwu za swojego życia, zmarł i jedna z osób bliskich chce ujawnienia chronionych informacji, ale inna osoba bliska... sprzeciwi się temu (zgłosi liberum veto :-)). Dochodzi wtedy do sporu pomiędzy osobami bliskimi, a lekarz lub pielęgniarka nie są uprawnieni do jego rozstrzygnięcia. Jeżeli osoby się nie dogadają, zrobi to za nie sąd. W u.p.p. przewidziano taką możliwość. Sąd rozstrzygnie powstały spór, a wniosek do sądu powinna złożyć któraś z osób bliskich lub osoba wykonująca zawód medyczny (np. lekarz lub pielęgniarka). Sąd rozstrzygnie o tym, czy wyrazić zgodę na ujawnienie tajemnicy medycznej, a także o jej zakresie.

#### 4. Studenci a tajemnica medyczna.

Tytuł lekarza lub pielęgniarki uzyskuje się po odbyciu studiów, jednak już w trakcie nauki odbywa się praktyki w szpitalach. Podczas praktyk studenci mają kontakt z pacjentami, uczestniczą w rozmowach lekarza z pacjentem (podczas przeprowadzanych obchodów, wywiadów), mają styczność z dokumentacją medyczną, a także wykonują proste czynności medyczne. W ten sposób przyszli lekarze i pielęgniarki uczą się zawodu, aby go jak najlepiej wykonywać. Osobiście nie wyobrażam sobie, aby miało być inaczej, i rozumiem, że muszą gdzieś nabrać praktyki. Nie każdy jednak musi zgadzać się na to, aby osoby inne niż lekarz wiedziały, jakie ma dolegliwości ma dany pacjent. Prawo do poszanowania intymności i godności pacjenta. Jest to bardzo ważne prawo pacjenta, ponieważ pacjent powinien czuć się odpowiednio traktowany. Nie powinno się stwarzać sytuacji, w których jego intymność lub godność zostają naruszone. Z uwagi na to prawo, w art. 22 u.p.p. przewidziano konieczność wyrażenia zgody przez pacjenta na obecność innych osób niż udzielających świadczenie. Zgodę powinien wyrazić także lekarz. W związku z czym, aby studenci mogli być obecni podczas udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentowi, pacjent i lekarz muszą wyrazić na to zgodę. Jest jednak wyjątek od tej zasady - art. 36 ust. 4 u.z.l.d.:

Do klinik i szpitali akademii medycznych, medycznych jednostek badawczo-rozwojowych i innych jednostek uprawnionych do kształcenia studentów nauk medycznych, lekarzy oraz innego personelu medycznego w zakresie niezbędnym do celów dydaktycznych nie stosuje się art. 22 ust. 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Pamiętajcie, aby poinformować pacjenta o tym, że dany podmiot realizuje kształcenie studentów medycyny!

Ważne!

Pacjent, który nie musi wyrazić zgody na udział studentów, zawsze może wyrazić sprzeciw.

### **Rozdział III. Sankcje za naruszenie tajemnicy medycznej**

#### 1. Co stanowi naruszenie tajemnicy medycznej?

Pracownik medyczny, na którym ciąży obowiązek zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem, co do zasady nie może ujawniać tych informacji. Jeżeli naruszy swój obowiązek, naraża się na poniesienie odpowiedzialności cywilnej, karnej lub zawodowej.

Pamiętajcie, że sankcje za naruszenie tajemnicy medycznej można zastosować jednocześnie!

Nic nie stoi na przeszkodzie, aby prowadzić postępowanie karne przeciwko lekarzowi za naruszenie tajemnicy lekarskiej, a także postępowanie cywilne o odszkodowanie za doznaną szkodę.

Czego nie wolno robić:

- 1) opowiadać o pacjentach i ich przypadkach na spotkaniach rodzinnych lub towarzyskich, w taki sposób, aby można było zidentyfikować pacjenta (lub nawet domyślać się, kto to może być). Określenia „sąsiad z 2”, „najstarszy syn Kowalskiego”, „żona Kaczyńskiego” już pozwalają zidentyfikować daną osobę.
  - 2) udzielać wywiadów na temat stanu zdrowia sportowców, jeżeli nie macie na to zgody. Sam fakt, że ktoś jest znany, nie uprawnia Was do tego, żeby dzielić się informacjami na ten temat z dziennikarzami. Dziennikarz nie ma żadnego prawa (nawet jeżeli tak twierdzi!) do uzyskania takich informacji.
  - 3) zostawiać dokumentacji medycznej w ogólnodostępnych miejscach. Dokumentacja pacjentów nie powinna leżeć na blatach, stołach, krzesłach, które są dostępne dla każdego w podmiocie medycznym.
  - 4) rozmawiać z innymi pracownikami medycznymi lub studentami na temat pacjenta w miejscach, w których znajdują się osoby postronne. W takich sytuacjach osoby trzecie mogą usłyszeć, co dolega danej osobie.
  - 5) rozmawiać z pacjentami na temat ich stanu zdrowia przy innych pacjentach. Na taką rozmowę powinniśmy mieć zgodę pacjenta.
  - 6) zostawiać kart z informacjami o pacjencie na łóżku pacjenta. Pozostali pacjenci, a także osoby odwiedzające pacjentów nie powinny mieć dostępu do tego typu kart.
  - 7) przedstawiać przypadków leczenia pacjenta na wykładach ze studentami, jeżeli nie zanonimizujemy danych pacjenta. Nikt nie broni, aby lekarz na wykładach przedstawiał studentom prawdziwe przypadki (jest to nawet wskazane), ale dane pacjentów powinny być zanonimizowane. Studenci nie powinni wiedzieć, kim jest dany pacjent.
- Nad każdym ujawnieniem informacji objętych tajemnicą medyczną należy zastanowić się i dokładnie przeanalizować, czy możemy to zrobić. Sam fakty, że pacjent jest nieznośny, nie lubimy go albo nas obraża, nie upoważnia do tego, żeby ujawniać tajemnicę medyczną.

