

	STANDARD AKREDYTACYJNY KZ		NR - KZ - 2012
	KONTROLA ZAKAŻEŃ		Strona 1/13
	Obowiązuje : WSZYSTKIE KO SZPITALA	DATA 01.10.2018	WYDANIE 3

1. CEL

Celem niniejszego standardu jest dostosowanie obowiązujących w organizacji procesów, procedur, instrukcji i innej dokumentacji do spełnienia wymogów ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. „O akredytacji w służbie zdrowia”.

2. PRZEDMIOT

Przedmiotem niniejszego standardu **KZ „Kontrola Zakażeń”** jest określenie niezbędnych dokumentów oraz systemu zarządzania w następujących obszarach:

- ❖ KZ 1 – Działania redukujące ryzyko zakażeń
- ❖ KZ 1.1 – Funkcjonowanie Zespołu i Komitetu Kontroli Zakażeń Szpitalnych
- ❖ KZ 1.2 – Mycie i dezynfekcja rąk
- ❖ KZ 1.3 – Sprzątanie i dekontaminacja pomieszczeń szpitalnych
- ❖ KZ 1.4 – Mycie i dekontaminacja sprzętu użytkowego
- ❖ KZ 1.5 – Mycie, dezynfekcja i sterylizacja sprzętu medycznego
- ❖ KZ 1.6 – Postępowanie z bielizną szpitalną
- ❖ KZ 1.7 – Stosowanie środków ochrony osobistej
- ❖ KZ 1.8 – Szczepienia personelu
- ❖ KZ 1.9 – Postępowanie po ekspozycji zawodowej
- ❖ KZ 1.10 – Izolacja chorych zakażonych oraz pacjentów o podwyższonym ryzyku zakażenia
- ❖ KZ 1.11 – Identyfikacja i wygaszanie ogniska epidemicznego
- ❖ KZ 2 – Program monitorowania zakażeń
- ❖ KZ 2.1 – Kryteria rozpoznawania zakażeń
- ❖ KZ 2.2 – Walidacja danych o zakażeniach
- ❖ KZ 3 – Analiza dotycząca szczepów wieloopornych
- ❖ KZ 4 – Wyniki monitorowania zakażeń
- ❖ KZ 5 – Szkolenia personelu z zakażeń szpitalnych
- ❖ KZ 6 – Program racjonalnej polityki antybiotykowej
- ❖ KZ 7 – Antybiotykowa profilaktyka okołozabiegowa

3. ZAKRES OBOWIĄZYWANIA

Standard obowiązuje we wszystkich KO Szpital Rejonowy im. dr. Józefa Rostka w Raciborzu.

4. TERMINOLOGIA I SKRÓTY

Przyjęta z opracowania 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.

	STANDARD AKREDYTACYJNY KZ		NR - KZ - 2012
	KONTROLA ZAKAŻEŃ		Strona 2/13
	Obowiązuje : WSZYSTKIE KO SZPITALA	DATA 01.10.2018	WYDANIE 3

5. ODPOWIEDZIALNOŚĆ

5.1 Dyrektor odpowiada za:

1. Zarządzanie i nadzór nad funkcjonowaniem całości szpitala.
2. Zatwierdzenie dokumentów ZSZ w tym związanych z akredytacją.

5.2 Zastępca Dyrektora ds. Medycznych odpowiada za:

1. Zarządzanie i nadzór nad funkcjonowaniem części medycznej szpitala.
2. Zatwierdzanie szczegółowych dokumentów akredytacyjnych (procedury, instrukcje, dokumenty) w standardzie KZ.
3. Przewodniczenie Komitetowi Kontroli Zakażeń Szpitalnych.
4. Nadzór nad sprawami dotyczącymi epidemiologii.

5.3 PZJ odpowiada za:

1. Nadzór nad ZSZ.
2. Przeprowadzanie szkoleń w zakresie zarządzania ZSZ.

5.4 Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych odpowiada za:

1. Nadzór nad opracowanymi dokumentami (instrukcje, procedury) do standardu KZ.
2. Aktualizowanie nadzorowanych procedur i instrukcji.

5.5 Centralna Sterylizatornia odpowiada za:

1. Nadzór nad opracowanymi dokumentami (instrukcje, procedury) do standardu KZ.
2. Aktualizowanie nadzorowanych procedur i instrukcji.

5.6 Dział Gospodarczy odpowiada za:

1. Nadzór nad opracowanymi dokumentami (instrukcje, procedury) do standardu KZ.
2. Aktualizowanie nadzorowanych procedur i instrukcji.

5.7 BHP odpowiada za:

1. Nadzór nad opracowanym dokumentem do standardu KZ.
2. Aktualizowanie nadzorowanego dokumentu.

5.8 Pielęgniarka odpowiedzialna za szczepienia odpowiada za:

3. Nadzór nad dokumentem do standardu KZ.
4. Aktualizowanie nadzorowanego dokumentu.

5.9 Przewodniczący Komisji Analizującej Skuteczność Leczenia odpowiada za:

1. Nadzór nad opracowanymi dokumentami (instrukcje, procedury) do standardu KZ.
2. Aktualizowanie nadzorowanych procedur i instrukcji.

