

# Remény és Gondoskodás Otthonápolási Szolgálat


5630 Békés, Verseny u. 7.

## INFEKCIÓKONTROLL

Telephelyek:

1. 5630 Békés, Petőfi Sándor u. 56.
2. 6000 Kecskemét, Klapka u. 9-11.
3. 6722 Szeged, Kossuth L. sgt. 21. fsz. 1.
4. 7622 Pécs, Liszt F. u. 1. fsz. 3.

Készítette:

  
**Vavrek Gabriella**  
munkavédelmi szakember  
BGK-S-012/2018

Jóváhagyta:

  
**Komlósiné Schlett Anikó**  
igazgató



Kiadás dátuma: 2024. január 19.

## Tartalomjegyzék

1. Bevezetés .....	3
2. Jogszabályi háttér .....	3
3. Rövidítések listája.....	4
4. Fogalom meghatározások .....	5
5. A kockázatértékelés jelentősége .....	7
5.1. Kockázati tényezők.....	7
5.2. Kockázatértékelési és- kezelési módszerek .....	8
6. Otthoni szakápolás.....	10
6.1. Szakápolás.....	10
6.2. Gyógytorna és fizioterápia .....	11
7. A szolgáltatónál működő infekciókontroll főbb elemei.....	11
7.1. Kéz higiénés eljárások .....	11
7.2. Fertőtlenítő kézmosás .....	11
7.3. Higiénés kézfertőtlenítés .....	12
7.4. Bőrápolás és védelem .....	12
7.5. Felületfertőtlenítés/takarítás .....	13
7.6. Rovar-, rágcsáló irtás .....	13
7.7. Antibiotikum politika .....	13
8. Fogalom meghatározások .....	13
9. Fertőzések átvitelének módjai .....	14
10. A kezek állapotával kapcsolatos követelmények.....	15
11. A kézhigiéné végrehajtásához szükséges eszközök.....	15
12. A kézmosással/kézfertőtlenítéssel kapcsolatos szabályok.....	15
12.1. A kézmosás/kézfertőtlenítés gyakorisága .....	16
12.2. A kézmosás/kézfertőtlenítés végrehajtása .....	16
12.3. A kéz bőrének védelme, kézápolás.....	17
13. Összegzés .....	18
<b>Ábrajegyzék</b>	
1. ábra A kézhigiéné 5 momentuma .....	19
2. ábra A fertőtlenítő kézmosás menete.....	20
3. ábra Az alkoholos kézbedörzsölés menete .....	21
<b>Mellékletek</b>	
1. melléklet Infekciókontroll program .....	22
2. melléklet Infekciókontroll eljárásrendek .....	23
3. melléklet Infekciókontroll oktatás és képzés .....	24
4. melléklet Egészségügyi ellátással összefüggő fertőzések surveillance-a .....	25
5. melléklet Multimodális stratégiák alkalmazása az infekciókontroll tevékenységben .....	27
6. melléklet Infekciókontroll-gyakorlat monitorozása/auditálása és az eredmények visszacsatolása .....	28
7. melléklet Munkaterhelés, személyzet .....	29
8. melléklet Infrastruktúra, tárgyi feltételek, eszközök .....	30
9. melléklet Egészségügyi ellátással összefüggő fertőzés .....	31
10. melléklet Multirezisztens kórokozó okozta fertőzés.....	32

# AZ OTTHONI SZAKÁPOLÁSSAL ÖSSZEFÜGGŐ FERTŐZÉSEK MEGELŐZÉSÉNEK ÉS FELÜGYELETÉNEK MEGERŐSÍTÉSÉRE

## 1. Bevezetés

Az egészségügyi ellátás lehetséges kedvezőtlen hatásai között az egészségügyi ellátással összefüggő fertőzések kiemelt helyet foglalnak el. A fejlett országok surveillance adatai alapján a négy leggyakoribb egészségügyi ellátással összefüggő fertőzés a pneumónia, a műtéti sebfertőzés, a véráramfertőzés és a húgyúti fertőzés.

Az egészségügyi ellátással összefüggő fertőzések elleni fellépés a betegbiztonság egyik sarokköve. Az intézményi vezetőség által támogatott, bizonyítékokon alapuló, multimodális stratégiai elemeket tartalmazó intézményi infekciókontroll-programokkal eredményesen lehet befolyásolni ezen fertőzések kialakulását és egyben csökkenteni a fertőzésekkel összefüggő morbiditást, mortalitást, többlet ráfordításokat és költségeket (pl. antibiotikum-alkalmazáshoz, többlet ápolási napokhoz és beavatkozásokhoz kapcsolódóan).

Az egészségügyi ellátással összefüggő fertőzés kockázatát nem lehet teljes egészében kiküszöbölni, tekintettel arra, hogy nem csak az ellátással összefüggő (külső) kockázati tényezőknek van szerepe (pl. eszközhasználat, műtéti beavatkozás, antibiotikum terápia), hanem a beteghez, illetve a betegséghez kapcsolódó (belső) kockázati tényezőknek is (pl. a védekezőképességet gyengítő alapbetegség, koraszülöttség, idősor), melyeknek egy része nem befolyásolható. A külső kockázati tényezők körében is vannak különbségek a kockázat mértékében: jelentősége van az alkalmazott eszköz típusának (pl. centrális vagy perifériás érkatéter), a műtéti beavatkozás típusának (pl. minimálisan invazív vagy sem, tiszta vagy kontaminált anatómiai helyen történik). Annak érdekében, hogy a betegellátás biztonsága maradéktalanul megvalósuljon, mind az intézményi kockázatoknak, mind a beteg külső és belső kockázati tényezőinek a figyelembe vétele szükséges az egészségügyi ellátással összefüggő fertőzés esetleges kialakulásának megelőzése érdekében, így a kockázatokat mind intézményi szinten, mind az egészségügyi ellátásban részesülő betegnél indokolt vizsgálni.

## 2. Jogszabályi háttér

Az országos tisztifőorvos által kiadott módszertani levelek alkalmazását a hazai fekvőbeteg-ellátó intézményekben az alábbi jogszabályok alapozzák meg, illetve írják elő:

**1997. évi XLVII. törvény** az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről

**1/2014. (I. 16.) EMMI rendelet** a fertőző betegségek jelentésének rendjéről

**20/2009. (VI. 18.) EüM rendelet** az egészségügyi ellátással összefüggő fertőzések megelőzéséről, e tevékenységek szakmai minimumfeltételeiről és felügyeletéről

**18/1998. (VI. 3.) NM rendelet** a fertőző betegségek és a járványok megelőzése érdekében szükséges járványügyi intézkedésekről

**20/1996. (VII. 26.) NM rendelet** az otthoni szakápolási tevékenységről

### 3. Rövidítések listája

**CDI:** *Clostridium difficile* infekció

**CRE:** Karbapenem rezisztens *Enterobacteriaceae*

**CRKL:** Karbapenem rezisztens *Klebsiella pneumoniae*

**ECDC:** European Centre for Disease Prevention and Control / az Európai Betegségmegelőzési és Járványügyi Központ

**EKG:** Elektrokardiográfia

**EÖF:** Egészségügyi ellátással összefüggő fertőzés

**ESBL:** Extended-spectrum beta-lactamase / Kiterjedt-spektumú béta-laktamáz

**IIAB:** Intézményi Infekciókontroll és Antibiotikum Bizottság

**ITO:** Intenzív terápiás osztály

**MACI:** Multirezisztens (imipenem/meropenemmel szemben nem érzékeny) *Acinetobacter baumannii*

**MECO:** Multirezisztens *Escherichia coli*

**MENB:** Multirezisztens *Enterobacter* spp.

**MKLE:** Multirezisztens *Klebsiella* spp.

**MPAE:** Multirezisztens *Pseudomonas aeruginosa*

**MRI:** Mágneses rezonanciás képalkotás ( MR vizsgálat)

**MRK:** Multirezisztens kórokozó

**MRSA:** Methicillin-rezisztens *Staphylococcus aureus*

**MSSA:** Methicillin-érzékeny *Staphylococcus aureus*

**MSTM:** Multirezisztens *Stenotrophomonas maltophilia*

**NNSR:** Nemzeti Nosocomialis Surveillance Rendszer

**PIC:** Perinatális intenzív centrum

**VAP:** Ventilation-associated pneumonia / Lélegeztetéssel összefüggő pneumónia

**VRE:** Vancomycin-rezisztens *Enterococcus* spp.

**WHO:** World Health Organization / Egészségügyi Világszervezet

## 4. Fogalom meghatározások

**Dekolonizáció:** Olyan intézkedések összessége, amelyeknek célja a kórokozó általi kolonizáció megszüntetése vagy csökkentése.

**Egészségügyi ellátással összefüggő fertőzés:** A betegnél, az egészségügyi dolgozónál, valamint az egészségügyi ellátással kapcsolatba kerülő más személynél (például önkéntes segítő, látogató) az egészségügyi ellátás során kialakult fertőzés.

**Egyéni elkülönítés** („egyéni izoláció”): A kolonizált/fertőzött beteg elhelyezése komfortos (saját fürdővel és WC-vel rendelkező) egyágas kórteremben, melynek előterében van külön kézmosó és alkoholos kézfertőtlenítőszer-adagoló.

**Ellátási csomag** („care bundle”): bizonyítékokon alapuló, röviden megfogalmazott, egyértelmű, evidenciákon alapuló jó gyakorlatok (általában 3-5 db) összessége, amelyek együttesen, következetesen és rutinszerűen alkalmazva igazoltan javítják a betegellátás folyamatait és a kimeneteket. Formálisan elfogadott kórházi program részeként valósítandó meg.

**Fertőtlenítés:** A fertőzés terjedését megakadályozó azon eljárás, mely során a környezetbe (felületek, eszközök, tárgyak, kéz, bőr stb.) kikerült, fertőzések kialakulásában szerepet játszó kórokozók számának csökkentése (szanációja) vagy azok elpusztítása történik különböző módszerekkel (fizikai, kémiai).

**Fertőzés:** (1) a kórokozó jelen van a szövetekben vagy testváladékokban, és helyi vagy szisztémás klinikai jelekkel és tünetekkel járó megbetegedést okoz, vagy (2) a kórokozó jelen van *normálisan steril* helyen (pl. vér, liquor, pleurális/peritoneális/perikardiális/izületi folyadék, csont, egyes belső szervek), de nem feltétlenül klinikai tüneteket okozva.

**Fertőzés-esetek:** A fertőzéseknek azon esetei, amelyek az egységes járványügyi meghatározásoknak megfelelnek. Az egységes járványügyi meghatározások célja, hogy az azonos szempontrendszer alapján gyűjtött adatok intézmények között és intézményen belül összehasonlíthatóak legyenek.