## 2. Odpowiedzialność cywilna.

Na gruncie prawa cywilnego, pacjent, którego prawa zostaną naruszone, może skorzystać z kilku roszczeń:

- 1) odszkodowania,
- 2) zadośćuczynienia,
- 3) zaniechania naruszania,
- 4) roszczenia o dopełnienie czynności niezbędnych do usunięcia skutków naruszenia.

Roszczenia należy kierować do podmiotu odpowiedzialnego za naruszenie. W tym przypadku będą to, np. lekarze, pielęgniarki, szpitale, przychodnie.

Odszkodowanie.

Jeżeli naruszytel, na skutek niedochowania tajemnicy, wyrządzi szkodę pacjentowi, może on dochodzić odszkodowania. Trzeba jednak pamiętać, że należy wykazać szkodę, winę, a także związek przyczynowo skutkowy pomiędzy działaniem naruszydela a szkodą.

Zadośćuczynienie.

Następnym roszczeniem jakiego może dochodzić pacjent, jest zadośćuczynienie pieniężne za doznaną krzywdę, którego można dochodzić na podstawie art. 448 Kodeksu cywilnego (dalej k.c.).

Przez krzywdę rozumie się ból, cierpienie psychiczne, moralne. Ujawnienie informacji objętych tajemnicą medyczną, może doprowadzić do tego, że dana osoba będzie poniżana czy też obrażana ze względu na swoją chorobę – będzie się z tym źle czuć.

Pamiętajmy, przez nieuprawnione ujawnienie takich informacji naruszane są dobra osobiste pacjenta. W tym przypadku nie ma kryteriów ustalania wartości zadośćuczynienia – za każdym razem sąd musi podejść do sprawy indywidualnie i ocenić całokształt okoliczności.

Jest również art. 4 ust. u.p.p., który stanowi, że za naruszenie praw pacjenta można dochodzić zadośćuczynienia. Jest to podobne roszczenie co w art. 448 k.c., jednak w tym przypadku pacjent nie

musi wykazywać, że doszło do naruszenia dobra osobistego. Tutaj wystarczy, że doszło do naruszenia praw pacjenta.

Roszczenia z art. 24 k.c.

Tzw. niemajątkowe roszczenia cywilnoprawne. W artykule 23 k.c. wymieniono liczne dobra osobiste, natomiast w art. 24 k.c. wskazano roszczenia, z których można skorzystać w przypadku naruszenia dóbr osobistych.

Pacjent może skorzystać z dwóch roszczeń:

- roszczenie o zaniechanie – może żądać zaniechania działania, które zagraża jego dobrom osobistym, a więc może żądać od lekarza, aby zaprzestał informowania mediów o jego stanie zdrowia lub konkretnych osób;
- roszczenie o dopełnienie czynności niezbędnych do usunięcia skutków naruszenia – a więc w przypadku gdy dojdzie już do naruszenia dobra osobistego pacjenta, ten może żądać od naruszcyciela, aby wykonał czynności potrzebne do usunięcia jego skutków, a zwłaszcza może żądać złożenia przez naruszcyciela oświadczenia odpowiedniej treści, np. przeprosin czy wyjaśnienia.

### 3. Odpowiedzialność karna

Osoba zobowiązana do zachowania tajemnicy medycznej może również ponieść odpowiedzialność karną. Taka osoba będzie mogła odpowiadać na podstawie art. 266 kodeksu karnego (dalej k.k.)

Art. 266 ust. 1. k.k.

*„Kto, wbrew przepisom ustawy lub przyjętemu na siebie zobowiązaniu, ujawnia lub wykorzystuje informację, z którą zapoznał się w związku z pełnioną funkcją, wykonywaną pracą, działalnością publiczną, społeczną, gospodarczą lub naukową, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2”.*

Jest to jednak przestępstwo ścigane na wniosek pokrzywdzonego – a więc w tym przypadku osoby, której dotyczyły informacje objęte tajemnicą medyczną.

Pamiętajmy również, że można je popełnić jedynie umyślnie. Oznacza to, że osoba, która je popełnia, jest świadoma swojego czynu i działa z premedytacją albo godzi się na to.

### 4. Odpowiedzialność zawodowa

Każda z grup zawodowych udzielających świadczeń zdrowotnych ma swoje kodeksy, w których zapisano zasady wykonywania zawodu (tzw. kodeksy deontologiczne).

Musimy pamiętać, że nie są to kodeksy, które stanowią prawo powszechnie obowiązujące i nie mają takiej mocy jak kodeks cywilny czy kodeks karny.

Należy zwrócić uwagę na ustawę o Izbach Lekarskich (dalej u.i.l.). Znajduje się tam art. 53, według którego lekarz odpowiada przed sądem lekarskim za naruszenie przepisów związanych z wykonywaniem swojego zawodu, a także za zachowania sprzeczne z zasadami etyki zawodowej.

Art. 53 u.i.l..

*Członkowie izb lekarskich podlegają odpowiedzialności zawodowej za naruszenie zasad etyki lekarskiej oraz przepisów związanych z wykonywaniem zawodu lekarza, zwane dalej „przewinieniem zawodowym”.*

Natomiast w art. 83 u.i.l. wymienione są kary, które mogą zostać nałożone na lekarza:

- 1) upomnienie,
- 2) nagana,
- 3) kara pieniężna,
- 4) zakaz pełnienia funkcji kierowniczych w jednostkach organizacyjnych ochrony zdrowia na okres od roku do pięciu lat,
- 5) ograniczenie zakresu czynności w wykonywaniu zawodu lekarza na okres od sześciu miesięcy do dwóch lat,
- 6) zawieszenie prawa wykonywania zawodu na okres od roku do pięciu lat,
- 7) pozbawienie prawa wykonywania zawodu.