5.10 Przewodniczący Zespołu ds. Antybiotykoterapii odpowiada za:

1. Nadzór nad opracowanymi dokumentami (instrukcje, procedury) do standardu KZ.
2. Aktualizowanie nadzorowanych procedur i instrukcji.

5.11 W opisie standardu opisano szczegółowo odpowiedzialność poszczególnych osób odpowiedzialnych za swoje obszary.

5.12 Koordynatorzy – leaderzy zespołów akredytacyjnych odpowiadają za:

1. Nadzór nad funkcjonowaniem standardu - **KZ – Beata Mros-Jaszewska**

	STANDARD AKREDYTACYJNY KZ		NR - KZ - 2012
	KONTROLA ZAKAŻEŃ		Strona 3/13
	Obowiązuje : WSZYSTKIE KO SZPITALA	DATA 01.10.2018	WYDANIE 3

2. Opracowywanie procedur i instrukcji operacyjnych do standardu.
3. Dokonywanie uzgodnień w zakresie niezbędnym do opracowania procedury lub instrukcji operacyjnej.
4. Nadzorowanie i aktualizacje zmian w standardach oraz dokumentacji akredytacyjnej.

5.13 Wszyscy KKO odpowiadają za przeszkolenie pracowników z „Kontroli Zakażeń”.

5.14 Wszyscy pracownicy Szpitala odpowiadają za przestrzeganie standardów akredytacyjnych na swoich stanowiskach pracy.

6. OPIS STANDARDU – KONTROLA ZAKAŻEŃ (KZ)

6.1 KZ 1 – Działania redukujące ryzyko zakażeń

1. W szpitalu prowadzi się działania redukujące ryzyko zakażeń. Są opracowane i wdrożone przez Zarządzenia Dyrektora procedury i instrukcje. Procedury i instrukcje są wdrażane na zebraniach KKO, pielęgniarek oddziałowych/koordynujących, łącznikowych oraz na szkoleniach wewnątrz oddziałowych KO. Osoby odpowiedzialne za wykonanie szkolenia podpisują potwierdzenie przeprowadzenia szkolenia a osoby szkolące się potwierdzenie udziału w szkoleniu i zapoznanie się z procedurą/instrukcją. Szkolenia KKO przeprowadza NEp lub ZKZS a szkolenia wewnątrz oddziałowe przeprowadzają KKO, pielęgniarki oddziałowe/koordynujące i łącznikowe. Listy osób przeszkolonych znajdują się w KO i u NEp. Stałym punktem zebrań miesięcznych KKO są szkolenia lekarzy z zakresu zakażeń szpitalnych.
2. Procedury/instrukcje stosowane dla całego szpitala znajdują się w każdej KO, gdzie są stosowane oraz u NEp.
3. Procedury/instrukcje stosowane w szpitalu lub w danej KO redukujące ryzyko zakażeń są opracowywane, aktualizowane bądź konsultowane i akceptowane przez Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych.

6.1 KZ 1.1 – Funkcjonowanie Zespołu i Komitetu Kontroli Zakażeń Szpitalnych

1. W szpitalu funkcjonuje Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych i Komitet Kontroli Zakażeń Szpitalnych powołany Zarządzeniem Dyrektora.
2. Spotkania zespołu odbywają się regularnie, nie rzadziej niż raz na miesiąc, a spotkania komitetu odbywają się raz na pół roku.
3. Plan pracy Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych jest corocznie aktualizowany i akceptowany przez Zastępcę Dyrektora ds. Medycznych. Znajduje się w dokumentacji u NEp.
4. Sprawozdania z liczby zakażeń, alert patogenów i liczby wykonanych badań przedstawiane są medycznym kierownikom KO raz na pół roku po zebraniach KKZS.
5. Zespół dokonuje okresowej oceny wdrożonych procedur oraz ocenia wiarygodność monitorowania zakażeń.
6. Dla efektywnego działania Zespołu i Komitetu Kontroli Zakażeń Szpitalnych szpital zapewnia:
 - regularne szkolenia dla zespołu i komitetu
 - środki niezbędne dla realizacji zadań
 - okresową weryfikację działalności zespołu (1x w roku przez KKZS na podstawie realizowanych zadań ZKZS).

ZAŁĄCZNIK: *PLAN PRACY ZESPOŁU KONTROLI ZAKAŻEŃ SZPITALNYCH (KZ 1.1)*

	STANDARD AKREDYTACYJNY KZ		NR - KZ - 2012
	KONTROLA ZAKAŻEŃ		Strona 4/13
	Obowiązuje : WSZYSTKIE KO SZPITALA	DATA 01.10.2018	WYDANIE 3

6.1 KZ 1.2 – Mycie i dezynfekcja rąk

1. W szpitalu jest opracowana i wdrożona procedura higienicznego mycia i dezynfekcji rąk oraz procedura chirurgicznego przygotowania rąk do zabiegów.
Wymienione procedury znajdują się w każdej medycznej KO szpitala.
2. Procedury mycia i dezynfekcji rąk są okresowo monitorowane (2 x w roku) poprzez kontrolę mikrobiologiczną rąk, obserwację bezpośrednią i ocenę zużycia środka dezynfekcyjnego do rąk na 1000 osobodni w litrach
3. Szkolenia dla personelu medycznego z procedury mycia i dezynfekcji rąk są przeprowadzane 1 x w roku.
4. Środki do mycia i dezynfekcji rąk są dostępne i zaopatrywane w KO przez firmę sprzątającą.
5. Nadzór nad przestrzeganiem i stosowaniem w/w procedur w swoich KO mają KKO, Pielęgniarki Oddziałowe/ Koordynujące a nad całością Przełożona Pielęgniarek i ZKZS.

