


| | | |
|---|---|------------------------|
|  | PROCEDURA STANDARDU AKREDYTACYJNEGO KZ | NR -KZ-13-2012 |
| | WALIDACJA ZAKAŻEŃ SZPITALNYCH | |
| | Obowiązuje: WSZYSTKIE MEDYCZNE KO SZPITALA | DATA 01.10.2018 |
| | | WYDANIE 4 |

1. CEL

Celem niniejszej procedury jest określenie metody sprawdzania prawidłowości rejestracji i dokumentowania zakażeń szpitalnych, czyli spełnienie postulatu o konieczności funkcjonowania wewnętrznego mechanizmu sprawdzania wiarygodności danych dotyczących zakażeń.

2. PRZEDMIOT

Przedmiotem niniejszej procedury jest ustalenie sposobu postępowania w walidacji zakażeń szpitalnych.

3. ZAKRES OBOWIĄZYWANIA

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

4. TERMINOLOGIA I SKRÓTY

Walidacja – działanie mające na celu potwierdzenie w sposób udokumentowany i zgodny z założeniami, że procedury, procesy, urządzenia, materiały, czynności, systemy prowadzą do zaplanowanych wyników, zostały spełnione wymagania określone w procesie monitorowania, a przyjęta metoda monitorowania zakażeń, umożliwia niezawodną i powtarzalną realizację celów.

Przyjęta w 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.

KO – Komórka Organizacyjna Szpitala

KKO – Kierownik KO

DM – Dyrektor ds. Medycznych

CRP – białka ostrej fazy

RTG – rentgenografia.

5. ODPOWIEDZIALNOŚĆ

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

PZJ – odpowiada za zgodność procedury z ZSZ.

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


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

6. OPIS PROCESU

6.1 Przebieg procesu

W celu uzyskania oczekiwanego rezultatu należy:

1. Walidację przeprowadzać przez zespół powołany przez Przewodniczącego Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych, spośród członków Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych oraz Zespołu ds. Antybiotykoterapii.

| | | | |
|---|---|------------------------|-----------------------|
|  | PROCEDURA STANDARDU AKREDYTACYJNEGO KZ | | NR -KZ-13-2012 |
| | WALIDACJA ZAKAŻEŃ SZPITALNYCH | | Strona 2/5 |
| | Obowiązuje: WSZYSTKIE MEDYCZNE KO SZPITALA | DATA 01.10.2018 | WYDANIE 4 |

Przewodniczącym powołanego zespołu jest Przewodniczący Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych. Zespół działa w składzie, co najmniej trzyosobowym.

2. Walidację przeprowadzać regularnie raz na pół roku następującymi metodami:

„Point prevalence”, czyli metodą punktową polegającą w szczególności na tym, że w określonym ściśle terminie, co do dnia i godziny rejestruje się jednocześnie wszystkich hospitalizowanych pacjentów z zakażeniem oraz zużycie stosowanych antybiotyków na podlegających monitorowaniu oddziałach szpitalnych.

Retrospektywną (monitorowanie retrospektywne), czyli analizę dokumentacji medycznej pacjentów. Przegląd historii choroby 10 wybranych losowo przez Dział Statystyki pacjentów z miesięcznego okresu poprzedzającego walidację punktową.

Zastosowanie konkretnej metody zarządza przewodniczący zespołu.

3. Stwierdzone zakażenia zestawiać w następujące grupy:

3.1. Zakażenia szpitalne,

3.2. Zakażenia pozaszpitalne,

3.3. Pacjenci otrzymujący antybiotyk z innych powodów niż zakażenie szpitalne lub pozaszpitalne.

4. Pacjentów oddziału grupować na:

4.1. Pacjentów z zakażeniem szpitalnym,

4.2. Pacjentów z zakażeniem pozaszpitalnym, w tym inny podmiot leczniczy,

4.3. Pacjentów bez zakażenia szpitalnego i pozaszpitalnego (w tym z innego podmiotu leczniczego) otrzymujący antybiotyk,

4.4. Pacjentów bez zakażenia i nieotrzymujący antybiotyku (nierejestrowani w tabelach)

5. Przy metodzie punktowej należy:


5.1. Badanie prowadzić jednocześnie na wszystkich wytypowanych oddziałach, jeśli jednocześnie (w tym samym dniu) wykonanie kontroli we wszystkich oddziałach jest niemożliwe, to kontrolę organizuje się tak, aby rozpoczęta kontrola na oddziale została zakończona w tym samym dniu. Kontrolę kolejnych oddziałów wykonuje się w kolejnych po sobie następujących dniach tygodnia tak, aby w jednym dniu monitorować w całości wybrane oddziały.