Jak widać, osoby zobowiązane do zachowania tajemnicy medycznej, narażone są na kilka rodzajów odpowiedzialności.

Prawo do prywatności pacjenta jest często naruszane przez pracowników medycznych. Pacjenci często nie wiedzą, że pewne zachowania i praktyki nie powinny mieć miejsca w szpitalach. Niestety, często się zdarza, że pracownicy medyczni również tego nie wiedzą, a sankcje za naruszenie tajemnicy medycznej mogą być dotkliwe.

## Rozdział IV. Jak chronić tajemnicę medyczną?

### 1. RODO a tajemnica medyczna .

RODO nie wprowadza zmian związanych z tajemnicą medyczną, a jedynie wprowadza definicję danych dotyczących zdrowia i zgodnie z nią są to:

*dane osobowe o zdrowiu fizycznym lub psychicznym osoby fizycznej – w tym o korzystaniu z usług opieki zdrowotnej – ujawniające informacje o stanie jej zdrowia.*

Natomiast danymi osobowymi zgodnie z RODO są to:

*informacje odnoszące się do zidentyfikowanej lub możliwej do zidentyfikowania osoby fizycznej.*

Aby informacje uznać za dane osobowe muszą one odnosić się do osoby fizycznej i umożliwiać jej identyfikację. Będą to np. imię i nazwisko, PESEL, cechy fizyczne, genetyczne lub psychiczne. A więc, są to wszelkie informacje, które pozwolą ustalić tożsamość danej osoby fizycznej.

Wracając do danych dotyczących zdrowia, to tymi danymi są m.in. informacje o:

- 1) korzystaniu z usług medycznych przez osobę fizyczną,
- 2) nałogach i uzależnieniach,
- 3) przeszłym, obecnym, a także przyszłym stanie zdrowia.

Informacje o przyszłym stanie zdrowia mogą być istotne np. w przypadku zatrudnienia. Takie informacje mogą mieć wpływ na wybór np. podczas rekrutacji. Taką informacją jest wiadomość o chorobie i związanym z nią procesie leczenia, a także rokowania.

Pracownicy medyczni muszą pamiętać, że dokonując jakichkolwiek operacji na danych medycznych, przetwarzają je. Według RODO, co do zasady, przetwarzanie danych medycznych jest zabronione.

Niechciane ujawnienie danych medycznych (które przecież są objęte tajemnicą medyczną), może spowodować dyskryminowanie danej osoby np.:

- 1) podczas rekrutacji (pracodawca nie zdecyduje się na zatrudnienie chorej osoby, ze względu na przyszłe leczenie),
- 2) w społeczeństwie (ujawnienie orientacji seksualnej nastolatka może doprowadzić do katastrofy – inne dzieci mogą wyśmiewać i poniżać taką osobę w szkole).

Legalne przetwarzanie danych medycznych jest wtedy gdy:

- 1) osoba, której dane dotyczą, wyraziła zgodę na ich przetwarzanie,
- 2) przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązków i wykonywania szczególnych praw przez administratora lub osobę, której dane dotyczą, w dziedzinie prawa pracy, zabezpieczenia społecznego i ochrony socjalnej,
- 3) jest niezbędne do ochrony żywotnych interesów osoby,
- 4) przetwarzania dokonuje się w ramach uprawnionej działalności prowadzonej z zachowaniem odpowiednich zabezpieczeń przez fundację, stowarzyszenie lub inny niezarobkowy podmiot o celach politycznych, światopoglądowych, religijnych lub związkowych, pod warunkiem że przetwarzanie dotyczy wyłącznie członków lub byłych członków tego podmiotu lub osób utrzymujących z nim stałe kontakty w związku z jego celami oraz że dane osobowe nie są ujawniane poza tym podmiotem bez zgody osób, których dane dotyczą,
- 5) dane zostały upublicznione przez osobę, której dane dotyczą,
- 6) jest niezbędne do ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń lub w ramach sprawowania wymiaru sprawiedliwości przez sądy,
- 7) jest niezbędne do celów profilaktyki zdrowotnej lub medycyny pracy, do oceny zdolności pracownika do pracy, diagnozy medycznej, zapewnienia opieki zdrowotnej lub zabezpieczenia społecznego, leczenia lub zarządzania systemami i usługami opieki zdrowotnej lub zabezpieczenia społecznego,
- 8) jest niezbędne ze względów związanych z interesem publicznym,

9) jest niezbędne do celów archiwalnych w interesie publicznym, do celów badań naukowych lub historycznych lub do celów statystycznych.

## 2. Zobowiązanie do nieujawniania tajemnicy medycznej współpracowników.

Jeżeli jesteś lekarzem lub pielęgniarką i prowadzisz np. prywatny gabinet, to możesz zatrudniać różne osoby. Kiedy są to lekarze lub pielęgniarki, to nie ma większego problemu, aby zobowiązać ich do nieujawniania tajemnicy, ponieważ obowiązują ich przepisy ustaw.

Jednak w gabinecie może być zatrudniona sekretarka, asystentka lub asystent, którzy nie kształcą się na lekarzy czy pielęgniarki i przepisy dotyczące tajemnicy lekarskiej lub pielęgniarskiej ich nie dotyczą.

W takiej sytuacji najlepiej zobowiązać pracowników do tego, aby nie ujawniali informacji na temat pacjentów, o których dowiadują się w trakcie pracy.