ZAŁĄCZNIK:

PROCEDURA KZ1 HIGIENICZNE MYCIE I DEZYNFEKCJA RĄK (KZ 1.2)

PROCEDURA KZ2 CHIRURGICZNE PRZYGOTOWANIE RĄK DO ZABIEGÓW (KZ 1.2)

6.1 KZ 1.3 – Sprzątanie i dekontaminacja pomieszczeń szpitalnych

1. W szpitalu jest opracowana i wdrożona procedura, której załączniki uwzględniają sprzątanie i dekontaminację pomieszczeń z uwzględnieniem takich obszarów jak: CBO, OIT, oddział ginekologiczno-położniczy z pododdziałem neonatologii oraz gabinety zabiegowe.
2. Powyższa procedura sprzątania i dekontaminacji pomieszczeń szpitalnych uwzględnia w załącznikach:
 - podział pomieszczeń na klasy czystości
 - dobór środków dezynfekcyjnych
 - częstotliwość stosowania środków myjących i dezynfekcyjnych
 - stężenie środków dezynfekcyjnych
 - określenie osób odpowiedzialnych za sprzątanie i dekontaminację
 - częstotliwość kontroli wewnętrznych.
3. Za sprzątanie i dekontaminację pomieszczeń szpitalnych odpowiada firma sprzątająca.
4. Nadzór nad wykonaniem w/w czynności przez firmę sprzątającą w swoich KO mają KKO, Pielęgniarki Oddziałowe/Koordynujące oraz nad całością Dział Gospodarczy i Pielęgniarka Przełożona.

ZAŁĄCZNIK:

PROCEDURA KZ3 SPRZĄTANIE I DEKONTAMINACJA POMIESZCZEŃ SZPITALNYCH (KZ 1.3)

6.1 KZ 1.4 – Mycie i dekontaminacja sprzętu użytkowego

1. W szpitalu jest opracowana i wdrożona procedura, której załączniki uwzględniają mycie i dekontaminację sprzętu użytkowego (materacy, łóżek, mebli szpitalnych itp.).

	STANDARD AKREDYTACYJNY KZ		NR - KZ - 2012
	KONTROLA ZAKAŻEŃ		Strona 5/13
	Obowiązuje : WSZYSTKIE KO SZPITALA	DATA 01.10.2018	WYDANIE 3

2. Wyżej wymieniona procedura mycia i dekontaminacji sprzętu użytkowego uwzględnia w swoich załącznikach:

- dobór środków myjących i dezynfekcyjnych
- częstotliwość stosowania środków myjących i dezynfekcyjnych
- stężenie środków dezynfekcyjnych
- osoby odpowiedzialne za sprzątanie i dekontaminację
- osoby odpowiedzialne za nadzór nad dekontaminacją sprzętu użytkowego.

3. Za mycie i dekontaminację sprzętu użytkowego w szpitalu odpowiada podmiot świadczący usługi w tym zakresie sprzątania.

4. Nadzór nad wykonaniem w/w czynności przez firmę sprzątającą w swoich KO mają KKO, Pielęgniarki Oddziałowe/Koordynujące a Dział Gospodarczy i Przełożona Pielęgniarek nad całością.

ZAŁĄCZNIK:

PROCEDURA KZ4 MYCIE I DEKONTAMINACJA SPRZĘTU UŻYTKOWEGO (KZ 1.4)

6.1 KZ 1.5 – Mycie, dezynfekcja i sterylizacja sprzętu medycznego

1. W szpitalu jest opracowana i wdrożona procedura mycia, dezynfekcji i sterylizacji sprzętu medycznego, która zawiera załącznik:

- Schemat mycia i dezynfekcji sprzętu medycznego

oraz dokumenty związane:

- Instrukcja postępowania z narzędziami medycznymi wielorazowego użytku bezpośrednio po użyciu
- Instrukcja postępowania dla pracownika odpowiedzialnego za strefę brudną Centralnej Sterylizatorni
- Instrukcja postępowania dla pracownika odpowiedzialnego za strefę czystą Centralnej Sterylizatorni
- Instrukcja postępowania dla pracownika odpowiedzialnego za strefę sterylną Centralnej Sterylizatorni

torni

Schemat i pierwsza wymieniona instrukcja znajdują się w każdej medycznej KO szpitala na stanowiskach

pracy. Pozostałe trzy instrukcje znajdują się w Centralnej Sterylizacji, gdzie odbywa się mycie, dezynfekcja i sterylizacja narzędzi medycznych.