**Implementáció:** Egy javasolt intézkedés tényleges, gyakorlati megvalósítása.

**Infekciókontroll:** Az egészségügyi ellátással összefüggő fertőző betegségek kialakulásában szerepet játszó tényezők ismeretén, elemzésén alapuló, a fertőzések megelőzésére irányuló intervenciók tevékenység.

**Intézményi infekciókontroll eljárásrend:** Írásban dokumentált, közérthető, az adott intézményre és azon belül szükség szerint egyes részlegekre vagy osztályokra vonatkozó infekciókontroll eljárásrendek, szabályok, folyamatleírások gyűjteménye. Meghatározza a kórházi járványügyi adatok értékelése és az intézményi kockázatelemzés alapján, az intézmény ellátási szintjének és profiljainak megfelelően, az intézményi surveillance-ok (egészségügyi ellátással összefüggő fertőzések, antibiotikum rezisztencia, antimikrobiális szer felhasználás surveillance-a), kórokozó-szűrések, beteg elkülönítések, infekciókontroll gyakorlatok rendjét.

**Kockázatértékelés:** Olyan folyamat, melynek során azonosításra kerülnek a potenciális veszélyek, illetve azoknak a betegre vonatkozó lehetséges hatásai, valamint a kockázat csökkentése, minimalizálása érdekében szükséges lépések.

**Kohorsz elkülönítés** („kohorsz izoláció”): Az igazoltan azonos kórokozóval kolonizált/fertőzött betegek egy kórteremben történő elhelyezése abból a célból, hogy ne érintkezzenek fogékony betegekkel, és ápolásuk egy helyre korlátozódjon. Egyes esetekben (pl. járványos előfordulás) indokolt, hogy a kohorszban izolált betegeket kijelölt egészségügyi dolgozók lássák el, akik, a kórokozó további terjedésének megakadályozása érdekében, a fogékony betegek ellátásában ez idő alatt nem vesznek részt.

**Kolonizáció:** Kórokozó jelenléte a bőrön, nyálkahártyán, vagy egyéb, normálisan nem steril szövetben vagy testváladékban (pl. széklet, köpet), klinikai tünetek megléte nélkül.

**Kontaktterjedés elleni óvintézkedések** („kontakt izoláció”): a direkt vagy indirekt kontaktussal (ideértve a feko-orális úton) terjedő kórokozók átvitelét megakadályozó higiénés intézkedések összessége, amelyeket az ilyen kórokozóval vélhetően vagy igazoltan kolonizált/fertőzött beteg ellátása során kell alkalmazni. Kontakt óvintézkedéseket kell alkalmazni a multirezisztens kórokozóval kolonizált/fertőzött betegeknél is.

**Multimodális stratégia:** A multimodális stratégia néhány (3-5), az infekciókontrollt támogató, a helyi viszonyokra adaptált beavatkozás integrált/egységes végrehajtása.

Az öt leggyakoribb alkotóelem a következő: (1) átállás az új rendszerre; (2) oktatás és képzés; (3) infrastruktúra, gyakorlatok, eljárások monitorozása, adatok visszacsatolása; (4) emlékeztetők a munkavégzés helyén, kommunikáció; (5) munkahelyi kultúráváltás az intézményi biztonságos környezet kialakításával/megerősítésével.

**Multirezisztens kórokozó:** Olyan mikroorganizmusok (általában baktériumok), amelyek ellenállnak egynél több antimikrobiális hatóanyagnak, és amelyek jelentős közegészségügyi-járványügyi veszélyt jelentenek.

**Surveillance:** Olyan folyamatosan működő információs rendszer, amely standardizált definíciók és módszertan alapján validált kritériumok szerinti adatgyűjtést, elemzést, értelmezést, visszacsatolást és intervenciót tesz lehetővé.

**Standard óvintézkedések** („standard izoláció”): azon intézkedések összessége, amelyeket minden egyes beteg ellátása során alkalmazni kell a fertőzések megelőzése érdekében. Ezek a következők: a kézhigiéné gyakorlata; az egyéni védőeszközök (pl. védőkesztyű, védőköpeny) helyes használata, amennyiben vérrel, testváladékkal, szekrétummal vagy exkrétummal való érintkezés lehetősége előreláthatóan fennáll; köhögési etikett betartása; megfelelő tisztaságú környezetben, fertőtlenített/sterilizált eszközökkel történő egészségügyi ellátás; biztonságos injekciós és hulladékkezelési gyakorlat; a használt textíliák megfelelő kezelése.

**Szűrés, szűrővizsgálat:** Fertőzésre utaló klinikai tünetekkel nem rendelkező személyeknél a kórokozó jelenlétének aktív keresése, a kolonizációs státusz felderítése céljából.

## 5. A kockázatértékelés jelentősége

A fertőzési kockázatok azonosítása, becslése, jellemzése és monitorozása elengedhetetlen a hatásos infekciókontroll beavatkozások intézményi és egyéni szintű meghatározásához.

A kockázatértékelés intézményi megközelítése nem más, mint szisztematikus áttekintése annak, hogy az adott szervezeti egység szintjén milyen esetleges hiányosságok jelenthetnek infekciókontroll kockázatot és vezethetnek egészségügyi ellátással összefüggő fertőzések kialakulásához, és ezek alapján milyen intézményi beavatkozások, intézkedések, fejlesztések szükségesek (részletesen ld. az 1-8. mellékletek).

Ezzel szemben az egyéni szintű kockázatértékelésnél hangsúlyosan azon tényezők felmérése történik, amelyek az egészségügyi ellátás során az adott betegnél a fertőzés kialakulásához jelentősen hozzájárulhatnak, így például az ellátott személy egészségi állapota, 10 alapbetegségei (belső kockázati tényezők), valamint magával az ellátással összefüggő tényezők (külső kockázati tényezők, pl. eszközhasználat). Az egyéni kockázatbecslésnek először felvételkor kell megtörténnie, de egy-egy új kockázati tényező megjelenésekor (pl. műtét a felvételt követően, katéter behelyezése) újra kell értékelni a fertőzési kockázatot, és ennek ismeretében kell meghozni az esetlegesen indokolt megelőző intézkedéseket (pl. szűrés multirezisztens kórokozó előfordulására, katéter szükségességének napi felülvizsgálata). A fertőzési kockázat értékelésére és a megelőző intézkedések megalapozására értékelő mátrix és kockázati kategória-besorolás (alacsony, közepes, magas kockázat) alkalmazása szükséges (ezekről részletesen ld. a 9-10. mellékletet). A folyamat minden lépését dokumentálni kell, és valamennyi keletkezett adat és dokumentáció a betegdokumentáció része.

Az egyéni kockázatértékelés folyamata segít az egészségügyi személyzetnek azonosítani az egészségügyi ellátással összefüggő fertőzésben szenvedő vagy kórokozóval kolonizált betegeket; azonosítani az egyéb fertőző betegségben szenvedő betegeket; dönteni a beteg legmegfelelőbb elhelyezéséről, szükség esetén elkülönítéséről; valamint a fertőzés kockázatát csökkentő intézkedéseket hozni a fertőzés kockázatának leginkább kitett, sérülékeny betegcsoportok számára.

Mivel az otthoni szakápolás során jellemzően hasonló rizikótényezők vezetnek meghatározott fertőzéstípusok kialakulásához (pl. húgyúti katéterrel összefüggő húgyúti fertőzés bőr- és lágyrészfertőzés), ezért ezeknek a kockázati tényezőknek a tudatos feltárása és figyelembevétele szükséges a célirányos megelőző óvintézkedések végrehajtásához (pl. eszközhasználat minimalizálása, decubitus megelőzési eljárások protokollszerű alkalmazása).

### 5.1. Kockázati tényezők

Az egészségügyi ellátással összefüggő fertőzések kialakulásban számos kockázati tényező szerepet játszhat, és ezekkel összefüggésben ismert, hogy az otthoni szakápolásban magasabb a fertőzések kialakulásának valószínűsége. Az egyéni kockázatok szintjén a nemzetközi irodalom és a hazai surveillance adatok (NNSR) alapján ismert általános kockázati tényezők közé tartozik például a beteg egy vagy több krónikus alapbetegsége (pl. cukorbetegség), életmódja (pl. dohányzás), nagyon fiatal vagy idős életkora, immunhiányos állapota. Vannak olyan rizikótényezők, melyek kifejezetten az egészségügyi ellátásból következnek, mint például a kemoterápia, sebészeti beavatkozás, antibiotikum terápia, invazív eszközök használata, korábbi fertőzés vagy kolonizáció multirezisztens kórokozóval. A különböző fertőzéstípusoknak vannak specifikus kockázati tényezői is, így például a műtéti sebfertőzés kockázatát növelő tényező az elhúzó operáció, míg az MRK vagy a *Clostridium difficile* okozta fertőzések esetén a széles spektrumú antibiotikum terápia alkalmazása növeli a fertőzés kialakulásának kockázatát.

## 5.2. Kockázatértékelési és- kezelési módszerek

Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) kidolgozott egy, az aktív fekvőbeteg-ellátó intézmények infekciókontroll tevékenységének kulcselemeiről szóló irányelvet, mely iránymutatást ad a hatásos és hatékony intézményi infekciókontroll-programok kialakításához. Az iránymutatás az alábbi kulcselemeket foglalja magába:

1. Infekciókontroll-program
2. Infekciókontroll eljárásrendek
3. Infekciókontroll oktatás és képzés
4. Egészségügyi ellátással összefüggő fertőzések surveillance-a
5. Multimodális stratégiák alkalmazása az infekciókontroll tevékenységben
6. Infekciókontroll-gyakorlat monitorozása/auditálása és az eredmények visszacsatolása
7. Munkaterhelés, személyzet
8. Infrastruktúra, tárgyi feltételek, eszközök

A megfelelő intézményi infekciókontroll tevékenység kialakításának előfeltétele a képzett infekciókontroll-szakemberek megléte, az intézményre vonatkozó kockázatértékelés (infekciókontroll helyzetelemzés), értékelés, az azonosított infekciókontroll-problémák prioritizálása, illetve kockázatcsökkentő beavatkozások azonosítása, befoglalása a helyi éves infekciókontroll programba.

### 5.2.1. Intézményi kockázatértékelés

Annak érdekében, hogy intézményi szinten megfelelő döntések szülessenek a kockázatcsökkentő beavatkozások vonatkozásában, a WHO kidolgozta a fenti nyolc kulcselemre vonatkozó **intézményi infekciókontroll kockázatértékelő rendszert**, mely elemei a krónikus ellátást, ápolást végző intézményekben is adaptálhatóak. A WHO infekciókontroll-program kulcselemeire vonatkozó értékelő rendszere standardizált módon határozza meg az adott intézmény infekciókontroll-szintjét a jelenlegi erősségek és a meglévő hiányosságok alapján, és rávilágít a fejlesztendő területekre. Valamennyi aktív ellátó, szolgáltatást nyújtó intézménynek ezért évente legalább egy alkalommal dokumentáltan el kell végeznie önértékelés keretében az intézményi kockázatértékelést az 1-8. melléklet kitöltésével, melynek végrehajtásáért az intézmény vezetője a felelős. Mindez kulcsfontosságú a szükséges vezetői döntéshozatalhoz és felsővezetői támogatáson alapuló, konkrét, mérhető, megvalósítható, realiztikus és időszerű cselekvési terv kidolgozásához.

