

WYTYCZNE
GLÓWNEGO INSPEKTORA SANITARNEGO
MINISTERSTWA SPRAW WEWNĘTRZNYCH I ADMINISTRACJI
z dnia 16 czerwca 2009 r.

w sprawie ochrony zdrowia na wypadek wystąpienia epidemii grypy lub innych chorób przenoszonych drogą powietrzno-kropelkową

Wstęp

1. Celem wytycznych jest określenie procedur i standardów postępowania dla kierowników (dowódców, szefów) formacji resortu spraw wewnętrznych, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Agencji Wywiadu oraz Centralnego Biura Antykorupcyjnego przeznaczonych do ochrony bezpieczeństwa ludzi i utrzymania bezpieczeństwa i porządku publicznego.
2. Wytyczne uwzględniają postanowienia wynikające z następujących aktów normatywnych:
 - a) ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej /Dz. U. z 2006 r. Nr 122, poz. 851 z póź. zm./;
 - b) ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi /Dz. U. Nr 234, poz. 1570/;
 - c) ustawy z dnia 26 kwietnia 2007 r. o zarządzaniu kryzysowym /Dz. U. Nr 89, poz. 590 z późn. zm./;
 - d) ustawy z dnia 18 kwietnia 2002 r. o stanie klęski żywiołowej /Dz. U. Nr 62, poz. 558 z późn. zm./
 - e) ustawy z dnia 30 maja 1996 r. o rezerwach państwowych i zapasach obowiązkowych paliw /Dz. U. z 2007 r. Nr 89, poz. 594 z późn. zm./;
 - f) rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23 sierpnia 2007r. w sprawie szczegółowego postępowania z odpadami medycznymi /Dz. U. Nr 162, poz. 1153/.
3. Na postępowanie medyczne składają się:
 - a) *działania profilaktyczne*, mające na celu zmniejszenie ryzyka zachorowania lub jego uniknięcie, ponieważ zmniejsza się tempo wzrostu liczby nowych przypadków, a więc ma to ogromny wpływ na dużo mniejszą absencję chorobową i mniejsze straty gospodarcze. W chwili obecnej nie jest jeszcze opracowana szczepionka

przeciwno wirusowi pandemicznemu, a więc nie można zastosować skutecznego uodpornienia czynnego

b) diagnostyka

c) leczenie w przypadku zachorowania

Istnieje poważna obawa, że wirus A H1N1 powodujący zachorowania o charakterze pandemicznym ulegnie modyfikacji genetycznej, co może spowodować znacznie większą zachorowalność i cięższy przebieg choroby.

I. Przebieg zachorowań na nową grype AH1N1 i przewidywane skutki choroby.

Pojawienie się objawów chorobowych występuje po 2 – 3 dniach od chwili zakażenia wirusem. Według WHO osoba chora może zarażać inne osoby przez 7 dni.

Postępowanie medyczne w przypadku zachorowania spowodowanego wirusem pandemicznym grypy uzależnione jest od aktualnej sytuacji epidemiologicznej, a ściślej od liczby nowych przypadków (prawdopodobnych lub potwierdzonych w badaniu wirusologicznym) w ciągu doby.

W chwili obecnej odnotowuje się tylko pojedyncze zachorowania co sprawia, że każdy z przypadków, nawet pacjent z podejrzeniem zachorowania może być indywidualnie objęty opieką medyczną. Izolowane są także osoby, które miały kontakt osobisty z chorym. Większość pacjentów konsultowana jest przez specjalistów chorób zakaźnych, a w przypadku potwierdzenia zachorowania wywołanego nowym wirusem A H1N1 leczenie odbywa się w Oddziałach Chorób Zakaźnych szpitala.

Postępowanie takie, chociaż drogie, w dużym stopniu zapobiega szerzeniu się choroby.