2. Powyższe dokumenty uwzględniają:

- typ mycia, dezynfekcji i sterylizacji stosowanej dla poszczególnych kategorii sprzętu medycznego
- miejsca, w których przeprowadzane są mycie, dezynfekcja i sterylizacja
- sposób postępowania z każdym typem sprzętu obejmujący dezynfekcję wstępną, mycie, przygotowanie, pakowanie, dezynfekcję/sterylizację
- sposób kontroli poprawności i skuteczności stosowania instrukcji
- osoby odpowiedzialne.

3. Za prawidłowe postępowanie ze sprzętem medycznym oraz z narzędziami medycznymi wielorazowego użytku bezpośrednio po użyciu w KO odpowiedzialne są Pielęgniarki/Położne/Pielęgniarze, Lekarze, Ra-

	STANDARD AKREDYTACYJNY KZ		NR - KZ - 2012
	KONTROLA ZAKAŻEŃ		Strona 6/13
	Obowiązuje : WSZYSTKIE KO SZPITALA	DATA 01.10.2018	WYDANIE 3

townicy, Radiolodzy a nadzór pełnią Pielęgniarki Oddziałowe, Koordynujące. Nadzór nad całością sprawują

KKO, Przełożona Pielęgniarek, Kierownik CS oraz ZKZS.

4. Za mycie, dezynfekcję i sterylizację sprzętu medycznego w Centralnej Sterylizacji odpowiadają pracownicy CS a nadzór nad wykonaniem w/w czynności oraz nad całością ma Kierownik CS.

ZAŁĄCZNIK:

PROCEDURA KZ5 MYCIE, DEZYNFEKCJA I STERYLIZACJA SPRZĘTU MEDYCZNEGO (KZ 1.5)

6.1 KZ 1.6 – Postępowanie z bielizną szpitalną

1. W szpitalu jest opracowana i wdrożona procedura postępowania z bielizną szpitalną, która znajduje się w

każdej medycznej KO szpitala.

2. Procedura postępowania z bielizną szpitalną czystą i brudną uwzględnia:

- segregację bielizny
- jej oznakowanie
- sposób transportu
- pranie
- osoby odpowiedzialne za poszczególne czynności.

3. Za postępowanie z bielizną czystą i brudną oraz za jej transport w medycznych KO odpowiada firma sprzątająca.

4. Nadzór nad gospodarką z bielizną szpitalną mają w swoich KO szpitala KKO, Pielęgniarki Oddziałowe, Koordynujące a nad całością nadzór ma Dział Gospodarczy i Przełożona Pielęgniarek.

ZAŁĄCZNIK:

PROCEDURA KZ6 POSTĘPOWANIE Z BIELIZNĄ SZPITALNĄ (KZ 1.6)

6.1 KZ 1.7 – Stosowanie środków ochrony osobistej

1. W szpitalu są opracowane i wdrożone zasady stosowania środków ochrony osobistej m. in. w gabinetach

zabiegowych, CBO, pomieszczeniach do izolacji. Opracowane zasady znajdują się w każdej KO.

2. Zasady stosowania środków ochrony osobistej uwzględniają:

- rodzaj środków ochrony osobistej (maski, rękawiczki, odzież ochronną itp.)
- informację na temat ich dostępności
- miejsca przechowywania
- wskazanie osób odpowiedzialnych za zapewnienie ich dostępności.

3. Nadzór nad stosowaniem środków ochrony osobistej w KO pełnią KKO, Pielęgniarki Oddziałowe/Koordy-

nujące. Nad całością nadzór ma BHP i Przełożona Pielęgniarek.

ZAŁĄCZNIK:

PROCEDURA KZ7 ZASADY STOSOWANIA ŚRODKÓW OCHRONY OSOBISTEJ (KZ 1.7)

6.1 KZ 1.8 – Szczepienia personelu

	STANDARD AKREDYTACYJNY KZ		NR - KZ - 2012
	KONTROLA ZAKAŻEŃ		Strona 7/13
	Obowiązuje : WSZYSTKIE KO SZPITALA	DATA 01.10.2018	WYDANIE 3

1. Szpital zapewnia pracownikom pracującym na stanowiskach z narażeniem na ludzki materiał biologiczny szczepienia przeciwko WZW B.
2. Kwalifikacje do szczepienia przeciwko WZW B przeprowadza lekarz Medycyny Pracy.
3. Szczepienia są dokumentowane w zeszycie i w segregatorze z listami pracowników poszczególnych KO, które znajdują się u pielęgniarki odpowiedzialnej za szczepienia pracowników.
4. Sprowadzanie szczepionek dla pracowników nadzoruje pielęgniarka odpowiedzialna za szczepienia.
5. Pielęgniarka odpowiedzialna za szczepienia posiada informacje o poziomie wyszczepienia pracowników przeciwko WZW B i grypie.
6. W okresie zachorowań na gripę gromadzone są w Dziale Kadr informacje o absencji chorobowej pracowników.
7. Nadzór nad szczepieniami personelu ma lekarz Medycyny Pracy w porozumieniu z pielęgniarką odpowiedzialną za szczepienia.