### 5.2.2. Egyéni kockázatértékelés

Valamennyi, az ellátást igénylő, felvételre kerülő betegnél a felvételt követő legfeljebb 72 órán belül el kell végezni az egészségügyi ellátással összefüggő fertőzés kockázatának becslését és értékelését. Az értékelést megalapozza az **Egészségügyi ellátással összefüggő fertőzés - Kockázatértékelési Adatlap** (9. melléklet) és az **Multirezisztens kórokozó/*Clostridium difficile* okozta fertőzés - Kockázatértékelési Adatlap** (10. melléklet).

Az EÖF Kockázatértékelési Adatlap és az MRK/CDI Fertőzési Kockázatértékelési Adatlap egy-egy eszköz, amelyek a leggyakoribb kockázati tényezőket és azok értékelése alapján meghatározott kockázati kategória-besorolást tartalmazzák. A táblázat pontértékei a kockázat nagyságát tükrözik: a nagyobb értékek nagyobb fertőzési kockázatot jelentenek.

A hosszú ideig tartó ellátásban részesülő betegeknél a kockázatértékelést rendszeresen, legalább havonta felül kell vizsgálni és frissíteni kell.

### 5.2.3. Intézményi kockázatkezelés

Az intézményi kockázatkezelés alapja a minden elemére vonatkozóan kitöltött intézményi infekciókontroll kockázatértékelő lap (1-8. melléklet) egyes részeinek eredménye, illetve a részeredmények összesítése. A részeredmények az egyes területeken meglévő hiányosságokat jelzik, míg az összesítéssel meghatározható, hogy az intézményi infekciókontroll szintje az elégtelen, az alap, a közepes, vagy a haladó kategóriába tartozik.

Ha az eredmény **elégtelen**, akkor az infekciókontroll legfontosabb kulcselemei hiányoznak, és jelentős fejlesztésre van szükség. Ha az értékelés **alap** szintet határoz meg, akkor az infekciókontroll kulcselemek egy része megvan, de nem elégséges az alkalmazásuk és fejlesztésre van szükség. A **közepes** kategória esetében az infekciókontroll kulcselemek nagyobb része helyben rendelkezésre áll, de az intézménynek meg kell határoznia a következő lépéseket, valamint hosszú távú terveket kell kidolgoznia annak érdekében, hogy az aktuális infekciókontroll-programokban zajló tevékenységek fennmaradjanak és fejlődjenek. A **haladó** kategóriába tartozó intézményekben folyó infekciókontroll gyakorlat teljes egészében megfelel a WHO ajánlásainak, és egyben megfelelően igazodik az intézmény helyi szükségleteihez is.

A részeredmények alapján meghatározandóak a konkrét, fejlesztendő területek.

Az értékelés alapján az Intézményi Infekciókontroll és Antibiotikum Bizottságnak (IIAB) meg kell határoznia a prioritásokat, egyben javaslatot téve rövid és hosszú távú intézkedésekre, fejlesztésekre vonatkozóan. Az intézményi vezetésnek az IIAB javaslata alapján az infekciókontrollt célzottan támogató operatív döntéseket kell hoznia, melyeket dokumentáltan és tervszerűen végre kell hajtani, például az intézmény éves infekciókontroll terve, műszaki fejlesztési terve, általános oktatási-képzési terve, illetve minőségfejlesztési terve keretében. A döntések megvalósításáért az intézmény vezetője a felelős.

### 5.2.4. Egyéni kockázatkezelés

Az **egészségügyi ellátással összefüggő fertőzések** közepes és magas kockázata esetén a kockázatot megnövelő tényezők ismeretében kell csökkenteni a fertőzések kialakulásának veszélyét (pl. eszközhasználat minimalizálása, fokozott figyelem a standard óvintézkedések és a kontakt terjedés elleni óvintézkedések maradéktalan betartására). Magas fertőzési kockázatnál emellett szükséges a beteg (és/vagy hozzátartozója) tájékoztatása erről a tényről, valamint a beteg (és/vagy hozzátartozója) oktatása a megfelelő óvintézkedésekről (pl. fokozott gondosság a kéz- és személyi higiéné vonatkozásában, részletes tájékoztatás a katéter gondozására vonatkozóan). Az egészségügyi ellátással összefüggő fertőzés magas kockázata vagy maga a fertőzés (vagy kolonizáció) általában nem jelenti akadályát a beteg másik osztályra történő áthelyezésének, az átadás előtti megfelelő kommunikáció azonban biztosítja, hogy a fogadó osztály megfelelő óvintézkedéseket hozzon a terjedés kockázatának csökkentése érdekében.

Közepes és magas **MRK kockázat** azonosításakor a betegnél felvételi szűrés indokolt (az adott MRK függvényében részletesen lásd: aktuálisan érvényes Módszertani levél a multirezisztens kórokozók által okozott fertőzések megelőzéséről), aktív fertőzés esetén mintavétel a releváns klinikai mintából, illetve szükség esetén konzultáció infektológussal és infekciókontroll szakemberrel. Magas MRK kockázat esetén izolációs óvintézkedések alkalmazása indokolt (részletesen lásd: aktuálisan érvényes Módszertani levél a multirezisztens kórokozók által okozott fertőzések megelőzéséről: „Egyéni kiértékelés alkalmazása a betegek elkülönítése vonatkozásában”), valamint a beteg (és/vagy hozzátartozó) tájékoztatása is.

Közepes és magas **CDI kockázat** azonosításakor az antibiotikumok és savcsökkentők megfontolt alkalmazása szükséges.

Az antibiotikus terápiát célszerűen, minél szűkebb hatásspektrumú készítménnyel kell végezni. A *C. difficile* szelektálódását eredményező antibiotikumokat (pl. amoxicillin/klavulánsav, széles-spektrumú cefalosporinok, fluorokinolonok, clindamycin) csak indokolt esetben szabad alkalmazni (lásd: aktuálisan érvényes Módszertani levél a *Clostridium difficile* fertőzések diagnosztikájáról, terápiájáról és megelőzéséről). Fontos a beteg (és/vagy hozzátartozó) tájékoztatása a *C. difficile* fertőzésről és annak kockázatáról, illetve arról, hogy amennyiben a beteg enterális tüneteket észlel, haladéktalanul jelezze ezt az osztályos egészségügyi dolgozók felé.

## 6. Otthoni szakápolás

Az otthoni szakápolás a beteg otthonában vagy tartózkodási helyén, háziorvosa rendelésére, szakképzett ápoló által végzett tevékenység a kórházi ellátás kiváltása céljából. Az otthoni szakápolás célja, hogy a beteg otthoni környezetben, személyre szabottan, humánus és szakszerű ápolásban részesüljön. Ezzel az ellátási formával a kórházi kezelések száma csökkenthető, illetve a bennfekvés időtartama lerövidíthető.

**Az alapellátáshoz kapcsolódó otthoni szakápolás körébe tartozó tevékenységek:**

### 6.1. Szakápolás

- Szondán át történő tápláláshoz és folyadékfelvételhez kapcsolódó szakápolási tevékenységek végzése és megtanítása,
- A tracheális kanül tisztítása, betét cseréje, a tevékenység tanítása,
- Állandó katéter cseréjéhez vagy rendszeres katéterezéshez, hólyagöblítéshez kapcsolódó szakápolási feladatok, női beteg katéterezése, beöntés
- Infúziós folyadék- és elektrolitpótláshoz parenterális gyógyszer beadáshoz kapcsolódó szakápolási feladatok,
- Baleseti és egyéb műtétek utáni szakápolási feladatok és az önellátás korlátozottsága esetén a testi higiéne biztosítása, valamint a mozgás segítése,
- Műtéti területek (nyitott és zárt sebek) ellátása, sztomaterápia és különböző célt szolgáló drének kezelésének szakápolási feladatai, szakmaspecifikus szájápolási tevékenységek műtét után,
- Dekubitálódott területek, fekélyek szakápolási feladatai,
- Betegség következményeként átmenetileg vagy véglegesen kiesett vagy csökkent funkciók helyreállításához, fejlesztéséhez vagy pótlásához kapcsolódó szakápolási feladatok: gyógyászati segédeszközök, protézisek használatának tanítása, mozgás és mozgatóeszközök használatának tanítása, hely – és helyzetváltoztatás segítése,
- Szükség esetén kiegészítő speciális eljárások alkalmazása: UH inhalálás, légzésterápia,
- Tartós fájdalomcsillapítás szakápolási feladatai,
- Haldokló beteg otthonában történő szakápolása az ellátandó feladatok megnevezésével,
- A beteg pszichés vezetését, étkezési tanácsadást és mindazon tevékenységek megtanítását, amelyet maga a beteg és/vagy családja megtehet a beteg egészsége megtartásáért, helyreállításáért vagy állapota romlásának megakadályozásáért,
- Ápolási anamnézis felvételét, az ápolási folyamat dokumentálását és jelentési kötelezettség teljesítését,
- Rendszeres kommunikációt a házi-, illetve kezelőorvossal és más, a beteg ellátásában résztvevőkkel

## 6.2. Gyógytorna és fizioterápia

Gyógytorna-, és fizioterápia körébe tartozó eljárások: Mozgásterápia, keringésjavítás, mellkasi fizioterápia, pozíciós terápia, relaxáció, masszázs, fiziotherápiás kezelések, mozgási és kényelmi segédeszközök javaslata, használatuk tanítása, családtagok tanítása a betegmozgatásra, a mozgáshoz való biztonságos környezet biztosítása.

## 7. A szolgáltatónál működő infekciókontroll főbb elemei

Ápolási szolgáltatásainkat igénybevevő emberek sokszor több szervrendszert érintő krónikus megbetegedésekkel élnek. Az idős, vagy legyengült szervezetük könnyen áldozatává válik különböző fertőző betegségeknek, emiatt különösen fontos otthonunkban a fertőző betegségek kialakulásának megakadályozása. Mivel a nővérek, gyógytornászok sok esetben egyik vizitet a másik után végzik, ezért könnyen hordozhatják magukkal a nemkívánatos kórokozókat.

### 7.1. Kéz higiénés eljárások

A kézhigiéné a biztonságos betegellátás egyik alapköve, mellyel fertőzések előzhetőek meg. E protokoll az általunk biztosított otthoni szakápolás, gyógytorna, fizioterápia, gyógymasszázs, betegfelügyelet – gondozás (továbbiakban Szolgáltatás) keretein belül alkalmazható.