Pracownicy powinni podpisać stosowne oświadczenia. W umowach powinny znaleźć się odpowiednie kary (pieniężne) za ujawnienie informacji objętych tajemnicą medyczną.

Pamiętajcie, że i tak na koniec to Wy jako lekarze lub pielęgniarki będziecie ponosić odpowiedzialność za ujawnienie tajemnicy medycznej. Warto jednak zabezpieczyć się jak najlepiej przed niekontrolowanym ujawnieniem danych wrażliwych.

Warto także zwrócić uwagę na art. 100 kodeksu pracy, z którego wynikają podstawowe obowiązki pracownika. Według tego przepisu pracownik jest zobowiązany do zachowania w tajemnicy informacji, których ujawnienie mogłoby narazić pracodawcę na szkodę. Niewątpliwie, ujawnienie informacji objętych tajemnicą medyczną narazi pracodawcę (lekarza lub pielęgniarkę) na szkodę.

Jako pracodawcy koniecznie określcie jakie informacje są objęte tajemnicą w Waszych gabinetach, tak aby pracownicy to wiedzieli. Powinni podpisać się pod oświadczeniami, na których będą szczegółowe klauzule i informacje.

*Opracowano na podstawie:*

1. K. Światała – „Tajemnice zawodów medycznych – podstawowa charakterystyka” (Monitor prawniczy 11/2014)
2. M. Kozłowski – „Tajemnica medyczna – Najważniejsze informacje dla pacjentów i pracowników medycznych”

## IV. SZKOLENIE Z ZAKRESU ZAPOBIEGANIA ZAKAŻENIOM I CHOROBYM ZAKAŻNYM

### MYCIE I DEZYNFEKCJA RĄK

Celem procedury jest zapobieganie zakażeniom krzyżowym przenoszonym przez ręce.

**Każde uszkodzenie skóry, zwiększona potliwość rąk i obecność biżuterii zwiększa kolonizację skóry !!!**

#### **HIGIENA RĄK – ZASADY OGÓLNE**

Zasady	Uzasadnienie
Obetnij krótko paznokcie	Drobnoustroje kolonizują przestrzeń pod paznokciami i są trudne do wyeliminowania;
Nie noś sztucznych i polakierowanych paznokci	Podświadome ograniczanie higieny rąk w obawie o zniszczenie paznokci;
Nie wycinaj skórek	Powstałe uszkodzenia sprzyjają kolonizacji i namnażaniu drobnoustrojów, a także stanowią wrota zakażenia;
Nie noś w pracy pierścionków, obrączki i innej biżuterii	Stanowią schronienie dla drobnoustrojów, utrudniając dostęp środków myjących i dezynfekcyjnych do skóry. Zatrzymują wilgoć, która sprzyja namnażaniu zwłaszcza Gram-ujemnych(-) bakterii; Utrudniają zakładanie rękawic i są przyczyną ich uszkodzenia;
Nie pracuj w odzieży z długim rękawem i zegarkiem na ręce	Utrudniają mycie i dezynfekcję nadgarstków i przedramion;
Myj ręce pod bieżącą wodą	Usuwa mechanicznie florę przejściową łatwiej niż woda „ stojąca”
Zwilżaj ręce wodą przed nałożeniem preparatu myjącego	Zmniejsza to ryzyko wystąpienia podrażnień skóry i ułatwia rozprowadzenie preparatu myjącego;
Splukuj dokładnie ręce wodą	Pozostałości preparatu myjącego mogą uszkadzać skórę, co sprzyja kolonizacji szczepami szpitalnymi;
Dokładnie osusz ręce przed dezynfekcją	<b>Preparat dezynfekcyjny nałożony na mokre ręce jest nieskuteczny!</b>

#### **Zasada „Nic Poniżej Łokci”**

**Mycie rąk** usuwa zabrudzenia i pozwala w znacznym stopniu mechanicznie usunąć drobnoustroje należące do flory przejściowej.

**Dezynfekcja rąk** eliminuje florę przejściową, redukując jednocześnie florę stałą.

Należy pamiętać że nie ma możliwości „wyjąłowienia” rąk, nie można także skutecznie wyeliminować patogennych szczepów w sytuacji zmian chorobowych skóry rąk.

**Uszkodzenia skóry należy zabezpieczać wodoodpornym opatrunkiem!**

#### **SPOSÓB POSTĘPOWANIA**

##### **ZWYKŁE MYCIE RĄK - eliminuje florę przejściową.**

Ręce należy myć pod bieżącą wodą, używając mydła w płynie/piance z dozownika. Szczególną uwagę należy zwrócić na kciuki, przestrzeń międzypalcową i okolice paznokci. Do osuszania rąk służą jednorazowe ręczniki papierowe. Wykonywane jest przed wszystkimi rutynowymi czynnościami w oddziale np. pielęgnacją pacjenta, przygotowaniem posiłków, karmieniem.

##### **HIGIENICZNE MYCIE RĄK– eliminuje florę przejściową i częściowo florę stałą**

Polega na myciu, a następnie dezynfekcji rąk preparatem dezynfekcyjnym na bazie alkoholu. (technika dezynfekcji rąk zgodnie z normą EN 1500). Stosowane jest przed i po kontakcie



z pacjentem, przed i po wykonaniu procedur aseptycznych, po kontakcie z materiałem zakaźnym (wydzielinami i wydaliniami) po zdjęciu rękawic, w obszarach wysokiego ryzyka (separatka).

**CHIRURGICZNE MYCIE RĄK - eliminuje florę przejściową i w znacznym stopniu redukuje florę stałą**

Polega na myciu i dwukrotnej dezynfekcji rąk aż do łokcia preparatem dezynfekcyjnym na bazie alkoholu (zgodnie z normą EN12791) oraz zastosowaniu szczotki do mycia paznokci przed pierwszym zabiegiem operacyjnym.

