

	PROCEDURA STANDARDU AKREDYTACYJNEGO KZ		NR - KZ14 - 2012
	SZPITALNA STRATEGIA ZAPOBIEGANIA LEKOOPORNOŚCI		Strona 1/6
	Obowiązuje : WSZYSTKIE KO SZPITALA	DATA 01.10.2018	WYDANIE 4

1. CEL

Celem niniejszej procedury jest uszczegółowienie szpitalnej strategii zapobiegania lekooporności – analizy zakażeń spowodowanych wybranymi biologicznymi czynnikami chorobotwórczymi o szczególnej zjadliwości lub oporności BCA oraz lekooporności BCA.

2. PRZEDMIOT

Przedmiotem niniejszej procedury jest ustalenie zakresu działania szpitalnej strategii zapobiegania lekooporności, obejmującej w szczególności:

- odpowiednie wykorzystywanie diagnostyki mikrobiologicznej
- identyfikację nieracjonalnego i błędnego stosowania antybiotyków
- raportowanie danych BCA lub lekooporności BCA
- przerywanie dróg transmisji BCA i lekooporności BCA

3. ZAKRES OBOWIĄZYWANIA

Procedura obowiązuje we wszystkich KO Szpitala Rejonowego im. dr. Józefa Rostka w Raciborzu.

4. TERMINOLOGIA I SKRÓTY

Przyjęta z opracowaniu terminologia i skróty, zgodna jest z zasadami obowiązującymi w działającym Zintegrowanym Systemie Zarządzania (ZSZ) oraz terminologią określoną w rozdziale „Terminy i określenia przyjęte w Programie Akredytacji Szpitali”, zamieszczonym w opracowaniu Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia o nazwie ‘ZESTAW STANDARDÓW AKREDYTACYJNYCH’ z roku 2009.

BCA – biologiczne czynniki chorobotwórcze o szczególnej zjadliwości lub oporności.

5. ODPOWIEDZIALNOŚĆ

DM – odpowiada za zatwierdzenie procedury i ogólny nadzór nad nią.

PZJ – odpowiada za zgodność procedury z ZSZ.

ZKZS, DAIT, NEp – odpowiadają za merytoryczne przygotowanie i opracowanie procedury.

KKO – odpowiadają za wdrożenie, przestrzeganie i stosowanie przez pracowników niniejszej procedury.

6. OPIS PROCESU

6.1 Analiza dotycząca BCA i lekooporności BCA

BCA – biologiczne czynniki chorobotwórcze o szczególnej zjadliwości lub oporności.

Wielooporne szczepy należą do grupy tzw. patogenów alarmowych, których proces powstawania i rozprzestrzeniania jest efektem nadmiernej i niekontrolowanej konsumpcji leków antybakteryjnych.

Szczepy wielolekooporne szczególnie łatwo rozprzestrzeniają się w środowisku szpitalnym, zwłaszcza na oddziałach o wysokim zużyciu leków z jednocześnie dużą podatnością pacjentów na zakażenia, wynikającą głównie ze stanu immunosupresji. W konsekwencji szczególnie wysoki odsetek identyfikacji patogenów alarmowych ma miejsce u pacjentów Oddziału Intensywnej Terapii.

	PROCEDURA STANDARDU AKREDYTACYJNEGO KZ		NR - KZ14 - 2012
	SZPITALNA STRATEGIA ZAPOBIEGANIA LEKOOPORNOŚCI		Strona 2/6
	Obowiązuje : WSZYSTKIE KO SZPITALA	DATA 01.10.2018	WYDANIE 4

Mając na uwadze fakt, że BCA mogą stać się bezpośrednim zagrożeniem nie tylko dla zdrowia ale i życia pacjenta, w Szpitalu Rejonowym w Raciborzu opracowano i wdrożono zarządzeniem dyrektora procedurę szpitalnej strategii zapobiegania lekooporności. Pozwala ona m. in. na wczesną identyfikację nieracjonalnego i błędnego stosowania antybiotyków, stając się podstawowym narzędziem walki z narastaniem wielolekooporności. Zobligowany do monitorowania występowania w szpitalu drobnoustrojów umieszczonych na liście „alert patogenów” jest Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych we współpracy z Laboratorium Mikrobiologicznym i przedstawicielami poszczególnych oddziałów szpitalnych.