A külső környezettel közvetlenül érintkezésben kerülő bőrfelületek közül a kéz bőre tekinthető a legszennyezettebbnek. A bőrfelületen megtelepedő mikroorganizmusok miatt a fertőzés terjedési mechanizmusában egyik legfontosabb közvetítő tényező a kéz. A fertőzések átvitele a betegekre leggyakrabban az egészségügyi/ellátó személyzet közvetítésével történik.

A kézhigiéné példamutató végzése, jelentőségének állandó hangsúlyozása és a végrehajtás szigorú, folyamatos ellenőrzése – az egyéb higiénés rendszabályok betartásának figyelemmel kísérése mellett – minden egészségügyi és szociális szolgáltatást végző személy fontos kötelessége.

A protokoll célja, hogy a részletezett módszerek alkalmazása által csökkentse a fertőző ágensek átviteli lehetőségeit, illetve megelőzze a járványok kialakulását az otthonápolásra specializáltan.

Azok számára, akik a higiénés kézfertőtlenítést rutinszerűen, tevékenységükhöz kapcsolódóan rendszeresen alkalmazzák, az ékszerek (gyűrűk, karkötők, karlancok) és a hosszú-, vagy műköröm használata a munkavégzés során tilos!

### 7.2. Fertőtlenítő kézmosás

*Célja:* a kéz átmeneti mikroflóra mennyiségének csökkentése és a kezeken és alkarokon található szennyeződés eltávolítása egyfázisú kézfertőtlenítő szerek használatával.

*Alkalmazása szükséges:*

- a szolgálat megkezdésekor és befejezésekor és minden esetben látható szennyeződés esetén.
- toilett használat után minden esetben,
- tüsszentés, orrfújás vagy köhögés után azonnal.

*Kivitelezése:*

Az ápolási folyamat megkezdése előtt, a szolgáltatást igénybevevő vizes blokkjában, a nővértáskában található kézfertőtlenítő szerből kell a kezekre juttatni a tisztítószert. A nedves kézre kijuttatott szappant vízzel felhabosítjuk, majd a kéz és a csukló felületén egyenletesen eldörzsöljük. A kézmosás folyamán ügyelni kell arra, hogy a környezet és a munkaruházat ne

szennyeződjön a keletkező cseppekkel! A kézmosás időtartama 30 másodperc és 1 perc között kell, hogy legyen. A higiénés kézmosás utolsó mozzanataként a szappanhabot folyó meleg vízzel le kell mosni, majd egyszer használatos papírtörölközővel, vagy levegőfúvó berendezéssel kell a kezeket megszáritani.

### **7.3. Higiénés kézfertőtlenítés**

*Célja:* a kéz átmeneti mikroflóra mennyiségének csökkentése ún. kétfázisú (alkoholos) kézfertőtlenítőszer használatával. Invazív beavatkozásokat megelőzően, még akkor is, ha a beavatkozásokhoz gumikesztyűt használnak (pl.: hólyag-katéterek bevezetése, injekció beadása, sebekkel történő kontaktus előtt és után stb.).

*Kivitelezése:*

Látható, ill. erőteljesen szennyezett kezeket a fertőtlenítés megkezdése előtt folyó langyos vízzel (ha szükséges szappannal) meg kell tisztítani úgy, hogy a környezet és a személyzet számára a keletkező cseppek a lehető legkevesebb kontaminációs kockázatot jelentsék.

Elsősorban alkoholos kézfertőtlenítő szer rutinszerű alkalmazása ajánlott!

A kézfertőtlenítéshez használt szereket (folyékony szappan, kézfertőtlenítő szerek) a nővér viszi magával, pumpás vagy spray kiszerezésben. A kézfertőtlenítő szerből a gyártó által előírt mennyiségű fertőtlenítőszeret (~3-5 ml) az adagolóból a kézre juttatjuk.

A kijuttatott fertőtlenítőszeret az alábbi lépéseknek megfelelően egyenletesen eldörzsöljük a kézfejen: tenyeret a tenyérrel összedörzsöljük ügyelve arra, hogy eközben a csukló bőrfelszíne is bedörzsölésre kerüljön! A jobb tenyeret a bal kéz háthoz, majd a bal tenyeret a jobb kéz háthoz dörzsöljük. A tenyereket az ujjak összefűzésével átdörzsöljük. Kezünket úgy dörzsöljük össze, hogy az ujjak külső része a szemben lévő tenyérrel legyen összekulcsolva. A jobb hüvelykujj, majd a bal hüvelykujj körkörös bedörzsölése. A bal tenyéren a jobb kéz összehúzott ujjbegyeit körkörösén dörzsöljük, majd a jobb tenyéren a bal kéz összehúzott ujjbegyeit.

A kézfertőtlenítés minden esetben annyi ideig kell, hogy tartson, amennyi időt a gyártó a szer használati utasításában előír. Az átlagos behatási idő 0,5-1 perc. A kézfertőtlenítés folyamata során a kezeket és az alkarokat víz nem érheti, azokat a hígítatlan fertőtlenítőszerrel kell dörzsölni.

Ügyelni kell arra, hogy a kézfertőtlenítés során a kezek/alkarok ne száradjanak meg. Amennyiben száradás következne be az előírt behatási idő letelte előtt, újabb adag fertőtlenítőszeret kell kijuttatni, és azzal folytatni a bedörzsölést. A fertőtlenítőszeret a kézre hagyni kell rászáradni.

### **7.4. Bőrápolás és védelem**

*Célja:* a kéz bőrének megóvása a berepedezéstől és a mikrotraumáktól. Az alkarok és kezek ápolása munkavédelmi és betegvédelmi célú, ugyanis a berepedezett, kisebzett bőr a kórokozók terjesztőjévé válhat. Emellett a sérült bőrfelület megfelelő fertőtlenítése nem oldható meg.

Alkalmazása szükséges: naponta több alkalommal tubusból vagy adagolóból kijuttatott ápoló vagy zsírozó krémmel. Általános dózisa személyfüggő, azonban túlzott alkalmazása kontaminációveszéllyel és fertőzésterjesztő rizikóval jár!

## 7.5. Felületfertőtlenítés/takarítás

A szolgálat irodahelyiségében egészségügyi tevékenységet nem folytatunk, betegek és vagy hozzátartozóik, a szakápolók, gyógytornászok fogadására alkalmas. Csupán a tisztítószerrel végzett takarítással mikrobiológiai tisztaság nem érhető el, ezért csak fertőtlenítő takarítási eljárás alkalmazható, és csak engedélyezett fertőtlenítő szereket alkalmazunk. A takarítás kézi erővel történik, két vödörös felmosást alkalmazva. Az egyik vödör a fertőtlenítőszeres oldatot tartalmazza, a másik üres vödörbe pedig prés segítségével távolítjuk el a szennyezett vizet. A takarítás mindig a legkevésbé szennyezett helyiség, felület felől a fokozottan szennyezett, fertőzött terület felé halad.

A beteg otthonában szükség esetén tájékoztatjuk az ellátást igénybevevőt és/vagy hozzátartozóját, hogy a megfelelő fertőtlenítő takarítás alapvető fontosságú a beteg gyógyulása szempontjából.

## 7.6. Rovar-, rágcsáló irtás

A betegségeket terjesztő vagy egészségügyi szempontból káros, miniszteri rendeletben meghatározott rovarok, rágcsálók irtásáról, és a madarak távoltartásáról a terület, épület tulajdonosa, illetve kezelője rendszeresen gondoskodik.

Az emberi test felszínén, felhámjában, és a szövetben élősködő ízeltlábúak irtása, a ruhanemű fertőtlenítése az érintett személy, illetve törvényes képviselője feladata.

## 7.7. Antibiotikum politika

Az antibiotikum politika az infékciónákontroll része. Az otthonápolási szolgáltatás során antibiotikumot kizárólag a háziorvos vagy a szakorvos rendelésére kapnak az ellátást igénybevevők, ezért gyógyszerelési, gyógyszer beadási feladatok ellátása során, csak az orvos által előírt antibiotikumot, az előírt adagban és az előírt ideig alkalmazzuk.

## 8. Fogalom meghatározások

**Kézhiigiéne:** a kezek tisztítására, fertőtlenítésére vonatkozó előírások, eljárások összessége.

**Kézmosás:** a kezek megtisztítása vízzel, szappannal, vagy antimikrobiális hatású szappannal.

**Higiénés kézfertőtlenítés:** eljárás, melynek során biocid hatóanyagot tartalmazó kézfertőtlenítő készítménnyel a kezeken (és az alkarokon) pusztítjuk el a bőr felületén lévő ún. átmeneti (tranzitórikus) mikroflórát. A higiénés kézfertőtlenítésnek két formája van: a fertőtlenítő kézmosás és az alkoholos kéz-bedörzsölés.

**Fertőtlenítő kézmosás:** eljárás antimikrobiális hatóanyagot és felületaktív anyagot (tenzidet) is tartalmazó kézfertőtlenítő készítménnyel víz hozzáadása mellett, elpusztítva a bőr felületén lévő átmeneti (tranzitórikus) mikroflórát, valamint feloldva és eltávolítva a kezeken (és az alkarokon) lévő szennyeződések (egyfázisú tisztító/fertőtlenítő hatású kézfertőtlenítés).

**Alkoholos kéz-bedörzsölés:** eljárás alkohol alapú alkalmazásával, mely a kezek bőrfelületén egyenletesen eloszlatva, majd a kéz bőrébe bedörzsölve, víz hozzáadása és letörlés nélkül csökkenti vagy gátolja a kéz bőrfelületén lévő átmeneti (tranzitórikus) mikroflórát (a higiénés kézfertőtlenítés egyik formája).

**Átmeneti (tranzitórikus) mikroflóra:** a bőr felszínén és a superficialis epitelsejtek között helyezkedik el, mely a mindennapos tevékenység során, kontaktus útján kerül a bőrfelületre.

**Tartós (reziduális) mikroflóra:** a bőr mélyebb képleteiben (szórtüszőkben, a faggyú- és verejékmirigyek kivezető csöveiben) helyezkedik el és a bőr fiziológiai működése következtében kerül a bőr felszínére. Összetétele adott személyre jellemző és állandó.

**Biocid:** hatóanyag, illetve egy vagy több hatóanyagot tartalmazó készítmény, melynek célja valamely kártékony szervezet kémiai, vagy biológiai eszközökkel történő elpusztítása. (A biocidokhoz tartoznak a fertőtlenítőszer is.)

**Fertőtlenítőszer:** egy vagy több hatóanyagot tartalmazó készítmény, amely az előírt alkalmazás mellett a kórokozók elpusztítására, inaktiválására alkalmas és ilyen célra kerül engedéllyel forgalomba, illetve felhasználásra.

**Fertőtlenítő hatású tisztítószer:** antimikrobiális hatóanyagon kívül tisztító hatású felületaktív anyagot (tenzidet) is tartalmazó készítmény, amely az előírt alkalmazás mellett a kórokozók elpusztításán kívül a szennyezett felületeken, anyagon, anyag szerkezetében lévő szennyeződések fellazítására, feloldására, eltávolítására alkalmas.