Stosowane jest przed wszystkimi zabiegami inwazyjnymi i operacjami.

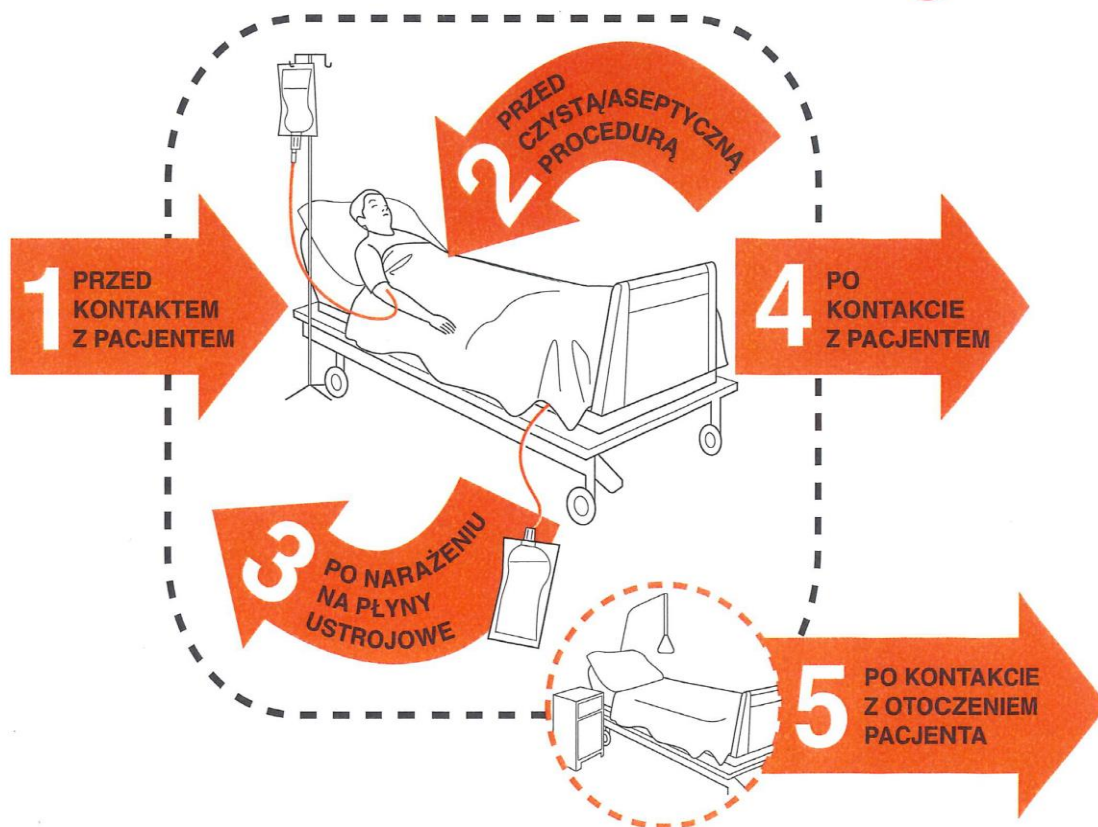
**RĘKAWICE** – w połączeniu z myciem i dezynfekcją rąk są dodatkową ochroną przed infekcją. Rękawice redukują ryzyko przeniesienia drobnoustrojów ze środowiska i odwrotnie na skórę rąk. Nie są jednak dla nich wystarczającą barierą!

Warunki wewnątrz rękawic (ciepło i wilgoć) sprzyjają namnażaniu drobnoustrojów.

**Rękawice muszą być zmienione:**

- przed kontaktem z kolejnym pacjentem;
- przy wykonywaniu różnych procedur u tego samego pacjenta;

# 5 MOMENTÓW HIGIENY RĄK



<b>1</b> PRZED KONTAKTEM Z PACJENTEM	<b>KIEDY?</b> <b>DLACZEGO?</b>	Dezynfekuj ręce przed każdym kontaktem z pacjentem Aby chronić pacjenta przed chorobotwórczymi drobnoustrojami przenoszonymi na Twoich rękach
<b>2</b> PRZED CZYSTĄ/ASEPTYCZNĄ PROCEDURĄ	<b>KIEDY?</b> <b>DLACZEGO?</b>	Dezynfekuj ręce tuż przed wykonaniem czystej/aseptycznej procedury Aby chronić pacjenta przed chorobotwórczymi drobnoustrojami, również pochodzącymi od niego samego
<b>3</b> PO NARAŻENIU NA PŁYNY USTROJOWE	<b>KIEDY?</b> <b>DLACZEGO?</b>	Dezynfekuj ręce po możliwym kontakcie z płynami ustrojowymi (również po zdjęciu rękawic) Aby chronić siebie i otoczenie przed chorobotwórczymi drobnoustrojami
<b>4</b> PO KONTAKCIE Z PACJENTEM	<b>KIEDY?</b> <b>DLACZEGO?</b>	Dezynfekuj ręce bezpośrednio po kontakcie z pacjentem i jego najbliższym otoczeniem Aby chronić siebie i otoczenie przed chorobotwórczymi drobnoustrojami
<b>5</b> PO KONTAKCIE Z OTOCZENIEM PACJENTA	<b>KIEDY?</b> <b>DLACZEGO?</b>	Dezynfekuj ręce po dotknięciu jakiegokolwiek przedmiotu z otoczenia pacjenta, gdy opuszczasz to otoczenie – nawet jeśli nie miałeś kontaktu z pacjentem Aby chronić siebie i otoczenie przed chorobotwórczymi drobnoustrojami



