

	PROCEDURA STANDARDU AKREDYTACYJNEGO KZ		NR - KZ15 -2012
	PROGRAM RACJONALNEJ POLITYKI ANTYBIOTYKOWEJ		Strona 1/8
	Obowiązuje : WSZYSTKIE KO SZPITALA	DATA 01.10.2018	WYDANIE 5

1. CEL

Celem niniejszej procedury jest wdrożenie Programu Szpitalnej Polityki Antybiotykowej w KO Szpitala Rejonowego im. dr. Józefa Rostka w Raciborzu.

2. PRZEDMIOT

Przedmiotem procedury jest opracowanie Programu Szpitalnej Polityki Antybiotykowej mający na celu prowadzenie w KO właściwej antybiotykoterapii rozumianej jako zlecenie antybiotyku tylko wtedy gdy jest to korzystne dla pacjenta, dokonywanie wyboru antybiotyku, dawki, czasu leczenia, tak aby uzyskać optymalną skuteczność leczenia, przy minimum działań niepożądanych, minimalnym wpływie na lekooporność oraz jak najmniejszych kosztach.

3. ZAKRES OBOWIĄZYWANIA

Procedura obowiązuje we wszystkich medycznych KO Szpitala Rejonowego 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.

SPA – Szpitalna Polityka Antybiotykowa.

LM – Laboratorium Mikrobiologiczne.

5. ODPOWIEDZIALNOŚĆ

DM – odpowiada za zatwierdzenie procedury i ogólny nadzór nad nią

PZJ – odpowiada za zgodność procedury z ZSZ.

DOZ, NEp – odpowiadają za merytoryczne przygotowanie i opracowanie procedury

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

6. OPIS PROCESU

Niewłaściwe stosowanie i nadużywanie antybiotyków w medycynie przyczyniło się do pojawienia i rozprzestrzeniania na bardzo szeroką skalę opornych drobnoustrojów dysponujących coraz sprawniejszymi mechanizmami lekooporności. Pojawiło się niebezpieczeństwo wyczerpania opcji terapeutycznych w leczeniu niegroźnych dotychczas chorób. W związku z powyższym w szpitalu powołano Zespół ds. Antybiotykoterapii, którego celem jest opracowanie, wdrożenie i koordynowanie Programu Racjonalnej Polityki Antybiotykowej we wszystkich KO.

Skuteczne wdrożenia SPA pozwoli na zwiększenie skuteczność leczenia zakażeń poprzez spadek śmiertelności, skrócenie hospitalizacji i zmniejszenie częstości ponownych hospitalizacji, ograniczenie oporności szcze-

	PROCEDURA STANDARDU AKREDYTACYJNEGO KZ		NR - KZ15 -2012	
	PROGRAM RACJONALNEJ POLITYKI ANTYBIOTYKOWEJ			Strona 2/8
	Obowiązuje : WSZYSTKIE KO SZPITALA		DATA 01.10.2018	WYDANIE 5

pów szpitalnych na antybiotyki, zmieszenie powikłań infekcyjnych (zakażeń powodowanych przez Clostridium difficile), ograniczenie częstości stosowanych antybiotyków oraz zmniejszenie wydatków szpitala.

Wdrażając Program Racjonalnej Polityki Antybiotykowej podjęto następujące działania:

6.1 Odpowiednie wykorzystanie diagnostyki mikrobiologicznej poprzez;

- Opracowanie zaleceń pobierania i transportu materiału do badań mikrobiologicznych w przypadku podejrzenia zakażenia.
- Nadzór LM nad prawidłowym pobieraniem i przesyłaniem materiału do badań mikrobiologicznym celem zapobiegania wystąpieniu błędów przedlaboratoryjnych co ma istotny wpływ na wiarygodność wyniku badania.
- Konstrukcję antybiogramu, który ułatwi lekarzowi wybór właściwego antybiotyku.