W celu zapobiegania zakażeniom lub chorobom zakaźnym wywołanym przez BCA oraz lekooporności BCA wprowadzono obowiązek pobierania badań przesiewowych do badania mikrobiologicznego (*Korespondencja Wewnętrzna z dnia 26.01.2018*).

6.2 Szpitalna strategia zapobiegania lekooporności obejmuje:

Odpowiednie wykorzystywanie diagnostyki mikrobiologicznej

Celem szybkiej identyfikacji i zapobiegania rozprzestrzenianiu się zakażeń spowodowanych BCA na terenie poszczególnych KO zaleca się wykonywanie badań mikrobiologicznych przesiewowych i diagnostycznych.

Diagnostyka mikrobiologiczna polegająca na wykonywaniu posiewów materiałów klinicznych pozwala na:

- identyfikację drobnoustroju,
- określenie wrażliwości drobnoustroju na działanie antybiotyków,
- optymalny wybór leku (wspomaga w wyborze empirycznej antybiotykoterapii),
- zmianę terapii antybiotykowej z empirycznej na celowaną,
- identyfikację i monitorowanie mechanizmów oporności,
- ocenę trendów lekooporności w celu skuteczniejszego jej zapobiegania.

Odpowiednie wykorzystanie diagnostyki mikrobiologicznej jest możliwe poprzez:

- a. zwiększenie liczby zlecanych badań mikrobiologicznych,
- b. opracowanie zaleceń dotyczących pobierania i transportu materiału do badań mikrobiologicznych w przypadku podejrzenia zakażenia,
- c. nadzór LM nad prawidłowym pobieraniem i przesyłaniem materiału do badań mikrobiologicznych celem zapobiegania wystąpieniu błędów przed laboratoryjnych,
- d. konstrukcję antybiogramu, ułatwiającego wybór właściwego antybiotyku.

Laboratorium Mikrobiologiczne Szpitala Rejonowego w Raciborzu jest zobligowane do przedstawiania danych dotyczących ilości zlecanych badań mikrobiologicznych w poszczególnych KO za okres 6 miesięcy. Powyższe zestawienia są przekazywane kierownikom poszczególnych KO oraz podlegają analizie na posiedzeniach Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych oraz Komisji Analizującej Skuteczność Leczenia.

Identyfikację nieracjonalnego i błędnego stosowania antybiotyków

Niewłaściwe stosowanie i nadużywanie preparatów przeciwbakteryjnych przyczyniło się do pojawienia i rozprzestrzeniania na bardzo szeroką skalę opornych drobnoustrojów dysponujących coraz sprawniejszymi me-

	PROCEDURA STANDARDU AKREDYTACYJNEGO KZ		NR - KZ14 - 2012
	SZPITALNA STRATEGIA ZAPOBIEGANIA LEKOOPORNOŚCI		Strona 3/6
	Obowiązuje : WSZYSTKIE KO SZPITALA	DATA 01.10.2018	WYDANIE 4

chanizmami lekooporności. Pojawiło się niebezpieczeństwo wyczerpania opcji terapeutycznych w leczeniu niegroźnych dotychczas chorób. W związku z powyższym identyfikacja nieracjonalnego i błędnego stosowania antybiotyków stała się podstawowym narzędziem walki z powstawaniem oporności bakteryjnej.

Kontrola właściwego stosowania antybiotyków po 72 godzinach od zlecenia.

Dokonywana przez kierownika oddziału lub innego lekarza celem weryfikacji dalszego leczenia antybiotykiem. Weryfikacja dotyczy: dawki, drogi podania, zmiany drogi podania, eskalacji, deeskalacji antybiotyku (*zgodnie z zaleceniami Komitetu Kontroli Zakażeń Szpitalnych w dniu 08.05.2018 – Korespondencja Wewnętrzna*).

