



„Podziel się sukcesem, zachęć innych”

**Specjalistyczny Szpital Wojewódzki w Ciechanowie
Zespół Kontroli Zakazań Szpitalnych**

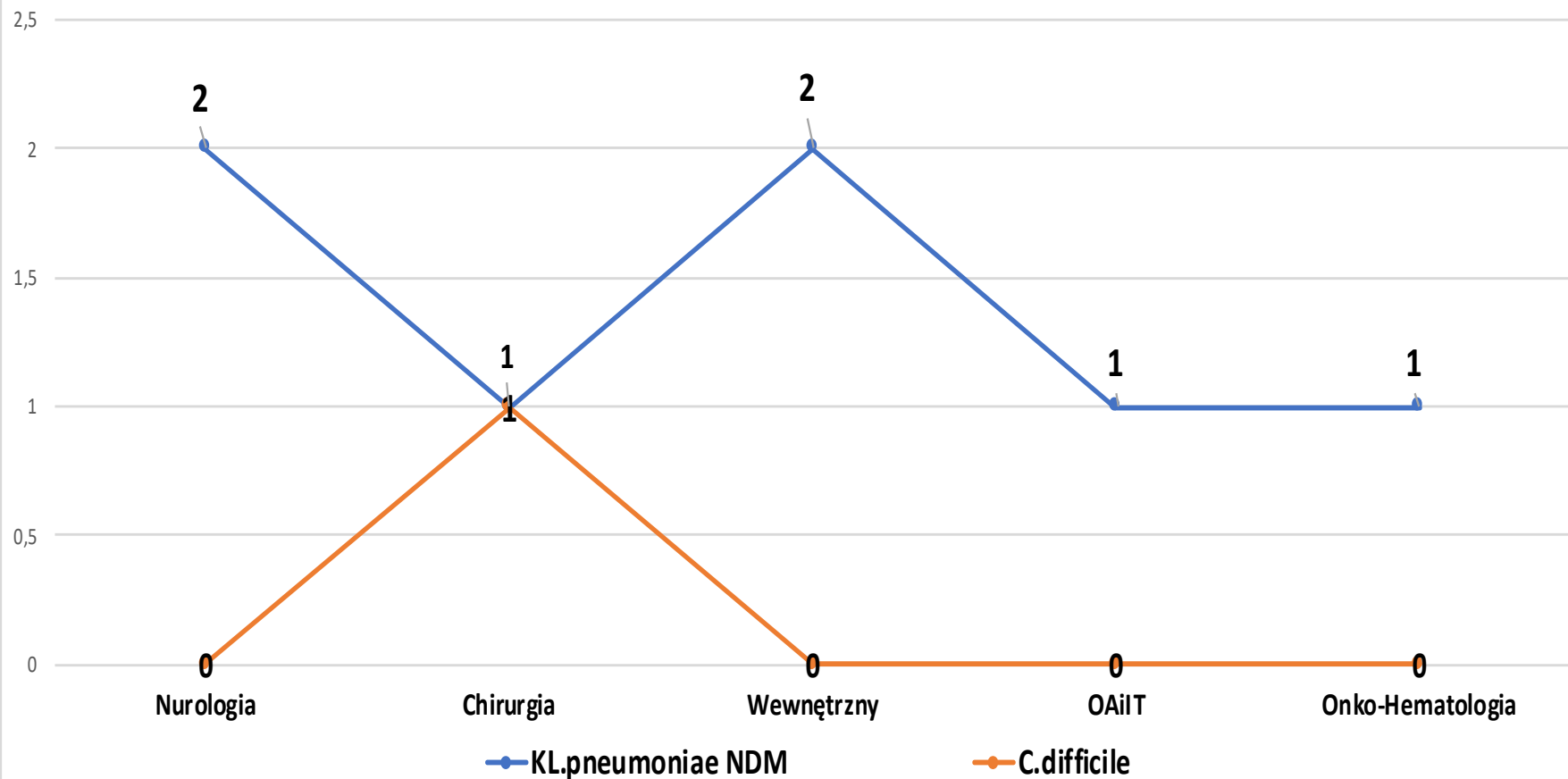
Danuta Pawlik, Agnieszka Kadecka, Anna Sakowska