5.2. Do monitorowania włączać wszystkich pacjentów, którzy byli na stanie oddziału do godziny 8⁰⁰ w dniu monitorowania.


5.3. Monitorowanie prowadzić zasadniczo bez uprzedzania personelu oddziału, a jeżeli jest to konieczne to oddział uprzedzać nie wcześniej niż w dzień poprzedzający monitorowanie. O powiadomieniu lub zaniechaniu powiadomienia oddziału decyduje przewodniczący zespołu.

5.4. Oddział przygotowuje dokumentację medyczną pacjentów związaną tematycznie z zakażeniami szpitalnymi:

- a) Karty gorączkowe od początku hospitalizacji pacjentów,
- b) Karty obserwacji centralnego cewnika naczyniowego
- c) Karty obserwacji miejsca wkłucia obwodowego,
- d) Karty obserwacji miejsca wkłucia tętniczego,
- e) Karty obserwacji pacjenta z cewnikiem moczowym,

| | | | |
|---|---|------------------------|-----------------------|
|  | PROCEDURA STANDARDU AKREDYTACYJNEGO KZ | | NR -KZ-13-2012 |
| | WALIDACJA ZAKAŻEŃ SZPITALNYCH | | Strona 3/5 |
| | Obowiązuje: WSZYSTKIE MEDYCZNE KO SZPITALA | DATA 01.10.2018 | WYDANIE 4 |

- f) Karty obserwacji miejsca operowanego,
 - g) Wykaz pacjentów pobierających antybiotyki,
 - h) Historie choroby pacjentów.
- 5.5.Z udziału w monitorowaniu wyłączyć personel oddziału.
- 5.6.Stosować następujące techniki monitorowania:
- a) Zbieranie podstawowych danych oddziału dotyczących liczby:
 - pacjentów w dniu monitorowania,
 - łóżek w oddziale,
 - pacjentów z linią naczyniową centralną i obwodową,
 - pacjentów z cewnikiem do pęcherza moczowego,
 - pacjentów obłożnie chorych,
 - pacjentów poddanych zabiegom operacyjnym w trakcie aktualnej hospitalizacji.
 - b) Wizyta na oddziale, analiza dokumentacji pacjentów w zakresie:
 - kart gorączkowych od początku hospitalizacji,
 - otrzymywanych antybiotyków od początku hospitalizacji,
 - zwrócenie uwagi na pacjentów wysokiego ryzyka do wystąpienia zakażenia:
 - przeniesieni z Oddziału Intensywnej Terapii,
 - z liniami naczyniowymi centralnymi,
 - z liniami naczyniowymi obwodowymi,
 - z cewnikiem do pęcherza moczowego,
 - ponownie przyjęci, w krótkim okresie od ostatniej hospitalizacji,
 - pacjenci których stan zdrowia uległ pogorszeniu w trakcie hospitalizacji,
 - c) Rozmowa z personelem-identyfikacja pacjentów z zakażonym miejscem operowanym (rozmowa w szczególności z pielęgniarką oddziałową i łącznikową).
- 5.7.Analizowanie badań mikrobiologicznych hospitalizowanych pacjentów.
- 5.8.Analizowanie w szczególnych sytuacjach wyników badań obrazowych i innych badań dodatkowych (CRP, RTG klatki piersiowej, badania ogólne moczu, prokalcytonina).
- 5.9.Zbieranie danych o zakażeniu szpitalnym wg załączonej tabeli. (załącznik nr 1).
6. Przy metodzie retrospektywnej należy:
- 6.1.Wykonać wszystkie czynności przewidziane w metodzie punktowej w zakresie badania dokumentacji.
7. Oceniać prawidłowość dokumentowania zakażeń szpitalnych przez:
- a) Porównanie uzyskanych danych na oddziale z liczbą zgłoszonych zakażeń szpitalnych w rejestrze prowadzonym przez pielęgniarkę epidemiologiczną.
 - b) Sprawdzenie dokumentowania zakażeń szpitalnych na oddziale.
8. Dokumentować przeprowadzoną walidację stosując:
- 8.1.Tabelę nr 1 oraz tabelę nr 2 stanowiące odpowiednio załączniki nr 1 i nr 2 do niniejszej procedury.
 - 8.2.Objaśnienia i uwagi związane z wypełnianiem tabel znajdujące się w załączniku nr 3.
 - 8.3.Z kontroli sporządzać protokół.