**Higiénés kézfertőtlenítő szer:** egy vagy több hatóanyagot tartalmazó készítmény, amely az előírt alkalmazás mellett elpusztítja a kéz bőr-felületén lévő átmeneti (tranzitórius) mikroflórát.

**Betegzóna:** A fogalom a WHO által javasolt kézfertőtlenítés öt alap-esetének „környezeti” megjelenítésével kapcsolatos. Tartalmazza „X” a beteget és az őt körülvevő élettelen környezetet. Ide tartozik a beteg intakt bőre, és minden olyan élettelen tárgy/eszköz/felület, melyet a beteg maga megérinthet, vagy direkt módon fizikai kontaktusba kerülhet a beteggel pl.: ágy, ágyvégek, éjjeliszekrény, ágyasztal, ágynemű, infúziós állvány, ápolási és terápiás eszközök. Ide tartoznak azok a felületek, melyeket az egészségügyi dolgozók a beteg ellátása során gyakran érintenek, pl. monitor, ajtókilincs, különböző nyomógombok, fogantyúk stb.

**Betegellátási pont:** Az a hely, ahol egyidejűleg van jelen a beteg, az egészségügyi dolgozó és az ápolás/ellátás/gyógyítás aktusa; ahol érintkezés történik a beteggel és az őt körülvevő környezettel a betegzónán belül. A fogalom a szükséges kézfertőtlenítés elvégzésének tényleges helyét (ott, ahol az egészségügyi szolgáltatás ténylegesen megtörténik) jelöli meg. Azaz a kézfertőtlenítő szernek (lehetőleg alkoholos kéz-bedörzsölő szernek) ott kell rendelkezésre állnia, vagy a legkönnyebben elérhetőnek lennie, ahol a tényleges betegellátás történik. A kézfertőtlenítő szernek a betegzónában kell elérhetőnek lennie.

## 9. Fertőzések átvitelének módjai

**Direkt transzmisszió:** a beteg és a Szolgáltatást végző dolgozó direkt fizikai kontaktusa (pl.: kézfogás, fizikális vizsgákat, fürdetés, testvadás, stb.) során átvitt fertőzés. Ide tartoznak például a Staphylococcus aureus, Gram negatív baktériumtörzsek, HAV, HBV és HIV okozta fertőzések.

**Indirekt transzmisszió:** passzív átvitel, közvetítő felület (pl.: fonendoszkóp és egyéb orvostechikai eszközök, kilincs) által terjedő fertőzések (pl. Acinetobacter spp., Stenotrophomonas maltophilia, Salmonella spp., Pseudomonas spp. okozta fertőzések).

**Cseppfertőzés:** 1-1,5 méter távolságon belül levő beteg a Szolgáltatást végző dolgozó közötti; köhögés, tüsszentés, beszélgetés és légúti leszívás során, nagy cseppekkel (> 5 µm) átvihető fertőzések (pl.: Staphylococcus aureus, Neisseria meningitidis, Influenza- és Adenovirusok).

**Légúti transzmisszió:** levegőben nagy távolságokra eljutó, 5 µm-nél kisebb cseppekkel terjedő infekciók. Ide tartoznak a Mycobacterium tuberculosis, SARS- coronavirus és VZV okozta fertőzések.

## 10. A kezek állapotával kapcsolatos követelmények

A köröm toilette rendszeres végzése nagyban elősegíti a kéz megfelelő higiénés állapotát. A köröm toilette terjedjen ki a körömrre, a köröm alatti területre, a körömágyra, valamint a köröm körüli bőrképletekre. A köröm toilette végzése során ügyelni kell arra, hogy a körömágy ne sérüljön. A körömöknek rövideknek, az ujjbegyeket meg nem haladó hosszúságúaknak és lekerekített (legömbölyített) végűeknek kell lenniük. Munkavégzés közben gyűrűk, műkörömök, festett körömök, karkötők, karóra viselése tilos. Sebes, ekcémás, egyéb gyulladássos bőrfolyamat esetén közvetlen betegellátás nem végezhető.

## 11. A kézhigiéne végrehajtásához szükséges eszközök

A kézhigiéne kivitelezéséhez szükséges strukturális elemek

- fali folyékonyszappan-adagoló,
- fali kézfertőtlenítőszer adagoló,
- kézápolószer,
- fali papírtörölő adagoló vagy fali egyszer használatos textiltörölő adagoló készülék.

A kézhigiéne kivitelezéséhez szükséges eszközöket, a helyi kézhigiénés gyakorlat függvényében, az alábbi helyiségek kézmosó kagylói mellé kell felszerelni: szociális helyiségek, konyha.

## 12. A kézmosással/kézfertőtlenítéssel kapcsolatos szabályok

- Szappannal és folyó, langyos vízzel történő kézmosást munkába lépéskor, étkezés előtt, WC-használat után végezzünk.
- Fertőtlenítő kézmosást, azaz egyfázisú tisztító fertőtlenítő szerrel történő kézfertőtlenítést akkor kell végezni, ha a kézen látható szennyeződés van.
- Alkoholos kézfertőtlenítő szerrel történő higiénés kézfertőtlenítést (ún. alkoholos kéz-bedörzsölést) kell végezni minden olyan munkavégzés előtt, illetve után, mikor a kezeken látható szennyeződés nincs. Az alkoholos kéz-bedörzsölő alkalmazása a Szolgáltatások során rutin tevékenység.
- A szappannal és folyóvízzel történő kézmosás, illetve egyfázisú tisztító fertőtlenítő szerrel történő higiénés kézfertőtlenítés után a kezek szárítását egyszer használatos papírtörölközővel, vagy automata textiltörölköző-adagolóval (pl. CWS törölköző-adagoló) kijuttatott, rolnis, egyszer használatos textiltörölközővel lehet végezni.
- Többször használható textiltörölköző használata tilos!
- A kézmosáshoz/kézfertőtlenítéshez szükséges folyékony szappant, alkoholos kézfertőtlenítő készítményt, fertőtlenítő hatású folyékony-szappant mechanikus (alkarral, könyökkel, vagy lábpedállal működtethető), illetve elektromos szenzoros fali adagolóból kell kijuttatni. Kivételt képeznek a kis kiserelésű (30-100 ml-es), személyre szóló (nyakba akasztható, illetve zsebben hordozható kivitelű) műanyag-flakonban lévő alkoholos (oldat, vagy gél) kézfertőtlenítő készítmények, melyeket a személyzet munkavégzés alatt magánál tart és csak ő használ.

## 12.1. A kézmosás/kézfertőtlenítés gyakorisága a WHO javaslata alapján (1. ábra)

Kezet kell mosni/fertőtleníteni, tekintet nélkül a kesztyűviselésre:

- beteggel történő kontaktus előtt,
- aszeptikus beavatkozás előtt,
- testváladékkal történő kontaktus után,
- a beteggel történő érintkezést követően,
- a beteg környezetének érintését követően.
- fertőzött eszközök, tárgyak, műszerek érintése,
- kezelése után,
- védőkesztyű levétele után,
- olyan tevékenység megkezdése előtt, melynél különösen fennáll a fertőződés, szennyeződés veszélye (pl. etetés, itatás, gyógyszerelés, pelenkázás, infúzió-keverék előkészítése, előállítás).

## 12.2. A kézmosás/kézfertőtlenítés végrehajtása

### 12.2.1. A folyékony szappanos-, antimikrobiális hatású folyékony szappanos kézmosás végrehajtása

A kéz teljes felületének befedéséhez szükséges, fali adagolóból kijuttatott folyékony szappant juttassunk az egyik kézre. Ezt követően kevés vízzel történt habképzés mellett oszlassuk el a szappant mindkét tenyéren, majd az egész kéz felületén. A kézmosás befejezése után öblítsük le a kezeket folyó, langyos vízzel az ujjak végén kezdve a csukló irányába. (A kezek leöblítésére forró víz nem alkalmas, mert megnövelheti a dermatitisz kockázatát.) A csap elzárását ún. orvosi csaptelep esetén alkaral, vagy könyökkel végezzük, orvosi csaptelep hiányában a csapot papírtörölközővel zárjuk el. A kezek szárítását papírtörölközővel, vagy automata, rolnis, egyszer használatos textiltörölközővel végezzük. (2. ábra)

### 12.2.2. Kézfertőtlenítés végrehajtása alkoholos kézfertőtlenítő szerrel (alkoholos kéz-bedörzsöléssel)

A kézfertőtlenítést úgy végezzük, hogy fali adagolóból, vagy a személyre szóló, kis kiserelésű flakomból a gyártó/forgalmazó ajánlása szerint (a kéz méretétől függően) készítményt (oldat, vagy gél) juttatunk az egyik tenyérbe, majd ezt a kéz egész felületén eloszlatjuk úgy, hogy a kezeken kezeletlen rész ne maradjon, és az alábbi ábra szerint kíméletesen a kéz bőrébe dörzsöljük száradásig. A bedörzsölés időtartama – adott készítmény használati utasításának megfelelően – általában 20-30 másodperc. Fontos, hogy a bedörzsölés időtartama alatt a kezeket víz nem érheti, a bedörzsölés egész időtartama alatt a bőrfelszínnek a fertőtlenítőszerrel átítatottnak kell lennie! (3. ábra)

### 12.2.3. Fertőtlenítő kézmosás fertőtlenítő hatású folyékony szappannal (egyfázisú kézfertőtlenítés)

A kézfertőtlenítő szappanok közös jellemzője, hogy az antimikrobiális hatóanyag/hatóanyagokon kívül szennyoldó, szennyeltávolító hatású felületaktív anyagokat (tenzideket), valamint bőrvédő adalékanyagokat is tartalmaznak. Előnyük, hogy a fertőtlenítő kézmosás időtartama alatt a bőr felületén lévő átmeneti (tranzitórikus) mikroflóra elpusztításán kívül feloldják a bőrön lévő szennyeződések, és a készítmény leöblítésekor ezek a szennyeződések eltávolíthatók. Ezekkel a készítményekkel akkor kell végezni fertőtlenítő kézmosást, amikor a kezek szemmel láthatóan szennyannyal (váladékkal, stb.) kontaminálódtak. Ebben az esetben a mikrobák elpusztításán kívül a szennyeződés eltávolítása is a cél. A fertőtlenítő kézmosást úgy végezzük, hogy fali adagolóból a gyártó/forgalmazó javaslata szerint (a kezek méretétől függően 2-5 ml) készítményt az egyik tenyérbe adagolunk, majd ezt mindkét kézen egyenletesen eloszlatjuk. A készítményből egy kevés langyos víz hozzáadásával habot képezünk, majd a kéz bőrén kíméletesen eldörzsöljük az adott készítmény használati utasításának megfelelő behatási (expozíciós) ideig. Ez általában 30 másodperc. A behatási idő letelte után a készítményt folyó, langyos vízzel alaposan öblítsük le, majd a kezeket szárítsuk meg. A művelet sor a 2. ábrán figyelhető meg.