Sytuacja diametralnie ulegnie zmianie w przypadku pojawienia się łatwej transmisji wirusa między ludźmi. Wówczas liczba zachorowań gwałtownie wzrośnie. Przyjmuje się, że zachoruje około 30% populacji, ale co ważne, zachorowania wśród dzieci będą sięgały 50%.

Liczba nowych przypadków będzie tak duża, że dostępność do placówek ochrony zdrowia będzie znacznie ograniczona. Do szpitala

przyjmowani będą pacjenci tylko z powodu bardzo ściśle określonych wskazań. Pojawią się nowe problemy i zagrożenia bezpieczeństwa, a więc i nowe zadania dla organów ścigania, służb porządkowych i agencji ochroniarskich. Wiele z nich wynikać właśnie będzie z powodu wysokiej absencji chorobowej i aby sprostać tym zadaniom należy wprowadzić odpowiednie procedury ograniczające powstawanie nowych zachorowań. Na pewno niezbędne będzie ukierunkowanie wysiłku wielu służb na zapewnienie ochrony placówek służby zdrowia, „szturmowanych” przez ogromną liczbę ludzi. Szacuje się, że absencja chorobowa może dotyczyć aż 25% ogółu zatrudnionych, przy fali zachorowań trwającej nawet 12 – 16 tygodni.

II. Profilaktyka

Najważniejszym warunkiem do spełnienia jest unikanie bliskiego kontaktu z chorym człowiekiem.

W praktyce oznacza to iż należy unikać przebywania w tłumie i w dużych zbiorowiskach ludzkich jak kino, teatr, sala wykładowa, seminaryjna, lekcyjna, kościół, dyskoteka, klub itp. Istotne jest również unikanie pewnych nawyków związanych np. z przywitaniem się z drugą osobą.

1. Izolacja chorych

Każdy człowiek mający objawy zakażenia w postaci gorączki, kaszlu, kataru, bólów stawowo-mięśniowych, znacznego osłabienia, powinien być natychmiast izolowany od osób zdrowych.

a. Izolacja w miejscu zamieszkania

Dotyczy to w szczególności osób pozostających dłuższy czas w pomieszczeniach zamkniętych. Jeżeli objawy chorobowe pojawiłyby się w domu, osoba ta ma obowiązek pozostania w domu i niezwłocznego powiadomienia przełożonego o zachorowaniu. Zasadnym jest wstrzymanie się od odwiedzin chorych, zwłaszcza osobom zdrowym, które dotychczas nie chorowały na gripę. Oczywiście nie wyłącza to pomocy, co do zaopatrzenia w żywność i leki.

Funkcjonariusz będzie miał możliwość skontaktowania się telefonicznego poprzez uruchomioną infolinię z najbliższą placówką ochrony zdrowia MSWiA i uzyskanie zaleceń co do dalszego postępowania.

b. Izolacja w przypadku skoszarowania i służb pełniących dyżur

Niezwykle istotne jest zastosowanie izolacji chorego w przypadku funkcjonariuszy podlegających skoszarowaniu i służb pełniących dyżury. W tym celu należy wydzielić osobne pomieszczenie zawierające tylko niezbędne sprzęty, wydzielony – dedykowany węzeł sanitarny, ograniczyć do niezbędnego minimum poruszanie się i kontakt z innymi.

c. Kohortacja

W przypadku jednoczesnego stwierdzenia objawów chorobowych u większej liczby osób dopuszczalne jest ich grupowe odizolowanie (kohortacja) z zachowaniem wszystkich rygorów.

d. Izolacja chorych podlegających zatrzymaniu

W przypadku pomieszczeń dla osób zatrzymanych, aresztów tymczasowych, aresztów w celu wydalenia, osadzonych należy gromadzić w celach zgodnie z omówioną zasadą dotyczącą izolacji.