W Szpitalu Rejonowym w Raciborzu został opracowany i wdrożony Zarządzeniem Dyrektora program racjonalnej polityki antybiotykowej w ramach, którego Zespół ds. Antybiotykoterapii jest zobowiązany do monitorowania ilości i zasadności zlecanych antybiotyków na podstawie dostarczonych przez Aptekę Szpitalną raportów zużycia antybiotyków przez poszczególne KO oraz poprzez kontrolę kart zleceń lekarskich i wystawionych recept imiennych co najmniej dwa razy w roku.

Raportowanie danych o czynnikach BCA

Dzięki współpracy z Laboratorium Mikrobiologicznym Szpitala Rejonowego w Raciborzu prowadzona jest retrospektywna analiza etiologii zakażeń czynnikami BCA w poszczególnych KO poprzez tworzenie tzw. kumulatywnych antybiogramów. Powyższe dane opracowywane są dwa razy w roku.

1. Analiza obejmuje każdy oddział z osobna.
2. Do analizy nie włącza się szczepów z badań mikrobiologicznych pobieranych w celach monitorowania a nie diagnostyki.
3. Analiza prowadzona jest osobno dla każdego miejsca anatomicznego (tj. krew, mocz, rana, itp).
4. Wyniki powyższych analiz przekazywane są Zespołowi Kontroli Zakażeń Szpitalnych i Zespołowi ds. Antybiotykoterapii.

Przerywanie dróg transmisji wybranymi biologicznymi czynnikami chorobotwórczymi o szczególnej zjadliwości lub oporności

Przerywanie dróg transmisji wybranymi biologicznymi **czynnikami chorobotwórczymi o szczególnej zjadliwości lub oporności** jest podstawowym narzędziem walki z rozprzestrzenianiem się infekcji tymi drobnoustrojami i obejmuje:

1. Badania przesiewowe

W celu zapobiegania zakażeniom spowodowanym wybranymi biologicznymi czynnikami chorobotwórczymi o szczególnej zjadliwości lub oporności BCA oraz lekooporności BCA wprowadzono obowiązek wprowadzenia pobierania badania mikrobiologicznego przy przyjęciu do szpitala u pacjenta.

Badania przesiewowe (BP) – identyfikacja pacjentów skolonizowanych drobnoustrojami wielolekoopornymi.

Badania przy przyjęciu – pacjenci z **grupy ryzyka kolonizacji**.

1. pacjenci przyjmowani do szpitala hospitalizowani wcześniej w innych placówkach w ciągu ostatniego roku
2. pacjenci przebywający w placówkach opieki długoterminowej np. ZOL, DPS
3. hemodializowani

	PROCEDURA STANDARDU AKREDYTACYJNEGO KZ		NR - KZ14 - 2012
	SZPITALNA STRATEGIA ZAPOBIEGANIA LEKOOPORNOŚCI		Strona 4/6
	Obowiązuje : WSZYSTKIE KO SZPITALA		DATA 01.10.2018

4. pacjenci, u których stwierdzono wcześniejsze nosicielstwo lub zakażenie drobnoustrojami wielolekoopornymi – MRSA, VRE, CPE, pałeczki Gram-ujemne ESBL(+), wielolekooporne szczepy *Pseudomonas aeruginosa* i *Acinetobacter baumannii*

5. pacjenci leczeni antybiotykami w ciągu ostatnich 6 miesięcy,

6. pacjenci przenieszeni z Oddziału Intensywnej Terapii do innych oddziałów szpitalnych,

7. kontakt z opieką zdrowotną w krajach o wysokiej zapadalności na zakażenia CPE (Indie, Pakistan, pł. Afryka, Grecja, Włochy)

8. pozostali pacjenci w zależności od wywiadu, stanu klinicznego – do decyzji lekarza.