6.2 Opracowano rekomendację dotyczące leczenia empirycznego i celowanego najczęstszych zakażeń w szpitalu.

6.3 Wdrożono Procedurę Antybiotykowej Profilaktyki Okołooperacyjnej, która definiuje rodzaj antybiotyku wybieranego przez lekarza prowadzącego w profilaktyce okołooperacyjnej w zależności od charakteru rany, uczulenia na antybiotyk beta-laktamowy, jego dawkowanie i czas podania przed nacięciem powłok skórnych oraz potrzebę podania powtórnej dawki śródoperacyjnie.

6.4 Opracowano Procedurę Szpitalnej Strategii Zapobiegania Lekooporności, mającej na celu;

- monitorowanie i identyfikację mechanizmów oporności przez Laboratorium Mikrobiologiczne,
- opracowywanie analizy retrospektywnej zakażeń poprzez tworzenie tzw. kumulowanych antybiogramów dwa razy do roku przez LM,
- analiza retrospektywna dotyczy każdego oddziału z osobna, ocenie nie podlegają szczepy z badań mikrobiologicznych pobieranych w celu monitorowania a diagnostyki,
- analiza prowadzona jest osobno dla każdego miejsca anatomicznego (tj. krew, mocz, rana, itp.)
- wyniki z otrzymanych analiz przez LM są przekazywane Zespołowi Kontroli Zakażeń Szpitalnych i Zespołowi ds. Antybiotykoterapii.

6.5 Opracowano Szpitalną Listę Antybiotyków, tryb ich zamawiania i zasady stosowania znajdują się w Receptariuszu Szpitalnym, który w formie elektronicznej jest dostępny we wszystkich KO. Włączenie nowego antybiotyku do szpitalnego receptariusza odbywa się po rozpatrzeniu pisemnego wniosku przez Zespół d/s Antybiotykoterapii podpartego charakterystyką leku oraz badaniami klinicznymi wskazującymi na skuteczność antybiotyku w proponowanym leczeniu. Po rozpatrzeniu wniosku przez Zespół ds. Antybiotykoterapii przewodniczący przedstawia decyzję do akceptacji Zespołowi Terapeutycznemu.

	PROCEDURA STANDARDU AKREDYTACYJNEGO KZ		NR - KZ15 -2012
	PROGRAM RACJONALNEJ POLITYKI ANTYBIOTYKOWEJ		Strona 3/8
	Obowiązuje : WSZYSTKIE KO SZPITALA	DATA 01.10.2018	WYDANIE 5

Szpitalna Lista Antybiotyków została podzielona na 3 grupy antybiotyków:

- **Grupa I** - obejmuje antybiotyki stosowane w profilaktyce okołozabiegowej.

Antybiotyk	Dawka	Czas, po którym należy podać następną dawkę śródoperacyjnie.
Cefazolina dożylnie	1,0 g, jeżeli masa ciała < 80 kg, 2,0 g, jeżeli masa ciała > 80 kg (dotyczy pierwszej dawki),	4 godziny
Klindamycyna - dożylnie podawana u pacjentów uczulonych na antybiotyki beta-laktamowe	600-900 mg	3-6 godzin
Wankomycyna - u nosicieli MRSA	1,0 g	6-12 godzin
Sol. 0,3% Gentamycyna Gentamycyna amp.80mg Ofloxacin (Floxa)-krople (w Oddziale Okulistycznym)	Krople podawane miejscowo do worka spojówkowego. Podawana w iniekcji podspojówkowej. Krople podawane miejscowo do worka spojówkowego.	
Metronidazol dożylnie (Oddz.Ginekologiczno-Położniczy u pacjentów uczulonych na antybiotyki beta-laktamowe oraz Oddz. Otolaryngologicznym w ranach czysto-skażonych i skażonych w połączeniu z Cefazoliną)	Przedoperacyjnie: 15mg/kg podawane przez 30-60 min, tak aby wlew zakończyć 1 godz. przed zabiegiem. Pooperacyjnie :7,5 mg/kg po 6-12 godz. od dawki przedoperacyjnej.	6-10 godzin
Gentamycyna (w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym u pacjentów uczulonych na antybiotyki β - laktamowe)	160mg dożylnie	

	PROCEDURA STANDARDU AKREDYTACYJNEGO KZ		NR - KZ15 -2012
	PROGRAM RACJONALNEJ POLITYKI ANTYBIOTYKOWEJ		Strona 4/8
	Obowiązuje : WSZYSTKIE KO SZPITALA	DATA 01.10.2018	WYDANIE 5

- **Grupa II** - to antybiotyki stosowane w terapii empirycznej, które mogą być zlecane przez każdego lekarza i nie wymagają imiennej recepty.