ZAŁĄCZNIK:

DOKUMENT ZAWIERAJĄCY INFORMACJE O POZIOMIE WYSZCZEPIENIA PRACOWNIKÓW W SZCZEGÓLNOŚCI PRZECIWKO WZW B I GRYPIE, ABSENCJI CHOROBOWEJ Z POWODU GRYPY (KZ 1.8)

6.1 KZ 1.9 – Postępowanie po ekspozycji zawodowej

1. W szpitalu jest opracowana i wdrożona procedura postępowania po ekspozycji na krew i inny potencjalnie infekcyjny materiał /IPIM/ mogący przenosić zakażenie HBV, HCV i HIV.
2. Powyższa procedura uwzględnia:
 - definicję ekspozycji oraz ekspozycji zawodowej
 - rodzaje ekspozycji
 - bezpośrednie postępowanie po ekspozycji
 - schemat postępowania po ekspozycji
 - profilaktykę pracownika po ekspozycji na HCV – jeśli pacjent będący powodem ekspozycji jest zakażony HCV
 - profilaktykę pracownika po ekspozycji na HBV – jeśli pacjent będący powodem ekspozycji jest zakażony HBV
 - profilaktykę pracownika po ekspozycji na HIV – jeśli pacjent będący źródłem ekspozycji jest zakażony HIV
 - zawiera załączniki: skierowanie na badanie krwi w postępowaniu poekspozycyjnym, oświadczenie zgodę na badanie krwi w kierunku HIV, indywidualną kartę ekspozycji zawodowej na krew lub inny potencjalnie infekcyjny materiał /IPIM/ część I i II, którą wypełnia osoba ekspozowana oraz lekarz dyżurny Ambulatorium Izby Przyjęć.
3. W razie konieczności lekarz dyżurny Ambulatorium Izby Przyjęć decyduje o podaniu leku antyretrowirusowego, który jest dostępny przez całą dobę w apteczce Izby Przyjęć.

	STANDARD AKREDYTACYJNY KZ		NR - KZ - 2012
	KONTROLA ZAKAŻEŃ		Strona 8/13
	Obowiązuje : WSZYSTKIE KO SZPITALA	DATA 01.10.2018	WYDANIE 3

4. Edukacja personelu medycznego w tym zakresie jest prowadzona na ogólnych szkoleniach 1 x w roku oraz podczas indywidualnego szkolenia przez NEp przyjmowanych do pracy pracowników. Fakt ten jest potwierdzany w karcie obiegowej pracownika oraz w szkoleniach NEp.
5. Nadzór nad przestrzeganiem i stosowaniem w/w instrukcji w swoich KO mają KKO, Pielęgniarki Oddziałowe/Koordynujące a nad całością BHP i ZKZS.

ZAŁĄCZNIK:

PROCEDURA KZ8 POSTĘPOWANIA PO EKSPOZYCJI NA KREW I INNY POTENCJALNIE INFEKCYJNY MATERIAŁ /IPIM/ MOGĄCY PRZENOSIĆ ZAKAŻENIE HBV, HCV I HIV (KZ 1.9)

6.1 KZ 1.10 – Izolacja chorych zakażonych oraz pacjentów o podwyższonym ryzyku zakażenia

1. W szpitalu jest opracowana i wdrożona procedura izolacji chorych zakażonych oraz pacjentów o podwyższonym ryzyku zakażenia. Procedura znajduje się w każdej medycznej KO szpitala.
2. Procedura izolacji chorych zakażonych oraz pacjentów o podwyższonym ryzyku zakażenia uwzględnia:
 - definicję izolacji
 - rodzaje izolacji
 - standardowe środki ostrożności (w odniesieniu do wszystkich pacjentów wymagających izolacji)
 - dodatkowe środki ostrożności specyficzne dla drogi przenoszenia drobnoustrojów: kontaktowej, powietrzno-kropelkowej, powietrzno-pyłowej (w odniesieniu do pacjentów z udokumentowaną lub podejrzaną kolonizacją lub zakażeniem określonym drobnoustrojem)
 - pacjentów w trzech grupach ryzyka będących źródłem zakażenia patogenami alarmowymi (np. MRSA), z podejrzeniem choroby wysoce zakaźnej (izolacja powietrzno-pyłowa) oraz o podwyższonym ryzyku zakażenia z powodu obniżonej odporności (izolacja ochronna).
 - zawiera załączniki: rodzaj i czas zalecanej izolacji w wybranych zakażeniach i stanach klinicznych oraz zespół objawów klinicznych – wskazania do izolacji empirycznej.
3. W Oddziale Obserwacyjno-Zakaźnym znajduje się jedna izolotka z osobnym węzłem sanitarnym oraz służą umywalkowo-fartuchową zlokalizowaną między pomieszczeniem pobytu pacjenta a ogólną drogą komunikacyjną, z bezpośrednim wyjściem na zewnątrz budynku. Pomieszczenie to posiada system wentylacji zapewniający ujemne ciśnienie.
W izolotce izolowani są pacjenci w zakażeniach przenoszonych drogą powietrzno-pyłową po ustaleniu etiologii zakażenia np. GRUŻLICA, ODRA, OSPA WIETRZNA. W pozostałych przypadkach izolacja odbywa się w separatkach w oddziałach szpitalnych.
4. W każdym oddziale szpitalnym znajduje się jedna separotka, w której można zastosować izolację pacjenta w przypadku zakażenia patogenami wymagającymi izolacji.
5. Nadzór nad przestrzeganiem i stosowaniem w/w instrukcji w swoich KO mają KKO, Pielęgniarki Oddziałowe/Koordynujące.