Badania w kierunku MRSA, VRE, CPE, pałeczek Gram-ujemne ESBL(+), wielolekoopornych szczepów *Pseudomonas aeruginosa* i *Acinetobacter baumannii* – wykonujemy **wymaz z odbytu**.

INNE np. wymaz z rany – w zależności od sytuacji epidemiologicznej i stanu klinicznego – do decyzji lekarza.

Badania przesiewowe u pacjentów przed planowanym zabiegiem operacyjnym w kierunku **nosicielstwa MRSA**

1. Zabiegi implantacji protez stawowych,

2. Zabiegi na kręgosłupie

3. Zabiegi kardiochirurgiczne

4. Przed innymi zabiegami – do decyzji lekarza.

Badania w kierunku MRSA – wykonujemy **wymaz z przedstonka nosa**.

2. Izolację lub kohortowanie pacjentów

W szpitalu jest opracowana i wdrożona przez Zarządzenie Dyrektora Procedura KZ 9 – Izolacja chorych zakażonych oraz pacjentów o podwyższonym ryzyku zakażenia. Procedura znajduje się w każdej med. KO szpitala.

3. Mycie i dezynfekcja rąk

W szpitalu jest opracowana i wdrożona Zarządzeniem Dyrektora

- Procedura KZ 1 – Higieniczne mycie i dezynfekcja rąk
- Procedura KZ 2 – Chirurgiczne przygotowanie rąk do zabiegów.

4. Stosowanie środków ochrony osobistej

W szpitalu jest opracowana i wdrożona przez Zarządzenie Dyrektora Procedura KZ 7 – Zasady stosowania środków ochrony osobistej m.in. w gabinetach zabiegowych, bloku operacyjnym, pomieszczeniach do izolacji. Opracowane zasady znajdują się w każdej KO.

5. Mycie, dezynfekcję i sterylizację sprzętu medycznego

W szpitalu jest opracowana i wdrożona Zarządzeniem Dyrektora Procedura KZ 5 – Mycie, dezynfekcja i sterylizacja sprzętu medycznego.

6. Mycie i dekontaminację sprzętu użytkowego

W szpitalu jest opracowana i wdrożona przez Zarządzenie Dyrektora Procedura KZ 4 – Mycie i dekontaminacja sprzętu użytkowego (materacy, łóżek, mebli szpitalnych, itp.). Procedura znajduje się w każdej medycznej KO.

7. Sprzątanie i dekontaminację pomieszczeń szpitalnych

	PROCEDURA STANDARDU AKREDYTACYJNEGO KZ		NR - KZ14 - 2012
	SZPITALNA STRATEGIA ZAPOBIEGANIA LEKOOPORNOŚCI		Strona 5/6
	Obowiązuje : WSZYSTKIE KO SZPITALA	DATA 01.10.2018	WYDANIE 4

W szpitalu jest opracowana i wdrożona przez Zarządzenie Dyrektora Procedura KZ 3 – Sprzątanie i dekontaminacja pomieszczeń szpitalnych.

8. Usuwanie bielizny szpitalnej

W szpitalu jest opracowana i wdrożona Zarządzeniem Dyrektora Procedura KZ 6 – Postępowanie z bielizną szpitalną, która znajduje się w każdej KO.

6.3 Nadzorowanie szpitalnej strategii zapobiegania lekooporności w szpitalu należy do Komisji Analizującej Skuteczność Leczenia oraz do Zespołu ds. Antybiotykoterapii.