Amikacyna	Biodacyna fiol. 0,25 g , 1 g
Amoksycyklina	Amotaks DIS tabl. 0,5 g , 1,0 g tabl. Duomox tabl.rozp. 0,25 g
Amoksycyklina + kw.klawulanowy	Amoksiklav 625 mg tabl. Amoksiklav fiol. 0,6 g fiol Taromentin fiol. 1,2 g , 2,2 g
Ampicylina	Ampicillin inj.1 g * 1 fiol.
Azitromycyna	AzitroLek zawiesina 100 mg / 5 ml Sumamed inj. iv 0,5 g fiol Macromax 0,5 g tabl.
Ceftriakson	Tartriakson fiol. 1g , 2g
Cefuroksym	Tarsime fiol. 0,75 g , 1,5 g Aprokam fiol. 0,05g
Cefuroksym aksetyl	Xorimax tab.powl. 0,5 g
Ciprofloksacyna	Cipronex tab.powl.0,5 g Proxacin amp. 200 mg, Cipronex flak.. 0,1 g , 0,2 g
Doksycyklina	Doxyratio M kaps. 0,1g Doxycyclinum fiol. 0,1 g
Erytromycyna	Erythromycinum tab.powl. 0,2 g
Klarytromycyna	Klabax zawiesina 0,125 g / 5 ml * 60 ml Taclar inj. 0,5 g fiol.
Kloksacylina	Syntarpen 1,0g fiolka
Kotrimoksazol	Biseptol zaw. 240 mg / 5 ml Biseptol tabl. 0,48 g, Biseptol amp. 0,480 g / 5 ml
Metronidazol	Metronidazol tab. 0,25 g Metronidazol amp. 0,5 % Metronidazol sol.isotonica flak. 0,5 % * 100 ml
Norfloksacyna	Norsept tabl. 0,4 g
Wankomycyna	Edicin fiol. 0,5 g , 1,0 g

	PROCEDURA STANDARDU AKREDYTACYJNEGO KZ		NR - KZ15 -2012
	PROGRAM RACJONALNEJ POLITYKI ANTYBIOTYKOWEJ		Strona 5/8
	Obowiązuje : WSZYSTKIE KO SZPITALA	DATA 01.10.2018	WYDANIE 5

- **Grupa III** - antybiotyki stosowane w terapii celowanej, które mogą być zlecane po wypisaniu imiennej recepty na pacjenta i spełnieniu określonych warunków jak leczenie zgodne z otrzymanym wynikiem antybiogramem. Leczenie antybiotykiem z tej grupy może być podjęte bez wcześniejszego wykonania badania mikrobiologicznego z wynikiem antybiogramu jedynie w przypadkach uzasadnionych opisem stanu klinicznego pacjenta lub terapią wg standardu.

Lekarz zlecający lek wypisuje imienną receptę na antybiotyk dołączając ksero antybiogramu lub standardu terapeutycznego.