World Health  
Organization

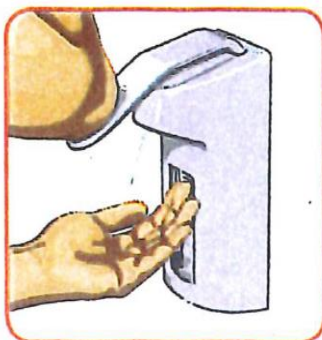
Patient Safety  
A World Alliance for Safer Health Care

SAVE LIVES  
Clean Your Hands

All reasonable precautions have been taken by the World Health Organization to verify the information contained in this document. However, the published material is being distributed without warranty of any kind, either expressed or implied. The responsibility for the interpretation and use of the material lies with the reader. In no event shall the World Health Organization be liable for damages arising from its use. WHO acknowledges the Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), in particular the members of the Infection Control Programme, for their active participation in developing this material.

# TECHNIKA DEZYNFEKCJI RĄK

zgodnie z EN 1500



Pobrać odpowiednią ilość preparatu antyseptycznego na suche dłonie ułożone w kształt kubka i wcierać w ręce przez 30 sekund zgodnie ze standardem pokazanym poniżej

(Ręce muszą być zwilżone przez cały czas dezynfekcji. Czynności na każdym etapie powtórzyć 5 razy przed przejściem do następnego etapu)



Akcja  
**Czyste Ręce**  
inicjatywa wspierana przez Ecolab Healthcare



1

Pocieranie wewnętrznych części dłoni



4

Pocieranie grzbietowej części zgiętych palców jednej dłoni pod zgiętymi palcami drugiej dłoni  
(zmiana rąk)



2

Pocieranie powierzchnią dłoni o grzbiet dłoni  
(zmiana rąk)



5

Obrotowe pocieranie kciuka prawej dłoni o wewnętrzną część zaciśniętej na nim lewej dłoni  
(zmiana rąk)



3

Pocieranie wewnętrznych części dłoni z przeplecionymi palcami



6

Okrężne pocieranie opuszków palców prawej dłoni w zagłębieniu dłoniowym lewej dłoni  
(zmiana rąk)

## **ŚRODKI OCHRONY INDYWIDUALNEJ**

Celem procedury jest prawidłowe stosowanie środków ochrony indywidualnej, ograniczenie szerzenia się zakażeń.

Środki ochrony indywidualnej to urządzenia lub wyposażenie przewidziane do noszenia bądź trzymania przez personel w celu ochrony przed jednym zagrożeniem lub większą liczbą zagrożeń które mogą mieć wpływ na jego zdrowie lub bezpieczeństwo pracy.

**Opis postępowania** - przed założeniem i po zdjęciu środków ochrony indywidualnej należy wykonać higieniczną dezynfekcję rąk lub higieniczne mycie i higieniczną dezynfekcję rąk.

### **Czepki**

Czyste czepki:

- nakładać czepki tak, aby wszystkie włosy były zakryte

Brudne czepki:

- w przypadku zabrudzenia czepka materiałem biologicznym, a także po każdym zabiegu inwazyjnym brudny czepki należy zdjąć i umieścić w worku czerwonym na odpady medyczne
- czepki zabrudzone materiałem biologicznym należy zdejmować w założonych rękawiczkach medycznych niesterylnych jednorazowego użycia
- zabronione jest powtórne założenie tego samego czepka
- zabronione jest noszenie używanego czepka w kieszeniach ubrania roboczego

### **Okulary ochronne, gogle**

Należy zakładać do każdej czynności która może stwarzać zagrożenia kontaktu oczu z materiałem biologicznym lub chemicznym.

Po zakończeniu czynności zdjąć okulary/gogle.

W przypadku okularów/gogli jednorazowego użycia, po użyciu umieścić w worku czerwonym na odpady medyczne, a w przypadku okularów/gogli wielokrotnego użycia przekazać do dezynfekcji.

Zabronione jest noszenie okularów ochronnych w kieszeniach ubrania roboczego.

### **Maski ochronne**

Maskę wymieniamy po każdym użyciu oraz zawsze, kiedy maska w wyniku oddychania będzie wilgotna lub ulegnie kontaminacji materiałem biologicznym.

Zabronione jest powtórne założenie tej samej maski.

Zabronione jest noszenie czystych i używanych masek w rękach, w kieszeniach ubrania roboczego, pod brodą.

### **Fartuchy jednorazowego użycia**

Fartuch należy zakładać bezpośrednio przed kontaktem z pacjentem, materiałem biologicznym, chemicznym.

Założony fartuch powinien być zawiązany troczkami/zaklejony rzepami na plecach.

Po wykonaniu czynności, po kontakcie z pacjentem izolowanym, materiałem biologicznym lub chemicznym fartuch zdjąć i umieścić w worku czerwonym na odpady medyczne.

## **IZOLACJA PACJENTÓW**

Celem izolacji pacjentów jest zapobieganie zakażeniom krzyżowym między pacjentami oraz przerwanie drogi przenoszenia drobnoustrojów między pacjentem a środowiskiem szpitalnym.

### **Definicje i terminologia**

**IZOLACJA** – odosobnienie osoby lub grupy osób chorych na chorobę zakaźną albo osoby lub grupy osób podejrzanych o chorobę zakaźną, w celu uniemożliwienia przeniesienia biologicznego czynnika chorobotwórczego na inne osoby.

## **Rodzaje izolacji:**

**Izolacja standardowa** - obejmuje rutynowe środki ostrożności stosowane wobec hospitalizowanego pacjenta.

**Izolacja kontaktowa** - stosowana u pacjentów w celu zapobiegania przenoszenia drobnoustrojów od zakażonego lub skolonizowanego pacjenta drogą kontaktu bezpośredniego np. przez dotyk lub kontaktu pośredniego np. otoczenie pacjenta, środowisko szpitalne.