1

Trudna sytuacja epidemiologiczna szpitala

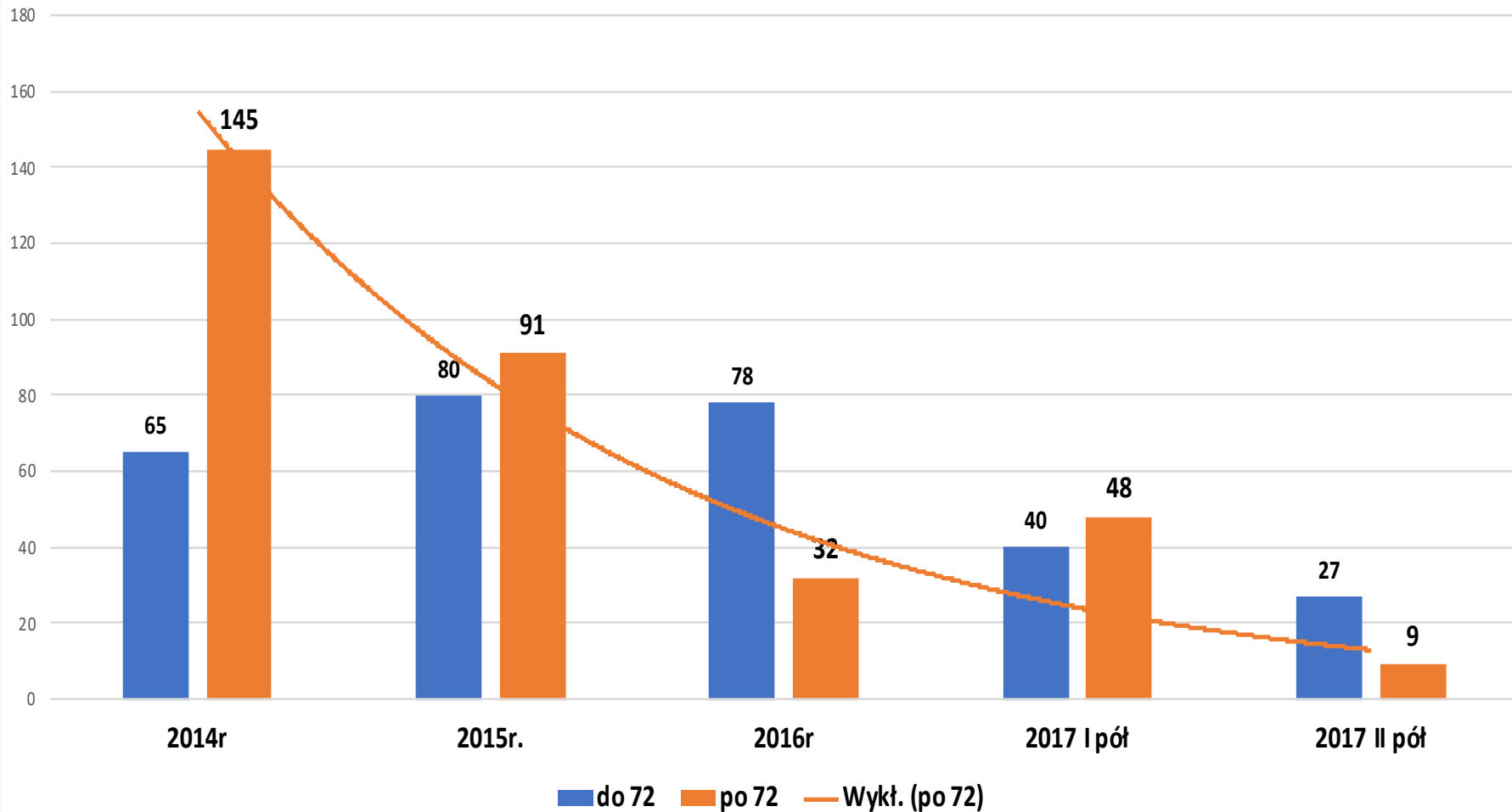
- ❑ **W 2017r zgłoszono 8 ognisk epidemicznych**, w tym :
 - 7 ognisk o etiologii *Klebsiella pneumoniae* NDM
 - 1 ognisko *Clostridium difficile*
- ❑ **Ogniska stwierdzono** ; wew -2, chir. ogólna -2 /w tym 1 *Clostridium difficile*/, onkol/ hematologia -1, neurologia -2 , OAiT -1 .
- ❑ **Odnotowano**; łącznie 94 przypadki *Kl. pneumoniae* NDM w tym 26 przypadków zakażeń oraz 68 kolonizacji /
- ❑ W związku z ogniskami *Klebsiella pneumoniae* NDM wykonano 1315 badań przesiewowych u hospitalizowanych pacjentów oraz 77 wymazów /odcisków ze środowiska szpitalnego

Analiza występowania ognisk epidemicznych Klebsiella pneumoniae NDM i Cl. difficile SSzW w Ciechanowie 2017r



Wszystkie ogniska zostały skutecznie wygaszone, nie było konieczności zamykania oddziałów , sytuacja jest cały czas monitorowana

Analiza monitorowania zakażeń Clostridium difficile SSzW w Ciechanowie 2014-2017r.