Benzylopenicylina potasowa – zamiast antybiogramu dopuszcza się merytoryczne uzasadnienie kliniczne zastosowania leku	Penicillin cryst. fiol. 1mln.j.m., 5mln.j.m.
Cefepim	Cefepim Kabi inj. 1 g, 2 g
Cefoperazon	Dardum fiol. a 1,0
Cefotaksym	Tarcefoksym fiol. 1 g
Ceftazydym	Biotum fiol. 1 g
Doripenem	Doribax fiol. a 0,5
Ertapenem	Invanz fiol. 1 g
Fosamil ceftaroliny	Zinforo fiol. 0,6 g
Gentamycyna	Gentamicin amp. 0,08 g
Imipenem + cilastylna	Tienam fiol. 0,5 g i.v Imipenem + Cilastin Kabi 0,5+0,5
Klindamycyna	Dalacin C kaps. 150 mg, 300 mg Klimicin amp. 0,3 g, 0,6 g
Kolistymetat sodowy	Colistin fiol. 1 000 000 j.m.
Lewofloksacyna	Levoxa flak. 0,5 g Levoxa 0,5 g tabl.
Linezolid	Zyvoxid tabl. a 0,6, worki a 0,6/300 ml
Meropenem	Meronem fiol. 0,5 g , 1 g
Neomycyna – tylko do dekontaminacji przewodu pokarmowego	Neomycinum tabl. 0,25 g
Netylmycyna	Netromycine fiol. 0,05g, 0,2 g
Piperacylina	Piperacillin fiol. 1 g
Piperacylina + tazobaktam	Tazocin fiol. 2,25 g, 4,5 g Piperacyllin + Tazobactam Kabi 4,5 g
Rifampicyna	Rifampicin kaps. 0,15 g, 0,3 g
Rifampicyna + izoniazyd	Rifamazid kaps. 0,3 g
Streptomycyna	Streptomycinum fiol. 1 g
Sulbaktam + ampicylina	Unasyn fiol. 0,75 g, 3 g
Teikoplanina	Targocid fiol. 200 mg, 400 mg
Tikarcyлина + kw.klawulanowy	Timentin fiol. 1,6 g, 3,2 g

	PROCEDURA STANDARDU AKREDYTACYJNEGO KZ		NR - KZ15 -2012
	PROGRAM RACJONALNEJ POLITYKI ANTYBIOTYKOWEJ		Strona 6/8
	Obowiązuje : WSZYSTKIE KO SZPITALA	DATA 01.10.2018	WYDANIE 5

- 6.6** Zespół ds. Antybiotykoterapii monitoruje ilość i zasadność zleczanych 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 2 razy w roku.
- 6.7** Zespół ds. Antybiotykoterapii przeprowadza audyt antybiotykoterapii w poszczególnych KO. Analiza dotyczy bieżącej i retrospektywnej dokumentacji medycznej pacjentów. Ocenie podlega prawidłowości stosowanej antybiotykoterapii w wybranych KO zgodnie z Procedurą Racjonalnej Polityki Antybiotykowej, Procedurą Szpitalnej Strategii Zapobiegania Lekooporności oraz Profilaktyki Okołożabiegowej.
- 6.8** Zaleca się stosowanie w KO terapii sekwencyjnej czyli zamiany antybiotyku dożylnego na doustny po uzyskaniu stabilizacji stanu klinicznego pacjenta. Korzyści płynące z zastosowania doustnego antybiotyku, to: skrócenie czasu hospitalizacji, zmniejszenie ryzyka powikłania terapii dożylnej, zmniejszenie nakładu pracy, zmniejszenie wydatków na leki. Zmiana na formę doustną antybiotyku może być rozważona po 48 godz. podawania antybiotyku parenteralnego jeśli;
- uzyskano poprawę kliniczną i stabilizację stanu pacjenta,
 - brak chorób wpływających na upośledzenie wchłaniania jak wymioty, silna biegunka, niedrożność,
 - wykluczono zakażenie, które wymaga przedłużonego leczenia dożylnego,
 - dostępność formy doustnej antybiotyku o zbliżonym spektrum działania, którego skuteczność w leczeniu danego zakażenia i wystarczająca biodostępność została udowodniona w badaniach klinicznych,
- 6.9** Zespół ds. Antybiotykoterapii z Zespołem Kontroli Zakażeń Szpitalnych przeprowadza szkolenia personelu medycznego zgodnie z zapotrzebowaniem potwierdzone listą obecności.
- 6.10** Zespół ds. Antybiotykoterapii na prośbę lekarza prowadzącego wykonuje konsultację dotyczące antybiotykoterapii u pacjenta danej KO.