Ze względu na potencjalne zagrożenie dla zdrowia publicznego nie-dopuszczalne jest zaniechanie izolacji i odsyłanie funkcjonariuszy z podejrzeniem zakażenia do miejsca zamieszkania czasem nawet bardzo odległego, ponieważ podczas podróży środkami komunikacji publicznej istnieje realne ryzyko kontaktu z wieloma osobami i niekontrolowane rozprzestrzenianie się zakażeń.

2. Przestrzeganie podstawowego reżimu sanitarnego

Stosowanie reżimu sanitarnego praktycznie sprowadza się do częstego, wielokrotnego mycia rąk i twarzy wodą z mydłem, wystrzegania się dotykania nieumytą ręką do twarzy, ust, nosa, oczu ponieważ jest to jedna z ważniejszych dróg wprowadzenia wirusów do organizmu.

Najważniejsze zasady utrzymania podstawowego reżimu sanitarnego na terenie stacjonowania oddziałów zwartych i służb dyżurujących.

Wymagane jest utrzymanie właściwego reżimu sanitarnego w całym obiekcie, a w szczególności:

- a) wielokrotnie w ciągu doby mycie i odkażanie sprzętów lub ich części takich jak drzwi, klamki, poręcze, powierzchni takich jak biurka, szafki, telefony.
- b) wydzielenie osobnego pomieszczenia, do czasowego pobytu chorego funkcjonariusza
- c) wydzielenie osobnego – dedykowanego węzła sanitarnego
- d) wydzielenie miejsca do spożywania posiłków wraz z podstawową zastawą kuchenną lub zestawem jednorazowego użytku – może to być pomieszczenie przeznaczone do tymczasowego pobytu chorego, przed wizytą lekarza.
- e) częste wietrzenie pomieszczeń (*wirusy łatwo giną w środowisku*).

3. Stosowanie barier ochronnych.

Wszystko co zmniejsza możliwość przeniesienia wirusów na większą odległość, a z drugiej strony ogranicza kontakt wirusów z błonami śluzowymi człowieka stanowi taką barierę, a więc może to być szyba ochronna lub maseczka twarzowa.

Należy pamiętać, że maseczką twarzową (nawet zwykłą chirurgiczną), musi być przede wszystkim zabezpieczony chory człowiek, bo on jest - zwłaszcza w pomieszczeniach zamkniętych źródłem dalszych zachorowań.

a. Zalecany rodzaj masek twarzowych

Osoby pozostające w kontakcie z chorym powinny stosować maski twarzowe przeciwpyłowe wyposażone w filtr FFP3 lub FFP2, z wkładami przeciwwirusowymi, dobrze przylegające do twarzy, zapewniające szczelność w około 99%.

b. Zasady bezpiecznego używania masek twarzowych.

Maska raz założona po zdjęciu jej z twarzy nadaje się tylko do utylizacji.

Całkowicie zabronione jest czasowe noszenie masek nasuniętych na czoło lub pod brodą – bo akurat nie ma chorego. W ten sposób łatwo dochodzi do przeniesienia wirusów „osadzonych” na powierzchni maski i nieosłoniętej skóry twarzy i głowy na błonę śluzową i rozwoju zakażenia.

c. Procedura zdejmowania masek

Niezwykle istotną sprawą jest zdejmowanie maseczki, ponieważ podczas tej czynności łatwo może dojść do skażenia. Podczas zdejmowania należy unikać dotykania do samej maski, natomiast zdjąć ją poprzez odciągnięcie od głowy przytrzymującej „gumki” lub wiązanych „troków”. Poprzez pochycenie się do przodu uzyskamy efekt „odpadnięcia” maski od twarzy. Trzymając ją tylko za elementy wiążące wyrzucamy do wyznaczonego pojemnika i traktujemy jako niebezpieczny zakaźny odpad medyczny, podlegający takiej samej procedurze jak każdy inny zakaźny odpad medyczny z palcówki ochrony zdrowia zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 23 sierpnia 2007r. w sprawie szczegółowego postępowania z odpadami medycznymi.