### **Wskazania do zastosowania izolacji kontaktowej:**

- Enterobacterales wytwarzające karbapenemazy CPE,
- Clostridioides (Clostridium) difficile,
- Clostridium perfringens,
- zakażenia paciorkowcowe (Streptococcus pyogenes, Streptococcus agalactiae, Streptococcus pneumoniae),
- Staphylococcus aureus MRSA,
- zakażenia wywołane przez meningokoki Neisseria meningitidis
- wankomycynooporne enterokoki (VRE),
- zakażenia jelit wywołane przez Salmonella, Shigella,
- biegunki wirusowe: rotawirusy, norowirusy, astrowirusy, adenowirusy,
- świerzb,
- wszawica,
- grypa.

**Izolacja powietrzno-kropelkowa** - zapobiega transmisji drobnoustrojów przez cząstki aerozolu o średnicy powyżej 5 µm powstające w trakcie mówienia, kaszlu, kichania oraz zabiegów wykonywanych w obrębie dróg oddechowych zakażonego pacjenta, np.: bronchoskopia, odsysanie, intubacja, fizykoterapia. Cząstki te, z powodu dużych rozmiarów nie pozostają długo zawieszona w powietrzu; mogą być przeniesione na odległość do 1-2 metrów

### **Wskazania do zastosowania izolacji powietrzno-kropelkowej:**

- zakażenia bakteryjne wywołane przez Haemophilus influenzae typu b,
- zakażenia wywołane przez meningokoki Neisseria meningitidis,
- zakażenia wywołane przez Streptococcus pneumoniae, Streptococcus pyogenes,
- paciorkowce ropotwórcze odpowiedzialne za zapalenie gardła,
- grypa,
- różyczka,
- świnka,
- krztusiec,
- gruźlica płuc.

**Izolacja powietrzno-pyłowa** - zapobiega transmisji drobnoustrojów przez jądra kondensacji lub skażone cząsteczki kurzu o średnicy mniejszej niż 5 µm. Cząstki są przenoszone przez prądy powietrza na znaczne odległości i mogą utrzymywać się w powietrzu przez dłuższy czas.

### **Wskazania do zastosowania izolacji powietrzno-pyłowej:**

- Mycobacterium tuberculosis complex,
- gruźlica płuc,
- odra,
- ospa wietrzna.

**Izolacja ochronna** - stosowana u pacjenta z ciężkim upośledzeniem odporności, który jest bardzo wrażliwy na zakażenia, wymaga ochrony przed drobnoustrojami pochodzącymi zarówno od personelu, jak i z otoczenia.

Każdy pacjent z podejrzanym lub rozpoznany zakażeniem powinien przebywać w osobnym pomieszczeniu. Jeżeli takie postępowanie nie jest możliwe należy zapewnić izolację w pomieszczeniu, w którym dotychczas przebywał lub przenieść do pomieszczenia, w którym znajdują się

chorzy z podobnym schorzeniem w podobnej fazie choroby. Ograniczyć do niezbędnego minimum transport izolowanych chorych w obrębie oddziału i szpitala oraz rotację personelu wyznaczonego do opieki.

Wszystkie pomieszczenia i sprzęt mający kontakt z pacjentem zakażonym podlegają bieżącej dezynfekcji i myciu według ustalonych instrukcji.

Personel medyczny mający kontakt z pacjentem zakażonym jest zobowiązany stosować zalecane środki ostrożności zgodne z rodzajem prowadzenia izolacji pacjenta.

## **POSTĘPOWANIE PO EKSPOZYCJI ZAWODOWEJ NA KREW LUB INNY POTENCJALNIE ZAKAŻNY MATERIAŁ BIOLOGICZNY**

Celem procedury jest zapobieganie zakażeniom krwiopochodnym wśród personelu szpitala.

Przedmiotem procedury są informacje na temat klasyfikacji ekspozycji oraz opis sposobu postępowania po ekspozycji na krew i IPIM.

**Osoba ekspozowana** - osoba narażona na zakażenie w wyniku kontaktu z krwią lub IPIM.

**Ekspozycja** - kontakt z krwią lub IPIM - może nastąpić przez skórę, błony śluzowe np. oka, nosa, jamy ustnej.

**Ekspozycja zawodowa** - ekspozycja do której doszło w czasie wykonywania obowiązków zawodowych.

### **KLASYFIKACJA EKSPOZYCJI**

Ekspozycja wątpliwa - kontakt nieuszkodzonej skóry z krwią lub IPIM - nie wymaga szczególnego postępowania.

Ekspozycje wymagające postępowania i obserwacji poekspozycyjnej:

- a) Ekspozycja prawdopodobna:
  1. Śródskórne (powierzchnowe) skaleczenie igłą skażoną krwią lub IPIM.
  2. Powierzchnowa rana bez widocznego krwawienia, wywołana przez narzędzie skażone krwią lub IPIM.
  3. Wcześniej nabyte skaleczenie lub rana skażona krwią lub IPIM.
  4. Kontakt błon śluzowych lub spojówek z krwią lub IPIM.
- b) Ekspozycja ewidentna:
  1. Uszkodzenie przenikające skórę igłą skażoną krwią lub IPIM.
  2. Wstrzyknięcie krwi nie uwzględnione w punkcie „ekspozycja masywna”.
  3. Skaleczenie lub podobna rana z krwawieniem, wywołana przez narzędzie w sposób widoczny zanieczyszczone krwią lub IPIM.
  4. Każde bezpośrednie wprowadzenie materiału biologicznego, zawierającego (lub prawdopodobnie zawierającego HIV, HBV, HCV) nie uwzględnione powyżej – dotyczy sytuacji, które mogą się zdarzyć w laboratoriach.
- c) Ekspozycja masywna:
  1. Przetoczenie krwi.
  2. Wstrzyknięcie dużej objętości (powyżej 1 ml) krwi lub IPIM.
  3. Parenteralna ekspozycja na próbki laboratoryjne zawierające wysokie miana wirusów (hodowle).