7. DOKUMENTY ZWIĄZANE

Z niniejszą procedurą związane są następujące dokumenty:

1. Stosowanie antybiotyków w profilaktyce okołoperacyjnej –Rekomendacje zalecane przez Prof. dr hab. med. Walerię Hryniewicz, Prof. dr hab. Med. Jana Kuliga (2011).
2. Szpitalna lista antybiotyków –propozycja kierowana do szpitali. Autorzy; Prof. dr hab. med. Walerię Hryniewicz, dr n.med. Tomasz Ozorowski (2011).
3. Szpitalna Polityka Antybiotykowa- propozycja kierowana do szpitali. Autorzy; Prof. dr hab. med. Walerię Hryniewicz, dr n.med. Tomasz Ozorowski (2011).
4. Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry z dnia 5 grudnia 1996 r.
5. Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej z dnia 15 lipca 2011r.
6. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania
7. Procedura KZ 13-Walidacja zakażeń szpitalnych.
8. Procedura KZ 14-Szpitalna strategia zapobiegania lekooporności.
9. Procedura KZ 16-Rekomendacje leczenia najczęstszych zakażeń w szpitalu.
10. Procedura KZ 17-Antybiotykowa profilaktyka okołożabiegowa.

	PROCEDURA STANDARDU AKREDYTACYJNEGO KZ		NR - KZ15 -2012
	PROGRAM RACJONALNEJ POLITYKI ANTYBIOTYKOWEJ		Strona 7/8
	Obowiązuje : WSZYSTKIE KO SZPITALA	DATA 01.10.2018	WYDANIE 5

11. Procedury pobierania i transportu materiału do badań mikrobiologicznych (Standard LM).
12. Ocena błędów przedlaboratoryjnych (Standard LM).
13. Receptariusz Szpitalny.
14. Wzór imiennej recepty na antybiotyk z gr. III.

8. ZAŁĄCZNIKI

Brak

	PROCEDURA STANDARDU AKREDYTACYJNEGO KZ		NR - KZ15 -2012
	PROGRAM RACJONALNEJ POLITYKI ANTYBIOTYKOWEJ		Strona 8/8
	Obowiązuje : WSZYSTKIE KO SZPITALA	DATA 01.10.2018	WYDANIE 5

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
7. DOKUMENTY ZWIĄZANE.....	6
8. ZAŁĄCZNIKI.....	7
9. SPIS TREŚCI, KARTA ZMIAN, ZATWIERDZENIA.....	8

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	Zmiana formy graficznej procedury.	01.02.2014	Teresa Lubszczyk
2	6.5	3	Skreślenia oraz dopisanie antybiotyków stosowanych w profilaktyce okołozabiegowej.	01.02.2014	Teresa Lubszczyk
3	7	6	Aktualizacja dokumentów związanych.	01.02.2014	Teresa Lubszczyk
4	6.5	4-5	Włączenie do grupy II antybiotyku Aprokamu fiol. 0,05g . Włączenie do grupy III antybiotyków: Ertapenemu preparat-Invanz fiol. 1 g , Fosamilu ceftaroliny preparat- Zinforo fiol.0,6g	01.04.2014	Teresa Lubszczyk
5	Całość	Całość	Zmiana formy graficznej procedury.	01.04.2014	Beata Mros-Jaszewska
6	6.5	4	Włączenie do grupy II antybiotyku Kloksacyliny (Syntarpen)-fiol. 1,0 g .	08.05.2015	Teresa Lubszczyk
7	6.5	5	Wyłączenie do grupy III antybiotyku: Cefoperazon + sulbaktam (Sulperazon fiol. 1g, 2 g) .	08.05.2015	Teresa Lubszczyk
8	6.7, 6.10	6	Nowa treść.	08.05.2015	Teresa Lubszczyk
9	Całość	Całość	Zmiana szaty graficznej – wydanie 5	01.10.2018	Beata Mros-Jaszewska

Zatwierdzenia

Zespół	Imię i nazwisko KO	Data	Podpis
Opracowała	DOZ Teresa Lubszczyk	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>