### 12.3. A kéz bőrének védelme, kézápolás

A szappanok, illetve kézfertőtlenítő szerek rendszeres használata esetén még a legkiválóbb készítmények is előidézhetik a kéz bőrének esetleges kiszáradását, a bőr érdessé, repedezetté válik, sőt erre érzékeny személyeknél bőrirritáció, néha enyhe bőrgyulladás is kialakulhat. Az így kialakult mikrotraumás elváltozások lehetőséget teremtenek a mikroorganizmusok elszaporodásának és a bőr így potenciális fertőző-forrássá válik. Az ilyen bőrt már nem lehet hatásosan megtisztítani, fertőtleníteni. Ezért nagyon fontos az egészségügyi szolgáltatásban résztvevő személyek kéz bőrének folyamatos ápolása és puhán tartása. A bőr ápolás céljára különböző speciális készítmények kerülnek forgalomba. A kéz ápoló készítményekkel kapcsolatos fontos higiénés követelmény, hogy ezek nem tartalmazhatnak patogén mikroorganizmusokat! A bőr ápoló készítményeket vagy fali adagolóból, vagy tubusból (flakomból) kell a kézre/alkarra kijuttatni. (A kéz ápoló krém tégelyből történő alkalmazása – a kontaminációs rizikó miatt – nem megengedett.) Flakonos kiszerelés esetén a flakont egyszer használatosnak kell tekinteni, újra tölteni nem szabad!

### 13.Összegzés

Az egészségügyi szolgáltatást nyújtó szervezeten belül egységes módszertani felmérést követően megállapítható, hogy az otthoni szakápolásban az egészségügyi ellátással összefüggő fertőzések kialakulásának valószínűsége **közepes kockázatú**.

Az intézményi kockázatértékelő rendszer minden elemére vonatkozóan kitöltött intézményi infektókontroll kockázatértékelő lapok eredményét tekintve megállapítható, hogy az otthoni szakápolás infektókontroll szintje a **közepes kategóriába** tartozik.

Továbbá megállapítható, hogy a **Remény és Gondoskodás Otthonápolási Szolgálat** intézményében az alkalmazott munkavállalók gyakorlottak, a megfelelő szakképesítéssel rendelkeznek, egészségi állapotuk ellenőrzése folyamatos (előzetes, időszakos munkaköri alkalmassági vizsgálat) a vonatkozó rendeletnek megfelelően foglalkozás – egészségügyi szakorvos által biztosított. Egyéni védőeszköz ellátottságuk megfelelő, dokumentált.

A munkavégzés alatt nagyon fontos a biztonságtechnikai előírások ismerete, betartása és alkalmazása. Ennek megfelelően a munkavállalók oktatásban részesültek, mely oktatás kiterjed a fertőzések kialakulásának és terjedésének megelőzésére, az intézményi jellemzőkre, betegbiztonsági és ellátási tapasztalatokra, valamint az alkalmazható infektókontroll óvintézkedésekre.

A vizsgált területek teljeskörűen ellenőrzöttek, valamint a jelenleg érvényben lévő jogszabályoknak megfelelően működnek.

Az infektókontroll eredménye alapján az infektókontroll kulcselemek nagyobb része helyben rendelkezésre áll, de az intézménynek hosszú távú terveket kell kidolgoznia (éves infektókontroll terv, műszaki fejlesztési terv, általános oktatási-képzési terv) annak érdekében, hogy az aktuális infektókontroll-programokban zajló tevékenységek fennmaradjanak és fejlődjenek. A munkavállalókat érő kockázat szintjének követése folyamatos, felelőse az igazgató.

**Következő infektókontroll felülvizsgálatának ideje: 2025. január**

Békés, 2024. január 19.

  
**Komlósiné Schlett Anikó**  
Igazgató




**Vavrek Gabriella**  
munkavédelmi szakember



# A fertőtlenítő kézmosás menete

Látható szennyeződés esetén végezzünk fertőtlenítő kézmosást, egyébként kézhigiéniéhez alkalmazzunk alkoholos kézbedörzsölést.

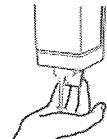
 **A művelet időtartama: 40-60 másodperc**

**0**



Nedvesítsük be vízzel a kezünket.

**1**



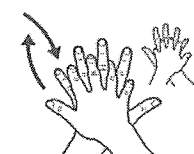
Adagoljunk megfelelő mennyiségű (folyékony) szappant a tenyerébe.

**2**



Dörzsöljük össze a két tenyerünket.

**3**



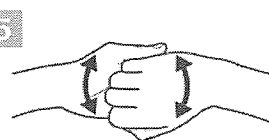
Dörzsöljük az egyik tenyerünkkel a másik kéz kézfejét úgy, hogy aközben az ujjakat összefonjuk. Váltott kézzel ismételjük meg.

**4**



Dörzsöljük össze a két tenyeret úgy, hogy az ujjakat összefűzzük.

**5**



Dörzsöljük az egyik kéz tenyerével a másik kéz ujjainak hátát úgy, hogy az ujjak horogszerűen összeakaszkodnak. Váltott kézzel ismételjük meg.

**6**



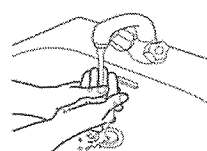
Markoljuk meg az egyik hüvelykujjat és körkörös mozdulattal dörzsöljük, majd váltsunk kezet.

**7**



Az egyik kéz ujjbegyeit dörzsöljük a másik kéz tenyeréhez körkörös, oda-vissza, majd váltsunk kezet.

**8**



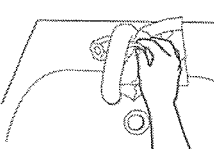
Folyóvízzel alaposan öblítsük le a kezét.

**9**



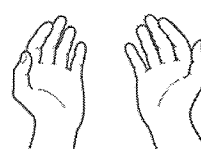
Kézszáritáshoz egyszerűhasználatos papírtörülőt alkalmazzunk.

**10**



A vízcapot a papírtörülő segítségével zárjuk el (vagy könyökkel a könyökkaros orvosi csaptelepet).

**11**



Kezeink biztonságosak.



Egészségügyi Ellátórendszerek Szakmai Műhelyének Kézhigiéniához készített útmutatója alapján.

Translated with the permission of the publisher.  
Based on the "How to Handrub?"  
[https://www.who.int/gpsc/5may/How\\_To\\_HandRub\\_Poster.pdf](https://www.who.int/gpsc/5may/How_To_HandRub_Poster.pdf)  
© World Health Organisation 2009.



SZÉCHENYI 2020

Európai Unió  
Európai Szociális  
Alap



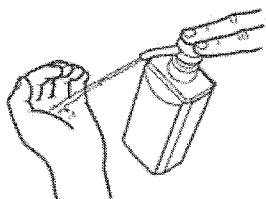
BEFÉKTETÉS A JÖVŐBE

# Az alkoholos kézbedörzsölés menete

Kézhygiénéhez alkalmazzunk alkoholos bedörzsölést. Antibakteriális szappanos kézmosást akkor alkalmazzunk, ha a kezek láthatóan szennyezettek

**A művelet időtartama: 30 másodperc**

1.

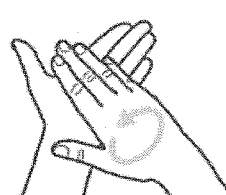


Adagolóból megfelelő mennyiségű kézfertőtlenítő szert juttassunk a tenyérbe.

1b.

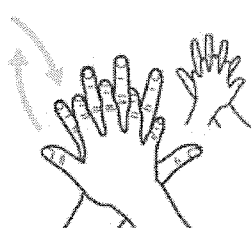


2.



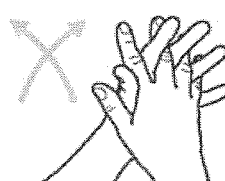
Dörzsöljük össze a tenyerünket.

3.



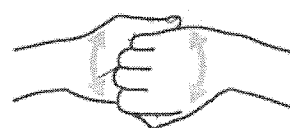
Dörzsöljük az egyik tenyerünkkel a másik kéz kézfejét úgy, hogy közben az ujjakat összefonjuk. Váltott kézzel ismételjük meg.

4.



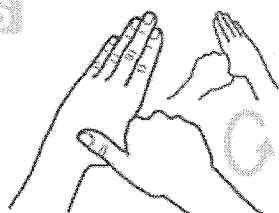
Dörzsöljük össze a két tenyeret úgy, hogy az ujjakat összefűzzük.

5.



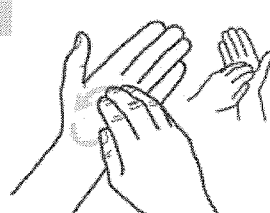
Dörzsöljük az egyik kéz tenyerével a másik kéz ujjainak hátát úgy, hogy az ujjak horogszerűen összeakaszkodnak. Váltott kézzel ismételjük meg.

6.



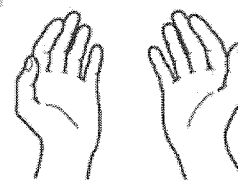
Markoljuk meg az egyik hüvelykujjat és körkörös mozdulattal dörzsöljük, majd váltsunk kezet.

7.



Az egyik kéz ujjbegyeit dörzsöljük a másik kéz tenyeréhez körkörös, majd váltsunk kezet.

8.