ZAŁĄCZNIK:

	STANDARD AKREDYTACYJNY KZ		NR - KZ - 2012
	KONTROLA ZAKAŻEŃ		Strona 9/13
	Obowiązuje : WSZYSTKIE KO SZPITALA	DATA 01.10.2018	WYDANIE 3

PROCEDURA KZ-9 IZOLACJA CHORYCH ZAKAŻONYCH ORAZ PACJENTÓW O PODWYŻSZONYM RYZYKU ZAKAŻENIA (KZ 1.10)

6.1 KZ 1.11 – Identyfikacja i wygaszanie ogniska epidemicznego

1. W szpitalu jest opracowana i wdrożona procedura identyfikacji i wygaszania ogniska epidemicznego. Znajduje się w każdym oddziale szpitalnym.
2. Procedura identyfikacji i wygaszania ogniska epidemicznego uwzględnia:
 - identyfikację i potwierdzenie ogniska epidemicznego
 - powołanie zespołu odpowiedzialnego za przygotowanie planu monitorowania i wygaszania ogniska
 - plan postępowania
 - współpracę z jednostkami zewnętrznymi
 - właściwe dokumentowanie (w tym raport wstępny i końcowy ogniska epidemicznego).
3. Nadzór nad przestrzeganiem i stosowaniem w/w procedury w swoich KO mają KKO, Pielęgniarki Oddziałowe/Koordynujące. Nad całością ZKZS.

ZAŁĄCZNIK:

PROCEDURA KZ10 IDENTYFIKACJA I WYGASZANIE OGNISKA EPIDEMICZNEGO (KZ 1.11)

6.2 KZ 2 – Program monitorowania zakażeń

1. Program monitorowania zakażeń wprowadzony w szpitalu uwzględnia dane epidemiologiczne uzyskiwane z oddziałów, poradni, izby przyjęć, laboratorium mikrobiologicznego, apteki.
2. Monitorowanie dotyczy w szczególności zakażeń:
 - miejsca operowanego
 - układu moczowego
 - zapaleń płuc, w tym zapalenia płuc u pacjentów leczonych respiratorem
 - łożyska naczyniowego (sepsa pierwotna, sepsa odcewnikowa)
 - krwi.
3. Nadzór nad programem monitorowania zakażeń ma ZKZS.

ZAŁĄCZNIK:

PROCEDURA KZ11 PROGRAM MONITOROWANIA ZAKAŻEŃ SZPITALNYCH (KZ 2)

6.2 KZ 2.1 – Kryteria rozpoznawania zakażeń

1. W szpitalu zostały określone i wdrożone kryteria rozpoznawania zakażeń wg CDC. Kryteria te znajdują się w każdej medycznej KO szpitala.
2. Kryteria rozpoznawania zakażeń uwzględniają:
 - zakażenie miejsca operowanego
 - zakażenie układu moczowego
 - zapalenie płuc

	STANDARD AKREDYTACYJNY KZ		NR - KZ - 2012
	KONTROLA ZAKAŻEŃ		Strona 10/13
	Obowiązuje : WSZYSTKIE KO SZPITALA	DATA 01.10.2018	WYDANIE 3

- zakażenie krwi.

3. Nadzór nad stosowaniem i przestrzeganiem powyższych kryteriów mają KKO.

ZAŁĄCZNIK:

PROCEDURA KZ12 KRYTERIA ROZPOZNAWANIA ZAKAŻEŃ SZPITALNYCH (KZ 2.1)

6.2 KZ 2.2 – Walidacja danych o zakażeniach

1. W szpitalu prowadzona jest walidacja danych o zakażeniach obejmująca:

- zlecenia na antybiotyki, karty zleceń pacjentów, ilość zużytych antybiotyków w oparciu o raporty z apteki
- liczbę gorączkujących pacjentów, zgłaszane przez pielęgniarki odcinkowe, wpis do raportu pielęgniarskiego, analiza – lekarz prowadzący
- wyniki badań mikrobiologicznych, karty drobnoustrojów alarmowych, karty zakażeń szpitalnych
- retrospektywną analizę dokumentacji medycznej.

2. Analiza danych prowadzona jest raz na pół roku przez Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych.

3. Nadzór nad walidacją danych o zakażeniach ma Komitet Kontroli Zakażeń Szpitalnych.

ZAŁĄCZNIK:

PROCEDURA KZ13 WALIDACJA ZAKAŻEŃ SZPITALNYCH (KZ 2.2)

6.3 KZ 3 – Analiza dotycząca szczepów wieloopornych

1. W szpitalu prowadzona jest analiza dotycząca szczepów wieloopornych u pacjentów przyjmowanych do szpitala i podejrzanych o kolonizację tymi szczepami.

2. Szpitalna strategia zapobiegania lekooporności obejmuje:

- odpowiednie wykorzystanie diagnostyki mikrobiologicznej
- identyfikację nieracjonalnego i błędnego stosowania antybiotyków
- raportowanie danych o szczepach wieloopornych
- przerywanie dróg transmisji szczepów wieloopornych.