Wpływ na redukcję liczby zakażeń miały: procedury higieny rąk, zmiana procedur sprzątania, wprowadzenie fumigacji, szkolenia-konsultacje w oddziałach, redukcja zużycia antybiotyków.

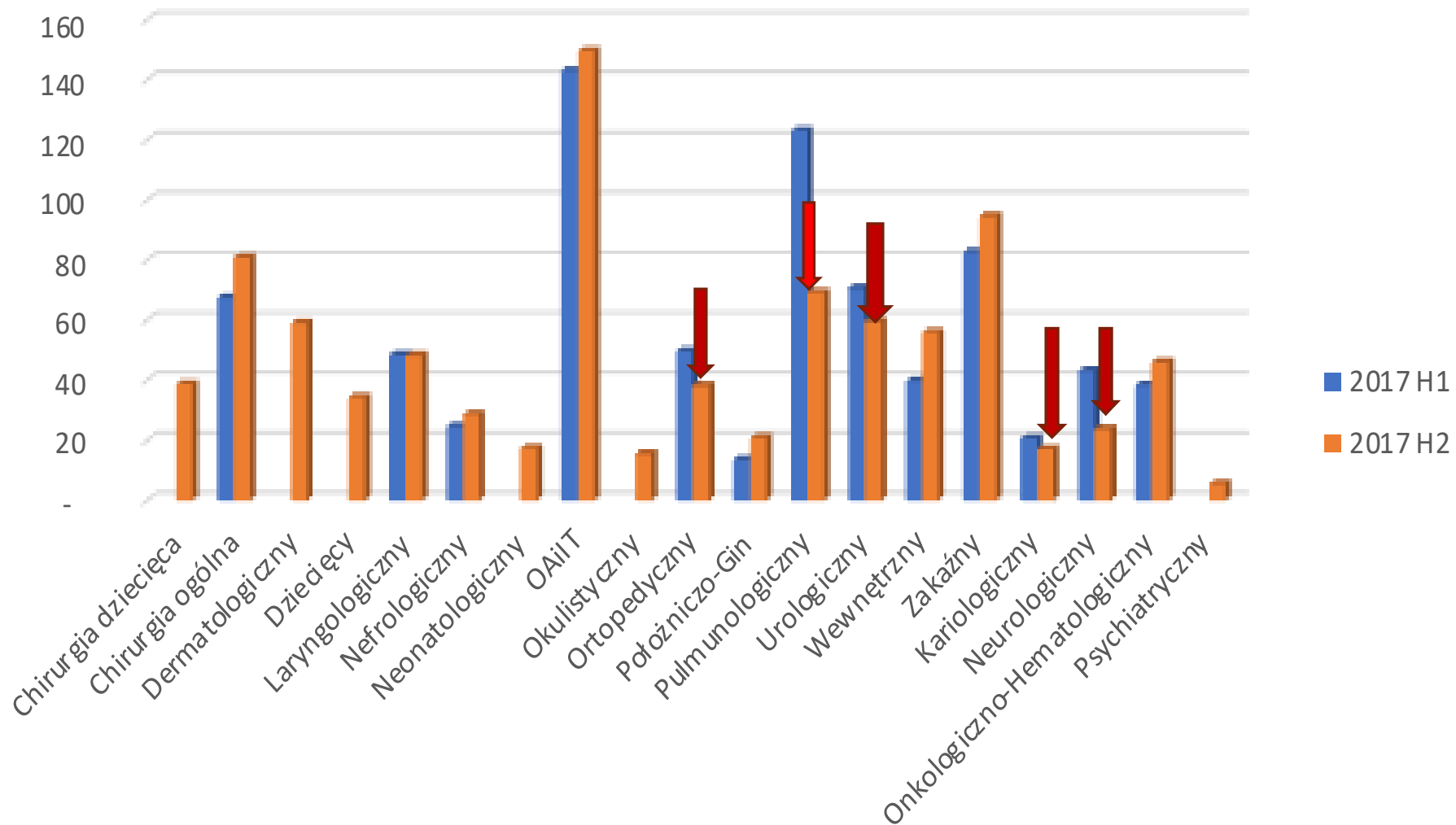