| | | | |
|---|---|------------------------|-----------------------|
|  | PROCEDURA STANDARDU AKREDYTACYJNEGO KZ | | NR -KZ-13-2012 |
| | WALIDACJA ZAKAŻEŃ SZPITALNYCH | | Strona 4/5 |
| | Obowiązuje: WSZYSTKIE MEDYCZNE KO SZPITALA | DATA 01.10.2018 | WYDANIE 4 |

8.4. Stwierdzenia uchybienia opisać, równocześnie wskazując sposób usunięcia uchybień.

8.5. Protokoły przekazywać DM oraz KKO.

9. Wyniki walidacji wykorzystywać do:

9.1. Wdrażania działań naprawczych w przypadku negatywnego wyniku walidacji, za który uważa się w szczególności:

- a) Niezgodność dokumentacji oddziałowej z dokumentacją rejestru zakażeń szpitalnych,
- b) Brak w rejestrze „zakażenia szpitalne” zakażenia, mimo wyczerpania definicji zakażenia szpitalnego.

9.2. Formułowania wniosków w szczególności w zakresie zużycia antybiotyków oraz ilości badań mikrobiologicznych w odniesieniu do ilości zużytych antybiotyków.


7. DOKUMENTY ZWIĄZANE

Z niniejszą procedurą związane są następujące dokumenty:

1. Procedura KZ 11-Program monitorowania zakażeń szpitalnych (KZ 2)
2. Procedura KZ 12-Kryteria rozpoznawania zakażeń szpitalnych (KZ 2.1)
3. Procedura KZ 15-Program racjonalnej polityki antybiotykowej (KZ 6)
4. Procedura KZ 16-Rekomendacje leczenia najczęstszych zakażeń w szpitalu (KZ 6)
5. Procedura KZ 17-Antybiotykowa profilaktyka okołozabiegowa (KZ 7).

8. ZAŁĄCZNIKI

1. Załącznik Nr 1 – Tabela Nr 1 Monitorowanie zakażeń szpitalnych
2. Załącznik Nr 2 – Tabela Nr 2 Monitorowanie pacjentów otrzymujących antybiotyki z innych powodów niż zakażenie szpitalne lub pozaszpitalne
3. Załącznik Nr 3 – Objaśnienia i uwagi związane z wypełnianiem tabel

| | | | |
|---|---|------------------------|-----------------------|
|  | PROCEDURA STANDARDU AKREDYTACYJNEGO KZ | | NR -KZ-13-2012 |
| | WALIDACJA ZAKAŻEŃ SZPITALNYCH | | Strona 5/5 |
| | Obowiązuje: WSZYSTKIE MEDYCZNE KO SZPITALA | DATA 01.10.2018 | WYDANIE 4 |

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..... | 1-4 |
| 7. DOKUMENTY ZWIĄZANE | 4 |
| 8. ZAŁĄCZNIKI | 4 |
| 9. SPIS TREŚCI, KARTA ZMIAN, ZATWIERDZENIA..... | 5 |

Karta zmian

| Nr zmiany | Zmiany | | Opis zmiany | Data zmiany | Podpis autora zmiany |
|-----------|----------------------------|---|--------------------------|-------------|--|
| | punktu podpunktu rozdziału | akapitu lub fragmentu tekstu ze strony nr | | | |
| 1 | 2 | | Całość punktu | 19.07.2013 | Maria Morzywołek |
| 2 | Całość | Całość | Przegląd aktualizacyjny | 01.04.2014 | Maria Morzywołek Barbara Matuszek |
| 3 | Całość | Całość | Aktualizacja – wydanie 4 | 01.10.2018 | Maria Morzywołek Beata Mros-Jaszewska |

Zatwierdzenia

| Zespół | Imię i nazwisko KO | Data | Podpis |
|---------------------|-------------------------------|------------|---------------------------|
| Opracowała | DLM Maria Morzywołek | 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> |
| Sprawdziła | ZKZS Dorota Lelowicz | 01.10.2018 | <i>Podpis nieczytelny</i> |
| Sprawdził | PZJ Grzegorz Buła | 01.10.2018 | <i>Podpis nieczytelny</i> |
| Zatwierdziła | DM Elżbieta Wielgos-Karpińska | 01.10.2018 | <i>Podpis nieczytelny</i> |