3. Nadzorowanie szpitalnej strategii zapobiegania lekooporności w szpitalu należy do Komisji analizującej skuteczność leczenia oraz do Zespołu ds. Antybiotykoterapii.

ZAŁĄCZNIK:

PROCEDURA KZ14 SZPITALNA STRATEGIA ZAPOBIEGANIA LEKOOPORNOŚCI (KZ 3)

6.4 KZ 4 – Wyniki monitorowania zakażeń

1. Kierownictwo i personel szpitala regularnie zapoznają się z wynikami monitorowania zakażeń.

2. Wnioski z monitorowania są przekazywane do przewodniczącego KKZS, zaś wnioski z okresowych analiz są przekazywane 2x w roku na zebraniu KKZS.

3. Wyniki monitorowania zakażeń są przedmiotem analizy i propozycją zmian w funkcjonowaniu oddziałów i programu kontroli zakażeń.

	STANDARD AKREDYTACYJNY KZ		NR - KZ - 2012
	KONTROLA ZAKAŻEŃ		Strona 11/13
	Obowiązuje : WSZYSTKIE KO SZPITALA	DATA 01.10.2018	WYDANIE 3

4. Wyniki monitorowania zakażeń są przedstawiane personelowi szpitala raz na pół roku w formie informacji zwrotnej na zebraniach KKO.
5. Przekazywanie wyników monitorowania zakażeń personelowi medycznemu należy do ZKZS.

ZAŁĄCZNIK:

INFORMACJA ZWROTNA NA TEMAT MONITOROWANIA ZAKAŻEŃ PRZEDSTAWIONA KIEROWNICTWU I PERSONELOWI SZPITALA (KZ 4)

6.5 KZ 5 – Szkolenia personelu z zakażeń szpitalnych

1. Personel szpitala systematycznie (dwa razy w roku) uczestniczy w szkoleniach dotyczących zakażeń szpitalnych.
2. W szkoleniach z zakresu zakażeń uczestniczy personel medyczny i niemedyczny adekwatnie do wykonywanych obowiązków.
3. Przygotowywany jest plan szkoleń na dany rok. Tematów jest 2-3 do realizacji. Prowadzone są listy obecności a także listy obecności w poszczególnych KO. Osoby, które nie mogą uczestniczyć w szkoleniach zapoznają się z materiałem szkoleniowym u kierownika KO i pisemnie potwierdzają ten fakt.
4. Pracownicy firm zewnętrznych świadczący usługi na rzecz szpitala są szkoleni na temat zakażeń w swoich firmach.
5. Nadzór nad szkoleniami personelu z zakażeń szpitalnych mają KKO oraz ZKZS.

ZAŁĄCZNIK:

DOKUMENTY POTWIERDZAJĄCE UDZIAŁ I PRZEPROWADZENIE SZKOLENIA Z ZAKRESU ZAKAŻEŃ SZPITALNYCH DLA PERSONELU SZPITALA (KZ 5)

6.6 KZ 6 – Program racjonalnej polityki antybiotykowej

1. W szpitalu wdrożono program racjonalnej polityki antybiotykowej.
2. Obowiązujący w szpitalu program antybiotykoterapii obejmuje:
 - zasady zlecenia badań mikrobiologicznych w przypadku podejrzenia zakażenia
 - zalecenia dotyczące terapii empirycznej i celowanej najczęściej leczonych zakażeń
 - zalecenia dotyczące profilaktycznego stosowania antybiotyków
 - monitorowanie zmian w lekooporności drobnoustrojów szpitalnych
 - szpitalną listę antybiotyków, tryb ich zamawiania i zasady stosowania (znajduje się w Receptariu-szu Szpitalnym)
 - monitorowanie ilości i zasadności zlecanych antybiotyków
 - regularne szkolenia dla personelu medycznego.
3. Nadzór nad programem racjonalnej polityki antybiotykowej ma Zespół ds. Antybiotykoterapii.

ZAŁĄCZNIK:

PROCEDURA KZ15 PROGRAM RACJONALNEJ POLITYKI ANTYBIOTYKOWEJ (KZ 6)

PROCEDURA KZ16 REKOMENDACJE LECZENIA NAJCZĘSTSZYCH ZAKAŻEŃ W SZPITALU (KZ 6)

6.7 KZ 7 – Antybiotykowa profilaktyka okołozabiegowa

	STANDARD AKREDYTACYJNY KZ		NR - KZ - 2012
	KONTROLA ZAKAŻEŃ		Strona 12/13
	Obowiązuje : WSZYSTKIE KO SZPITALA	DATA 01.10.2018	WYDANIE 3

1. W szpitalu wdrożono antybiotykową profilaktykę okołozabiegową.
2. Opracowano standardową procedurę postępowania dla prowadzenia profilaktyki okołozabiegowej u pacjentów operowanych z uwzględnieniem:
 - specyfiki oddziałów
 - rodzajów zabiegów i kategorii pacjentów, u których powinna być stosowana profilaktyka
 - antybiotyków stosowanych w profilaktyce oraz stosowanych w przypadkach alergii na antybiotyki beta-laktamowe
 - sposobu monitorowania poprawności stosowania profilaktyki antybiotykowej (dawka, czas podania, droga podania)
 - zakresu odpowiedzialności poszczególnych członków zespołu
 - sposobu dokumentowania.
3. Nadzór nad antybiotykową profilaktyką okołozabiegową ma Zespół ds. Antybiotykoterapii.