### **SPOSÓB POSTĘPOWANIA**

**Natychmiast po ekspozycji należy wykonać następujące czynności :**

- a) **Po przekłuciu, skaleczeniu skóry należy:** nie tamować, nie wyciskać krwi, przemyć zranioną okolicę bieżącą wodą i mydłem, zdezynfekować preparatem do dezynfekcji ran, zabezpieczyć opatrunkiem wodoszczelnym.
- b) **Jeżeli na skórze znajduje się krew lub IPIM należy:** wstępnie usunąć zanieczyszczenia, np. ręcznikiem papierowym, a następnie dwukrotnie zdezynfekować to miejsce preparatem do higienicznej dezynfekcji rąk (powinien on pozostać na powierzchni skóry przez czas określony przez producenta preparatu) i umyć.

- c) **Jeżeli skażone są oczy, należy:** delikatnie lecz dokładnie przepłukać worek spojówkowy i okolice oczu wodą lub solą fizjologiczną
- d) **Jeżeli krew lub IPIM dostanie się do ust, nosa należy:** wszystko wypluć, a jamę ustną lub nosową przepłukać kilkanaście razy wodą.

**Zgłosić ekspozycje opiekunowi praktyk** - następnie Lekarz Kierujący Oddziałem oraz jego zastępca odpowiedzialni są za konsultacje poekspozycyjne w godzinach 7.00 – 14.30. Lekarze dyżurni i kolejki w pozostałym czasie. Lekarz zobowiązany jest do:

- dokonania oceny stanu zdrowia badanej osoby
- klasyfikacji ekspozycji
- wypełnienia „Karty ekspozycji na krew lub IPIM”.

## **POSTĘPOWANIA Z ODPADAMI MEDYCZNYMI - ZAKAŻNYMI**

**Odpady medyczne** – zakażne są to odpady niebezpieczne które zawierają żywe mikroorganizmy lub ich toksyny, o których wiadomo (lub co do których istnieją wiarygodne podstawy do przyjęcia), że wywołują choroby zakażne u ludzi lub innych żywych organizmów. Odpady zakażne powstają w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych w jednostkach ochrony zdrowia oraz podmiotach prowadzących badania i doświadczenia naukowe w zakresie medycyny.

### **KLASYFIKACJA ODPADÓW MEDYCZNYCH:**

- 1) odpady oznaczone kodem **18 01 02**  
są to części ciała i organy oraz pojemniki na krew i konserwanty służące do jej przechowywania,
- 2) odpady oznaczone kodem **18 01 03**  
są to inne odpady które zawierają żywe drobnoustroje chorobotwórcze lub ich toksyny, oraz inne formy zdolne do przeniesienia materiału genetycznego mogącego wywołać choroby u ludzi i zwierząt.

### **SPOSÓB POSTĘPOWANIA Z ODPADAMI**

#### **1) gromadzenie odpadów**

##### a) odpady oznaczone kodem **18 01 02**

- **tkanki ludzkie – łóżyska**

gromadzone są w miejscu powstania odpadów w sztywnych, odpornych na działanie wilgoci, mechanicznie odpornych na przekłucie bądź przecięcie, zamykanych w pojemnikach jednorazowego użycia i zamrażane,

- **pojemniki na krew**

z aparatem do przetaczania krwi i strzykawką z krwią transfuzyjną, gromadzone są w miejscu powstania odpadów w sztywnych, odpornych na działanie wilgoci, mechanicznie odpornych na przekłucie bądź przecięcie, zamykanych w pojemnikach jednorazowego użycia, znoszone do laboratorium i składowane w lodówce,

##### b) odpady oznaczone kodem **18 01 03**

- **zużyty materiał opatrunkowy** skażony biologicznie, drobny sprzęt medyczny (kanki, dreny, cewniki, worki na mocz, rurki intubacyjne ), rury i filtry z aparatów wspomagających oddychanie, wapno sodowane, podpaski i pampers pochodzące od pacjentów z klinicznymi objawami zakażenia, a także u pacjentów, u których stwierdzono obecność drobnoustrojów chorobotwórczych, rękawice medyczne, jednorazowa bielizna operacyjna, podkłady, miski nerkowate fartuchy foliowe (z wyłączeniem fartuchów stosowanych do czynności gospodarczych). Odpady gromadzone są w miejscu powstania odpadów w czerwonych workach jednorazowego użycia z folii polietylenowej, wytrzymałych i odpornych na działanie wilgoci i środków chemicznych z możliwością jednokrotnego zamknięcia. Worki te umieszczane są w zamykanych, opisanych kubłach, w taki sposób, aby ich górna wywinięta na szerokość około 20 cm krawędź nie uległa skażeniu,

- **zużyte igły iniekcyjne i chirurgiczne, strzykawki**

strzykawko – próbówki, ostrza skalpeli, szklane ampułki i kapilary, płytki szklane, kaniule dożylnie, zestawy do infuzji, próbówki, jednorazowe maszynki do golenia, inne ostre narzędzia lub przedmioty. Gromadzone są w miejscu powstania odpadów, w sztywnych, odpornych na działanie wilgoci, mechanicznie odpornych na przekłucie bądź przecięcie, zamykanych pojemnikach jednorazowego użycia.