Zmiany w stosowaniu antybiotyków

5

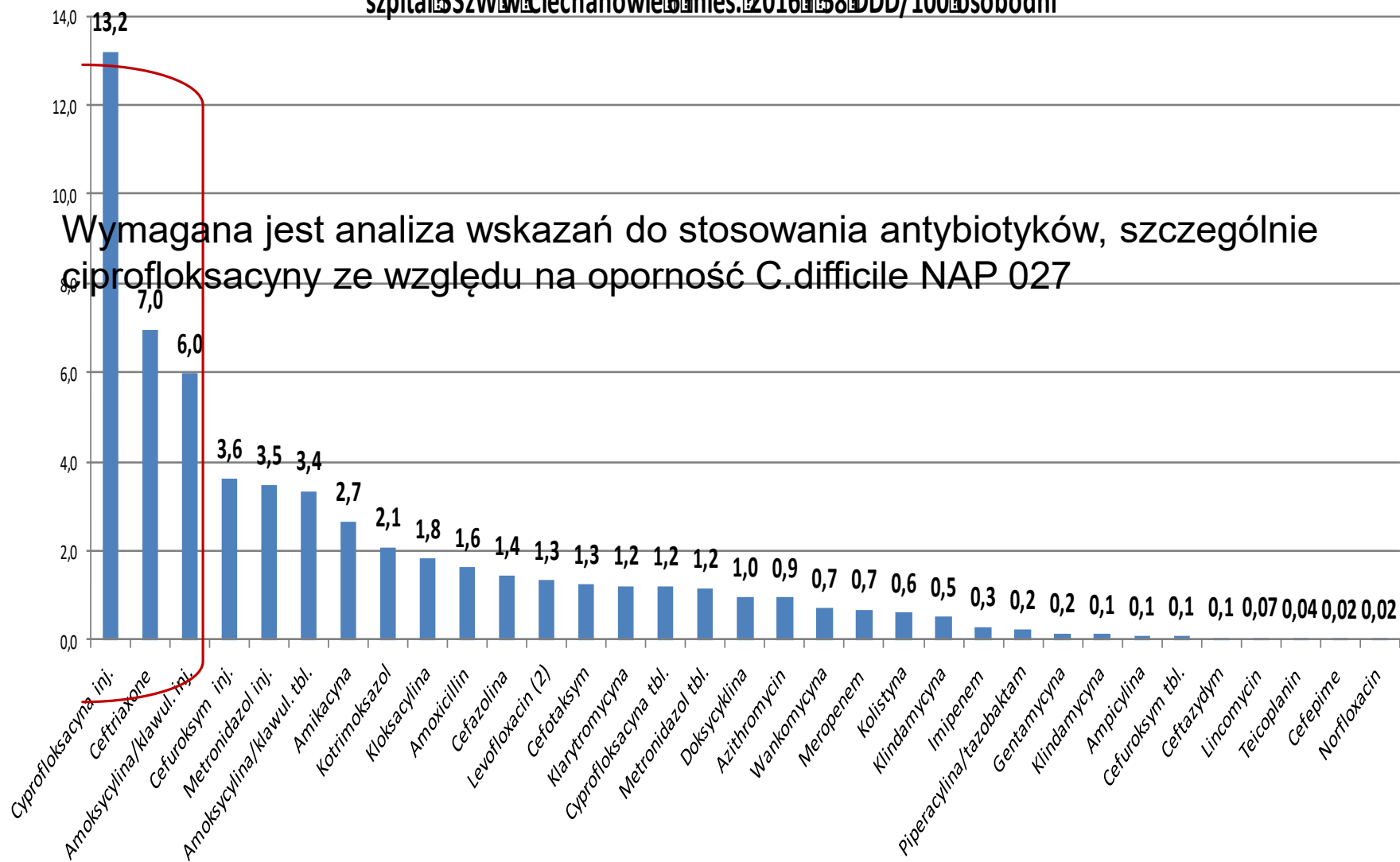
- ❑ Ciągłe szkolenia, spotkania z lekarzami w oddziałach, omawianie antybiotykoterapii na przykładzie pacjentów aktualnie leczonych.