Száradás után kezeink biztonságosak



World Health Organization



Ne adjunk esélyt a kórokozónak

Kedde: Az Országos Tisztifőorvosi Hivatal

1. Infekciókontroll – program		
Kérdés	Válasz	
1. Rendelkezésre áll-e infékcókontroll program	<u>igen</u>	nem
2. Támogatja-e az infékcókontroll-programot egy infékcókontroll-csoport, amelynek infékcókontroll-szakemberek a tagjai?	<u>igen</u>	nem
3. Van-e legalább 1 teljes munkaidőben az infékcókontrollal foglalkozó vagy ezzel megbízott szakember?	igen	<u>nem</u>
4. Az infékcókontroll-csoport tagjainak vagy a feladattal megbízott szakembernek van-e meghatározott munkaideje, amikor kizárólag infékcókontroll-tevékenységet végezhetnek?	<u>igen</u>	nem
5. Az infékcókontroll-csoportnak orvosok és <u>nővérek</u> is tagjai?	<u>igen</u>	nem
6. Van-e Infékcókontroll Bizottság vagy azzal ekvivalens bizottság, amely aktívan támogatja az infékcókontroll-csoportot?	igen	<u>nem</u>
7. Amennyiben van Infékcókontroll Bizottság, mely szakmacsoportok képviseltetik magukat ezen Bizottságban?	igen	<u>nem vonatkozik</u>
8. Vannak-e egyértelműen meghatározott infékcókontroll célkitűzések a kritikus területekre vonatkozóan?	<u>igen</u>	nem
9. A vezetőség elkötelezetten-e támogatja az infékcókontroll-programot?	<u>igen</u>	nem
10. A szervezet rendelkezik-e (saját vagy kiszervezett) mikrobiológiai laboratóriumi háttérrel a mindennapi gyakorlat számára?	<u>igen</u>	nem

2. Infekciókontroll eljárásrendek		
Kérdés	Válasz	
1. A szervezeten belül rendelkezésre áll-e kellő szakértelem a helyi eljárásrendek kidolgozásához és adaptálásához?	<u>igen</u>	nem
2. A szervezet rendelkezik infektókontroll eljárásrendekkel az alábbiakra vonatkozóan?	<u>igen</u>	nem
Standard izolációs óvintézkedések	<u>igen</u>	nem
Kézhygiéné	<u>igen</u>	nem
Terjedésalapú óvintézkedések	<u>igen</u>	nem
Járványok felügyelete / gyorsreagálás	<u>igen</u>	nem
Műtéti sebfertőzés-megelőzés	<u>igen</u>	nem
Véráramfertőzések megelőzése (eszközhasználatl összefüggő)	<u>igen</u>	nem
Pneumónia megelőzése (eszközhasználatl összefüggő)	<u>igen</u>	nem
Húgyúti fertőzések megelőzése (eszközhasználatl összefüggő)	<u>igen</u>	nem
Multirezisztens kórokozók okozta fertőzések megelőzése	<u>igen</u>	nem
Fertőtlenítés és sterilizálás	<u>igen</u>	nem
Egészségügyi dolgozók foglalkozás-egészségügyi védelme és biztonsága	<u>igen</u>	nem
Biztonságos injekció-beadás	<u>igen</u>	nem
Hulladékkezelés	<u>igen</u>	nem
Antibiotikum stewardship	<u>igen</u>	nem
3. Amennyiben rendelkezésre állnak helyi eljárásrendek, összhangban vannak-e a nemzeti, nemzetközi irányelvekkel?	<u>igen</u>	nem
4. A nemzeti, nemzetközi irányelvek adaptálása során figyelembe vették-e a helyi körülményeket (szükségleteket, forrásokat), megőrizve az infektókontroll kulcselemeket?	<u>igen</u>	nem
5. A betegágy melletti ellátásban, ápolásban részt vevő egészségügyi dolgozókat – az infektókontroll-szakemberek mellet – bevonják-e a helyi eljárásrendek kialakításába és azok megvalósításába?	<u>igen</u>	nem
6. A vezető beosztású személyeket – az infektókontroll-szakemberek mellet – bevonják-e a helyi eljárásrendek kialakításába és azok megvalósításába?	<u>igen</u>	nem
7. Az egészségügyi dolgozók képzése célzottan megtörténik-e minden új vagy felülvizsgált helyi eljárásrend kiadásakor?	<u>igen</u>	nem
8. Monitorozzák-e legalább néhány helyi eljárásrend alkalmazását?	<u>igen</u>	nem

3. Infekciókontroll oktatás és képzés		
Kérdés	Válasz	
	1. Rendelkezésre áll-e az infekciókontroll vagy infektológia területén képzett szakember az infekciókontroll-oktatás szakmai irányításához?	<u>igen</u>
2. Az infekciókontroll-csoporton kívül van-e megfelelő infekciókontroll-ismeretekkel bíró dolgozó, aki szerepet tud vállalni a képzésben? (pl. infekciókontroll kapcsolattartó ápoló, orvos vagy más szakember, aki vezető szerepet játszik a jó infekciókontroll gyakorlatok alkalmazásában)	<u>igen</u>	nem
3. Milyen alkalmakkor képzik az egészségügyi dolgozókat infekciókontroll-témában?	<u>újonnan belépő dolgozók belépéskor és rendszeresen</u>	soha vagy ritkán
4. Milyen alkalmakkor képzik a takarítókat és az egyéb, a betegellátásban tevékeny dolgozókat infekciókontroll-témában?	<u>újonnan belépő dolgozók belépéskor és rendszeresen</u>	soha vagy ritkán
5. Részesítik-e általános infekciókontroll képzésben az adminisztratív/nem klinikai menedzsment tevékenységet végző dolgozókat?	<u>igen</u>	nem
6. Hogyan képzik az egészségügyi dolgozókat és az egyéb személyzetet?	<u>szóbeli információk visszakérdezéssel</u>	nincs képzés
7. Van-e időszakos értékelés a képzési programok hatékonyságáról? (pl. kézhigiénés alkalmak megfigyelése, tudásfelmérés)	<u>igen</u>	nem
8. A <u>klinikai gyakorlatnak</u> és a más területen dolgozók képzésének része-e az infekciókontroll-képzés?	<u>igen</u>	nem
9. Oktatják-e a betegeket vagy hozzátartozókat az egészségügyi ellátással összefüggő fertőzések lehetőségének minimalizálása érdekében? (pl. immunszupprimált betegek, invazív eszközös betegek, MRK hordozó/fertőzött betegek esetén)	<u>igen</u>	nem
10. Van-e folyamatos képzési program az infekciókontroll-csoport tagjai számára? (pl. konferenciákon, külső tanfolyamokon való részvétel)	<u>igen</u>	<u>nem</u>

4. Egészségügyi ellátással összefüggő fertőzések surveillance-a		
Kérdés	Válasz	
<b>4.1. A surveillance szervezése</b>		
1. A surveillance alapvető és jól meghatározott eleme-e a helyi infekciókontroll-programnak?	<u>igen</u>	nem
2. Vannak-e felelősök a surveillance tevékenység végzésére?	<u>igen</u>	nem
3. A surveillance tevékenység felelősei rendelkeznek-e alap epidemiológiai, surveillance és infekciókontroll képzettséggel?	<u>igen</u>	nem
4. Van-e informatikai támogatás a surveillance végzéséhez? (pl. informatikai eszközök, mobil technológia, elektronikus betegdokumentáció)	<u>igen</u>	nem
<b>4.2. Surveillance prioritások az ellátás területéhez igazítva</b>		
5. Van-e olyan helyi gyakorlat, melynek során meghatározzák a lehetséges surveillance célokat kijelölő eu. ellátással összefüggő fertőzéseket? (azon fertőzések azonosítása, amelyek leginkább felelősek a morbiditásért és mortalitásért)	<u>igen</u>	nem
<b>6. Folytatnak-e surveillance tevékenységet az alábbiakra vonatkozóan?</b>		
műtéti sebfertőzésekre (amennyiben nincs műtéti tevékenység helyben, automatikusan „Igen” a válasz)	<u>igen</u>	nem
eszközhasználatlaltal összefüggő fertőzésekre (pl. katéterhasználatlaltal összefüggő húgyúti fertőzés, centrális, illetve perifériás vénás érkatéterrel összefüggő véráramfertőzés, lélegeztetéssel összefüggő pneumónia)	<u>igen</u>	nem
klinikai kép alapján definiált fertőzésekre (pl. klinikai jeleken/tüneteken alapuló meghatározás mikrobiológiai teszt hiányában)	<u>igen</u>	nem
multirezisztens kórokozó hordozására vagy általa okozott fertőzésekre	<u>igen</u>	nem
helyi, nem specifikus, jellemzően járványosan előforduló fertőzésekre (pl. norovírus, influenza, stb.)	<u>igen</u>	nem
kockázati csoportba tartozók fertőzéseire (pl. újszülöttek, égési sérültek, ITO-n fekvők, immunszupprimáltak) (amennyiben helyben nem látnak el ilyen betegpopulációt: „Igen” a válasz)	<u>igen</u>	nem
fertőzésekre, amelyek veszélyeztethetik az egészségügyi dolgozókat klinikai, laboratóriumi vagy egyéb munka során (pl. hepatitis B, C; HIV; influenza)	<u>igen</u>	nem
7. Rendszeresen értékelik-e, hogy a surveillance tevékenység összhangban van-e a helyi igényekkel és prioritásokkal?	<u>igen</u>	nem
<b>4.3. Surveillance módszerek</b>		
8. Standardizált esetdefiniációt használnak-e (nemzeti/nemzetközi surveillance-nak megfelelő számláló és nevező, pl. ECDC definiciók) vagy szakértői konzultáció előzte-e meg az alkalmazott esetdefiniáció adaptálását?	<u>igen</u>	nem

9. Standardizált adatgyűjtési módszereket (pl. incidencia surveillance) alkalmaznak-e, a nemzeti/nemzetközi surveillance rendszereknek megfelelően (pl. ECDC), vagy szakértői konzultáció előzte-e meg az alkalmazott adatgyűjtési módszer adaptálását?	<u>igen</u>	nem
10. Felülvizsgálják-e rendszeresen a gyűjtött surveillance adatok minőségét? (pl. betegdokumentáció áttekintése, mikrobiológiai eredmények áttekintése, nevező adatok meghatározása)	<u>igen</u>	nem
11. Adekvát mikrobiológiai és laboratóriumi kapacitás áll-e rendelkezésre a surveillance-hoz?	<u>igen</u>	nem
<b>4.4. Adatok elemzése és visszacsatolása, felhasználása</b>		
12. A surveillance adatokat felhasználják-e osztályos vagy intézményi szintű infekciókontroll-fejlesztési tervek készítéséhez?	<u>igen</u>	nem
13. Az antibiotikum-rezisztencia viszonyokat rendszeresen elemzik-e? (pl. negyedévente/félévente/évente)	<u>igen</u>	nem
14. Rendszeresen (pl. negyedévente/félévente/évente) visszajelzik-e az aktuális surveillance adatokat az alábbi szereplőknek?		
a közvetlen betegellátásban résztvevő egészségügyi dolgozóknak (orvosoknak, ápolóknak)	<u>igen</u>	nem
klinikai vezetőknek/osztályvezetőknek	<u>igen</u>	<u>nem</u> <u>vonatkozik</u>
Infekciókontroll Bizottságnak	<u>igen</u>	<u>nem</u>
nem klinikai vezetőségnek/adminisztratív személyzetnek/menedzsmentnek	<u>igen</u>	<u>nem</u>
15. Milyen módon csatolják vissza az aktuális surveillance adatokat (legalább évente)?	<u>írásbeli/szóbeli közlés</u>	nincs visszacsatolás