ZAŁĄCZNIK:

PROCEDURA KZ-17 ANTYBIOTYKOWA PROFILAKTYKA OKOŁOZABIEGOWA (KZ 7)

7. DOKUMENTY ZWIĄZANE

Z niniejszym standardem związane są następujące dokumenty:

1. Zestaw Standardów Akredytacyjnych 2009, wydanych przez CMJ w OZ Kraków.
2. Procedury ZSZ.
3. Dokumentacja ZSZ w wersji papierowej i elektronicznej.

8. ZAŁĄCZNIKI

Z niniejszym standardem związane są następujące załączniki:

1. PROCEDURA KZ1 – Higieniczne mycie i dezynfekcja rąk (KZ 1.2)
2. PROCEDURA KZ2 – Chirurgiczne przygotowanie rąk do zabiegów (KZ 1.2)
3. PROCEDURA KZ3 – Sprząatanie i dekontaminacja pomieszczeń szpitalnych (KZ 1.3)
4. PROCEDURA KZ4 – Mycie i dekontaminacja sprzętu użytkowego (KZ 1.4)
5. PROCEDURA KZ5 – Mycie, dezynfekcja i sterylizacja sprzętu medycznego (KZ 1.5)
6. PROCEDURA KZ6 – Postępowanie z bielizną szpitalną (KZ 1.6)
7. PROCEDURA KZ7 – Zasady stosowania środków ochrony osobistej (KZ 1.7)
8. PROCEDURA KZ8 – Postępowania po ekspozycji na krew i inny potencjalnie infekcyjny materiał /ipim/ mogący przenosić zakażenie HBV, HCV I HIV (KZ 1.9)
9. PROCEDURA KZ9 – Izolacja chorych zakażonych oraz pacjentów o podwyższonym ryzyku zakażenia (KZ 1.10)
10. PROCEDURA KZ10 – Identyfikacja i wygaszanie ogniska epidemicznego (KZ 1.11)
11. PROCEDURA KZ11 – Program monitorowania zakażeń szpitalnych (KZ 2)
12. PROCEDURA KZ12 – Kryteria rozpoznawania zakażeń szpitalnych (KZ 2.1)
13. PROCEDURA KZ13 – Walidacja zakażeń szpitalnych (KZ 2.2)
14. PROCEDURA KZ14 – Szpitalna strategia zapobiegania lekooporności (KZ 3)
15. PROCEDURA KZ15 – Program racjonalnej polityki antybiotykowej (KZ 6)

	STANDARD AKREDYTACYJNY KZ		NR - KZ - 2012
	KONTROLA ZAKAŻEŃ		Strona 13/13
	Obowiązuje : WSZYSTKIE KO SZPITALA	DATA 01.10.2018	WYDANIE 3

16. PROCEDURA KZ16 – Rekomendacje leczenia najczęstszych zakażeń w szpitalu (KZ 6)
17. PROCEDURA KZ17 – Antybiotykowa profilaktyka okołozabiegowa (KZ 7).
18. Plan pracy zespołu kontroli zakażeń szpitalnych (KZ 1.1) – Dokument dostępny w ZKZS
19. Dokument zawierający informacje o poziomie wyszczepienia pracowników w szczególności przeciwko WZW B i grypie, absencji chorobowej z powodu grypy (KZ 1.8) – Dokument dostępny w ZKZS
20. Informacja zwrotna na temat monitorowania zakażeń przedstawiona kierownictwu i personelowi szpitala (KZ 4) – Dokument dostępny w ZKZS
21. Dokumenty potwierdzające udział i przeprowadzenie szkolenia z zakresu zakażeń szpitalnych dla personelu szpitala (KZ 5) – Dokument dostępny w ZKZS

9. SPIS TREŚCI, KARTA ZMIAN, ZATWIERDZENIA

1. CEL.....	1
2. PRZEDMIOT.....	1
3. ZAKRES OBOWIĄZYWANIA.....	1
4. TERMINOLOGIA I SKRÓTY.....	1
5. ODPOWIEDZIALNOŚĆ.....	2
6. OPIS STANDARDU.....	3-11
7. DOKUMENTY ZWIĄZANE.....	11
8. ZAŁĄCZNIKI.....	12
9. SPIS TREŚCI, KARTA ZMIAN, ZATWIERDZENIA.....	13

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 standardu akredytacyjnego	01.04.2014	B. Mros-Jaszewska
2	Całość	Całość	Aktualizacja – wydanie 3	01.10.2018	B. Mros-Jaszewska

Zatwierdzenia

Zespół	Imię i nazwisko KO	Data	Podpis
Opracowała	NEp Beata Mros-Jaszewska	01.10.2018	<i>Podpis nieczytelny</i>
Sprawdziła	NEp Barbara Matuszek	01.10.2018	<i>Podpis nieczytelny</i>
Sprawdziła	ZKZS Dorota Lelowicz	01.10.2018	<i>Podpis nieczytelny</i>
Sprawdził	NR Szymon Stuchly	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>