7. DOKUMENTY ZWIĄZANE

Z niniejszą procedurą związane są następujące dokumenty:

1. Sprawozdanie z Programu EARSS 2004 (ang. European Antimicrobial Resistance Surveillance System - Europejska Sieć Monitorowania Antybiotykooporności)
2. Sprawozdanie z Programu ESAC 1997-2001 (ang. European Surveillance on Antibiotic Consumption) – Europejska Sieć Monitorowania Konsumpcji Antybiotyków
3. Sprawozdanie z Programu SAR w Europie – program oceny samoleczenia antybiotykami
4. Raport Krajowego Ośrodka Referencyjnego ds. Lekowrażliwości Drobnoustrojów
5. Sprawozdanie merytoryczne z realizacji Narodowego Programu Ochrony Antybiotyków w 2004-2005r.
6. Protokół z zebrania KKZS z dn. 07.03.2012r.
7. Protokół z zebrania KKZS z dn.08.04.2015r.
8. Procedura KZ 1-Higieniczne mycie i dezynfekcja rąk.
9. Procedura KZ 2-Chirurgiczne przygotowanie rąk do zabiegów.
10. Procedura KZ 3-Sprzątanie i dekontaminacja pomieszczeń szpitalnych.
11. Procedura KZ 4-Mycie i dekontaminacja sprzętu użytkowego.
12. Procedura KZ 5-Mycie, dezynfekcja i sterylizacja sprzętu medycznego.
13. Procedura KZ 6-Postępowanie z bielizną szpitalną.
14. Procedura KZ 7-Zasady stosowania środków ochrony osobistej.
15. Procedura KZ 9-Izolacja chorych zakażonych oraz pacjentów o podwyższonym ryzyku zakażenia.
16. Procedura KZ 15-Program racjonalnej polityki antybiotykowej.
17. Korespondencja Wewnętrzna z dnia 21.01.2018.
18. Korespondencja Wewnętrzna z dnia 08.05.2018.

8. ZAŁĄCZNIKI

Brak

	PROCEDURA STANDARDU AKREDYTACYJNEGO KZ		NR - KZ14 - 2012
	SZPITALNA STRATEGIA ZAPOBIEGANIA LEKOOPORNOŚCI		Strona 6/6
	Obowiązuje : WSZYSTKIE KO SZPITALA		DATA 01.10.2018

9. SPIS TREŚCI, KARTA ZMIAN, ZATWIERDZENIA

1. CEL.....	1
2. PRZEDMIOT	1
3. ZAKRES OBOWIĄZYWANIA.....	1
4. TERMINOLOGIA I SKRÓTY	1
5. ODPOWIEDZIALNOŚĆ	1
6. OPIS PROCESU.....	1-5
7. DOKUMENTY ZWIĄZANE	5
8. ZAŁĄCZNIKI	5
9. SPIS TREŚCI, KARTA ZMIAN, ZATWIERDZENIA.....	6

Karta zmian

Nr zmiany	Zmiany		Opis zmiany	Data zmiany	Podpis autora zmiany
	Punktu Podpunktu rozdziału	Akapitu lub fragmentu tekstu ze strony nr			
1	Całość	Całość	Aktualizacja procedury	01.04.2014	Beata Mros-Jaszewska Barbara Matuszek
2	6.1	Str. 2	Inne badania mikrobiologiczne przesiewowe w zależności od stanu pacjenta pozostają do decyzji lekarza. (Protokół z zebrania KKZS z dn.8.04.2015r).	04.05.2015	Beata Mros-Jaszewska Barbara Matuszek
3	Całość	Całość	Aktualizacja – wydanie 4	01.10.2018	Dorota Lelowicz

Zatwierdzenia

Zespół	Imię i nazwisko KO	Data	Podpis
Opracował	DAIT Marek Olech	01.10.2018	<i>Podpis nieczytelny</i>
Opracowała	ZKZS Dorota Lelowicz	01.10.2018	<i>Podpis nieczytelny</i>
Sprawdziła	NEp Beata Mros-Jaszewska	01.10.2018	<i>Podpis nieczytelny</i>
Sprawdziła	NEp Barbara Matuszek	01.10.2018	<i>Podpis nieczytelny</i>
Sprawdził	PZJ Grzegorz Bula	01.10.2018	<i>Podpis nieczytelny</i>
Zatwierdziła	DM Elżbieta Wielgos-Karpińska	01.10.2018	<i>Podpis nieczytelny</i>