5. Multimodális stratégiák alkalmazása az infekciókontroll tevékenységben		
Kérdés	Válasz	
1. Alkalmaznak-e multimodális stratégiát az infekciókontroll-intézkedések implementációjára?	<u>igen</u>	nem
2. Amennyiben multimodális stratégiát alkalmaznak, létrehoztak-e egy multidiszciplináris csoportot az intézkedések implementációjára?	igen	<u>nem</u>
3. Van-e kapcsolat a minőségfejlesztési osztály/részleg munkatársaival a multimodális stratégiák kidolgozására és bevezetésük támogatására?	igen	<u>nem</u>
4. Ezek a stratégiák magukban foglalnak-e ellátási csomagokat vagy ellenőrzőlistákat?	<u>igen</u>	nem
5. A helyi multimodális stratégia magában foglalja-e az alábbi elemeket?		
ÁTÁLLÁS AZ ÚJ RENDSZERRE	<u>igen</u>	nem
OKTATÁS ÉS KÉPZÉS	<u>igen</u>	nem
MONITOROZÁS ÉS VISSZACSATOLÁS	<u>igen</u>	nem
KOMMUNIKÁCIÓ ÉS EMLÉKEZTETŐK	<u>igen</u>	nem
SZERVEZETI BIZTONSÁGOS KÖRNYEZET ÉS TÁMOGATÓ INTÉZMÉNYI KULTÚRA	<u>igen</u>	nem

6. Infekciókontroll-gyakorlat monitorozása/auditálása és az eredmények visszacsatolása		
Kérdés	Válasz	
1. Vannak-e képzett szakemberek, akik az infekciókontroll tevékenységek monitorozásáért/auditálásáért, valamint a visszacsatolásért felelősek?	<u>igen</u>	nem
2. Van-e jól körülhatárolt monitoring/audit terv egyértelmű célkitűzésekkel, célértékekkel és tevékenységekkel? (beleértve a szisztematikus adatgyűjtéshez szükséges eszközöket)	<u>igen</u>	nem
3. A folyamatokat és indikátorokat monitorozzák/auditálják? (Kézhygiénés compliance, sebészeti kötések cseréje, orvostechnikai felszerelések, eszközök fertőtlenítése és sterilizálása, alkoholos kézfertőtlenítőszer- vagy egyfázisú kézfertőtlenítőszer-fogyás, antimikrobiális szerek felhasználása, hulladékkezelés)	<u>igen</u>	nem
4. Milyen gyakran alkalmazzák a WHO kézhygiénés önértékelő rendszerét?	<u>legalább évente</u>	soha
5. Visszacsatolják-e rendszeresen az infekciókontroll-tevékenység monitorozásának/auditjának eredményeit (pl. negyedévente/félévente/évente)?	<u>igen</u>	nem
6. Történik-e rendszeres jelentés a monitorozott/auditált adatokról (évente legalább egyszer)?	<u>igen</u>	nem
7. Az infekciókontroll-indikátorok mérése és visszacsatolása szankciómentes intézményi környezetben történik-e, a fejlődés és attitűdök javítása céljából?	<u>igen</u>	nem
8. Felméri-e a betegbiztonság szervezeti kultúrájának tényezőit?	<u>igen</u>	nem

7. Munkaterhelés, személyzet		
Kérdés	Válasz	
<b>Dolgozói létszám</b>		
1. Alkalmazzák-e a WHO munkaerőigényre vonatkozó munkaterhelési indikátorait (vagy azzal egyenértékű nemzeti értékelési eszközt) az egészségügyi dolgozók létszámszükségletének felmérésére?	<u>igen</u>	nem
2. Megvalósul-e a nemzeti/nemzetközi ajánlásoknak megfelelő dolgozói létszám (egészségügyi dolgozó/beteg arány)?	<u>igen</u>	nem
3. Történik-e rendszerszintű intézkedés, ha a létszámszükséglet-felmérés eredményei szerint a dolgozói létszám túl alacsony?	<u>igen</u>	nem

8. Infrastruktúra, tárgyi feltételek, eszközök		
Kérdés	Válasz	
<b>8.1. Vízellátás</b>		
1. A vízellátás minden időben, a kellő mennyiségben, minden célra biztosított-e? (pl. kézmosás, személyi higiéné, egészségügyi tevékenységek, sterilizáció, dekontamináció, takarítás és mosás céljára)	<u>igen</u>	nem
2. Van-e állandóan hozzáférhető, biztonságos ivóvíz-vételezési pont a dolgozók, a betegek és a hozzátartozók számára?	<u>igen</u>	nem
<b>8.2. Kézhygiéne, általános higiéné</b>		
3. Rendelkezésre áll-e funkcionálisan használható kézhigiénés egység (alkoholos kézbedörzsölő vagy szappan, víz és tiszta, egyszerhasználatos kéztörölő) a betegellátás valamennyi pontján?	<u>igen</u>	nem
4. Rendelkezésre áll-e WC az otthonápolás-ellátásban?	<u>igen</u>	nem
<b>8.3. Energiaellátás, levegőellátás, takarítás</b>		
5. Biztosított-e a kellő energiaellátás mind nappal, mind éjszaka, minden célra?	<u>igen</u>	nem
6. A betegellátás területein van-e működő, természetes vagy mesterséges szellőzés?	<u>igen</u>	nem
7. Készül-e a padlók és vízszintes munkafelületek takarításának megvalósulásáról napi feljegyzés, amit a takarító szignál?	igen	<u>nem vonatkozik</u>
8. Rendelkezésre állnak-e a szükséges és megfelelő állapotú eszközök a takarításhoz? (pl. fertőtlenítőszer, mopok, vödörök stb.)	<u>igen</u>	nem
<b>8.4. Betegelhelyezés és egyéni védőeszközök alkalmazása az ellátás során</b>		
9. Az egyéni védőeszközök eszközök (pl. kesztyűk stb.) mindig kellő mennyiségben a rendelkezésre állnak?	<u>igen</u>	nem
<b>8.5. Egészségügyi hulladékkezelés</b>		
10. Van működő hulladékgyűjtő nem fertőző/általános hulladékra, fertőző hulladékra és éles eszközök gyűjtésére a hulladék keletkezési helyéhez relatíve közel?	<u>igen</u>	nem
11. Van működő, kerítéssel lezárt hulladéklerakó vagy helyi elszállítás a nem fertőző hulladékok ártalmatlanítására?	igen	<u>nem</u>
12. Van égető vagy alternatív hulladékkezelési technológia a fertőző és éles eszközök ártalmatlanítására (pl. autokláv), mely működőképes és megfelelő a kapacitása?	igen	<u>nem</u>
<b>8.6. Fertőtlenítés és sterilizálás</b>		
13. Az intézményen belül van külön fertőtlenítési és/vagy sterilizációs-ellátó részleg az orvostechnikai és egyéb felszerelések, eszközök dekontaminációjára és sterilizálására?	<u>igen</u>	nem
14. Állandóan rendelkezésre állnak használatra kész steril eszközök?	<u>igen</u>	nem
15. Egyszer használatos eszközök (pl. injekciós eszközök, kesztyűk stb.) rendelkezésre állnak?	<u>igen</u>	nem

## Egészségügyi ellátással összefüggő fertőzés – Kockázatértékelési Adattalap

Beteg neve:	Pontszám	Felvételi értékelés dátum: aláírás:	2. értékelés dátum: aláírás:	3. értékelés dátum: aláírás:	4. értékelés dátum: aláírás:
Taj száma:					
<b>Kitöltő Szervezeti Egység:</b>					
<i>Amennyiben a betegnél fennáll az alábbi kockázati tényezők egyike, írja be a kockázati tényező pontszámát az aktuális kockázatértékelés rubrikába, pl. gyengült védekezőképesség = 10 pont. Ha nincs kockázat, a pontszám 0.</i>					
Húgyúti katéter expozíció aktuális hospitalizáció során					
Centrális vénás katéter expozíció aktuális hospitalizáció során					
Gépi lélegeztetés expozíció aktuális hospitalizáció során					
A beteg átvétele intenzív terápiás osztályról vagy intenzív ellátás az aktuális hospitalizáció során					
Gyengült védekezőképesség, immunhiányos állapot					
Koraszülött					
Idős korú (>65 év feletti) beteg					
Malnutritció					
Diabetes					
Obesitas					
Decompensált krónikus betegség					
Többszervi elégtelenség					
Antibiotikum expozíció az elmúlt 3 hónapban					
Műtėti beavatkozás az elmúlt 12 hónapon belül					
Az elmúlt 12 hónapban egészségügyi intézményben történő ellátás, minimum egy éjszaka bent fekvéssel					
Dohányzás					
<b>ÖSSZES PONTSZÁM</b> (adja össze a fennálló kockázati tényezők pontszámát, hogy megkapja az összpontszámot, majd értékelje alább)					
<b>KOCKÁZATÉRTÉKELÉS: ≤5 = ALACSONY KOCKÁZAT 5-9 = KÖZEPES KOCKÁZAT ≥10 = MAGAS KOCKÁZAT</b>					

Multirezisztens kórokozó/*Clostridium difficile* okozta fertőzés – Kockázatértékelési Adatlap

Beteg neve:	Pontszám	Felvételi értékelés dátum: aláírás:	2. értékelés dátum: aláírás:	3. értékelés dátum: aláírás:	4. értékelés dátum: aláírás:
<b>Taj száma:</b> <b>Kitöltő Szervezeti Egység:</b>					
<i>Amennyiben a betegnél fennáll az alábbi kockázati tényezők egyike, írja be a kockázati tényező pontszámát az aktuális kockázatértékelés rubrikába, pl. MRK anamnézisében = 10 pont. Ha nincs kockázat, a pontszám 0.</i>					
A beteg anamnézisében: multirezisztens kórokozó (MRK) infekció vagy kolonizáció					
A beteg anamnézisében: <i>C. difficile</i> fertőzés					
A beteg anamnézisében: intenzív osztályos ellátás az elmúlt 12 hónapban					
Közvetlen áthelyezés külföldi kórházból					
Közvetlen áthelyezés hazai fekvőbeteg-ellátó intézményből vagy ápolási gondozási intézményből					
Krónikus dialízis az elmúlt 12 hónapban					
Daganatos betegség, kemoterápiás kezelés az elmúlt 12 hónapban					
A betegnek fertőzésre utaló tünetei vannak (pl. láz, enterális tünetek)					
A betegben invazív eszköz van (pl. húgyúti katéter, érkatéter, tápszonda)					
A betegnek műtéti beavatkozása volt az elmúlt 3 hónapban					
Jelenlegi vagy az elmúlt 4 héten belül antibiotikum kezelés					
Jelenlegi vagy az elmúlt 4 héten belül savcsökkentő kezelés					
Epidemiológiai kapcsolat ismert MRK kórokozó-hordozó/ fertőzött személlyel vagy <i>C. difficile</i> fertőzött személlyel					
Az elmúlt 12 hónapban egészségügyi intézményben történő ellátás, minimumum egy éjszaka bent fekvéssel					
<b>ÖSSZES PONTSZÁM</b> (adja össze a fennálló kockázati tényezők pontszámát, hogy megkapja az összpontszámot, majd értékelje alább)					
<b>KOCKÁZATÉRTÉKELÉS: ≤5 = ALACSONY KOCKÁZAT 5-9 = KÖZEPES KOCKÁZAT ≥10 = MAGAS KOCKÁZAT</b>					