d. Procedura postępowania po zdjęciu maski

Używana maseczka może być potencjalnym źródłem zakażenia, dlatego po zdjęciu maski funkcjonariusz powinien mieć zapewnioną możliwość niezwłocznego umycia rąk i twarzy lub co najmniej odkażenia rąk alkoholowym środkiem dezynfekującym przeznaczonym do odkażenia skóry (aby dezynfekcja była skuteczna konieczne jest wcieranie użytego środka w skórę dłoni przez czas określony przez producenta).

e. Zalecany czas przebywania w masce twarzowej

W większości instrukcji nie ma jednoznacznego określenia. Z pewnością maska zawilgocona musi zostać wymieniona na nową. Zależy to po prostu od intensywności oddychania i mówienia. Wg producenta masek pełno twarzowych „MASKPOL” filtr może być stosowany 24 godziny, ale w przypadku maski pyłochronnej (nie zawilgoconej) nie powinna być ona stosowana dłużej niż 6 godzin. Osobnym problemem może być obecność zarostu lub nietypowe rysy twarzy uniemożliwiające szczelne przyleganie maski

III. Diagnostyka

Ze względu na ogromną liczbę chorych diagnostyka będzie ograniczona do badania klinicznego składającego się z wywiadu chorobowego i badania przedmiotowego. Badania dodatkowe wykonywane będą również w ograniczonym zakresie tylko w niezbędnych przypadkach w celu podjęcia właściwej decyzji o dalszym leczeniu.

IV. Leczenie

W większości przypadków chorzy wymagają przestrzegania kilkuniedniowego reżimu łóżkowego oraz stosowania tzw. leków objawowych. Powszechnie zalecane będzie leczenie w miejscu zachorowania/zakwaterowania. W tym celu placówki ochrony zdrowia umożliwią kontakt telefoniczny lub infolinię, aby chory mógł uzyskać poradę lub wyjaśnienie jakiejś kwestii medycznej, a także wezwać pomoc medyczną w razie pogorszenia stanu ogólnego pacjenta. Przewiduje się udzielanie pomocy fachowej w formie wizyt domowych, w zależności od potrzeb – lekarskich, pielęgniarskich lub opiekuńczych sanitariuszy lub wolontariuszy.

Ze względu na bardzo dużą liczbę chorych do szpitala przyjmowani będą tylko chorzy spełniający określone kryteria. W przypadku stwierdzenia wskazań do leczenia szpitalnego chory powinien być przewiezio-

ny transportem sanitarnym do oddziału z zachowaniem wymogów izolacji i procedury dezynfekcji środka lokomocji.

V. Współpraca służb z Państwową Inspekcją Sanitarną MSWiA

1. Polegać będzie przede wszystkim na udzielaniu porad w celu osiągnięcia właściwego poziomu reżimu sanitarnego oraz prowadzenia właściwej izolacji czy kohortacji chorych funkcjonariuszy.
2. Raportowaniu przez poszczególnych komendantów i szefów służb nowych zachorowań za mijającą dobę do Państwowych Inspektorów Sanitarnych MSWiA w celu oceny bieżącej sytuacji epidemiologicznej i ewentualnego wdrożenia działań wyprzedzających. Będzie to miało niezwykle istotne znaczenie przy planowaniu zabezpieczenia kadrowego na dowolnym obszarze.
3. Wszyscy Państwowi Inspektorzy Sanitarni MSWiA na obszarze województw będą uczestniczyć w istotnych naradach poszczególnych służb lub posiedzeniach zespołów kryzysowych wojewody jako doradcy.
4. Państwowi Inspektorzy Sanitarni MSWiA w razie potrzeby prowadzić będą szkolenia i doradztwo merytoryczne w granicach swojej właściwości dla poszczególnych służb.

**Główny
Inspektor Sanitarny
Ministerstwa Spraw Wewnętrznych
i Administracji**

/ - / dr n. med. Maciej KISIEL