- ❑ Skutkiem tych działań jest zmiana w stosowaniu antybiotyków:
 - zmiany w doborze oraz dawkowaniu antybiotyków
 - ograniczenie stosowania Ciprofloksacyny
 - ograniczenie antybiotykoterapii.

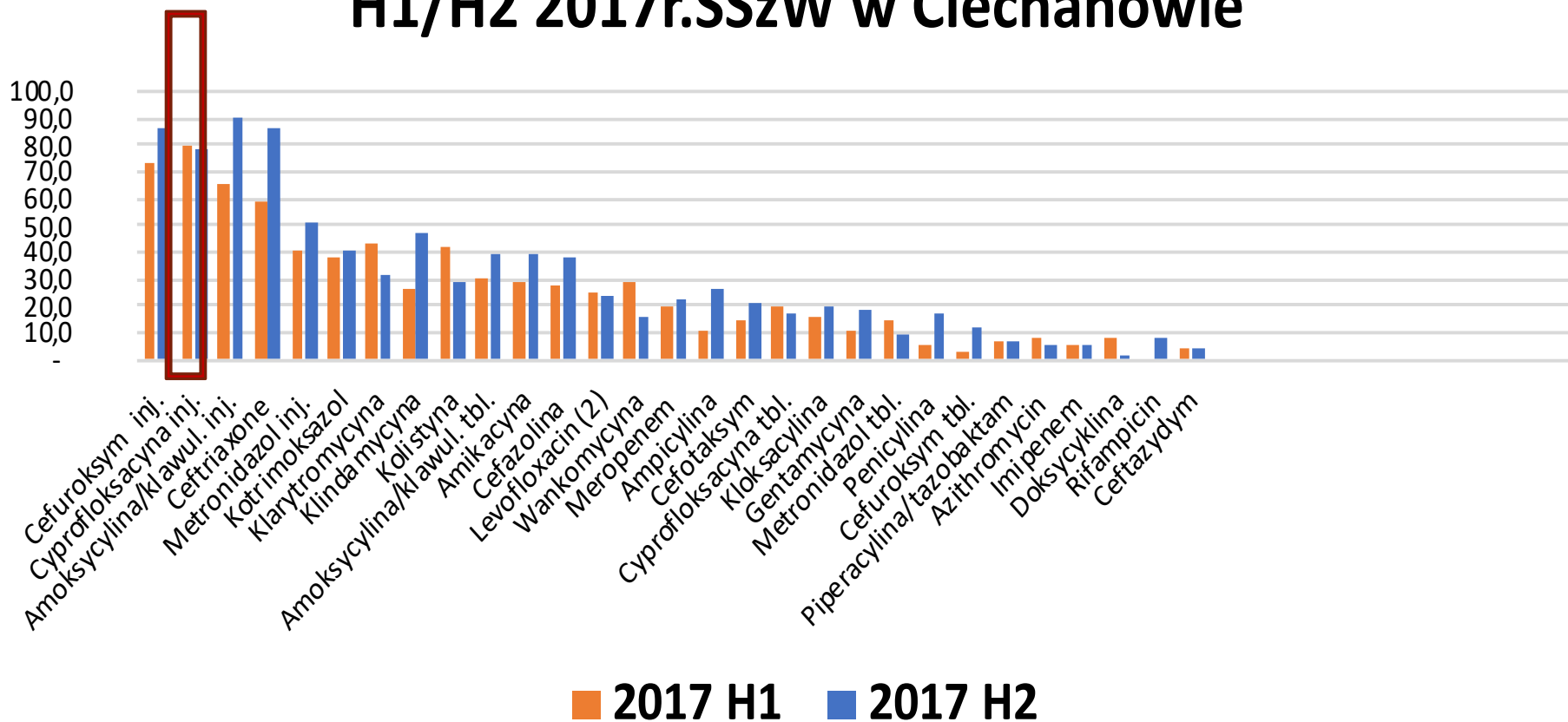
Porównanie zużycia antybiotyków DDD/100 PD H1/ H2 2017r SSzW w Ciechanowie



Analiza zużycia antybiotyków w Definiowanych Dawkach Dobowych oddziału pacjentów dorosłych (11) szpitala SZWiM Ciechanowiec mies. 2016r. 58 DDD/100 osobodni

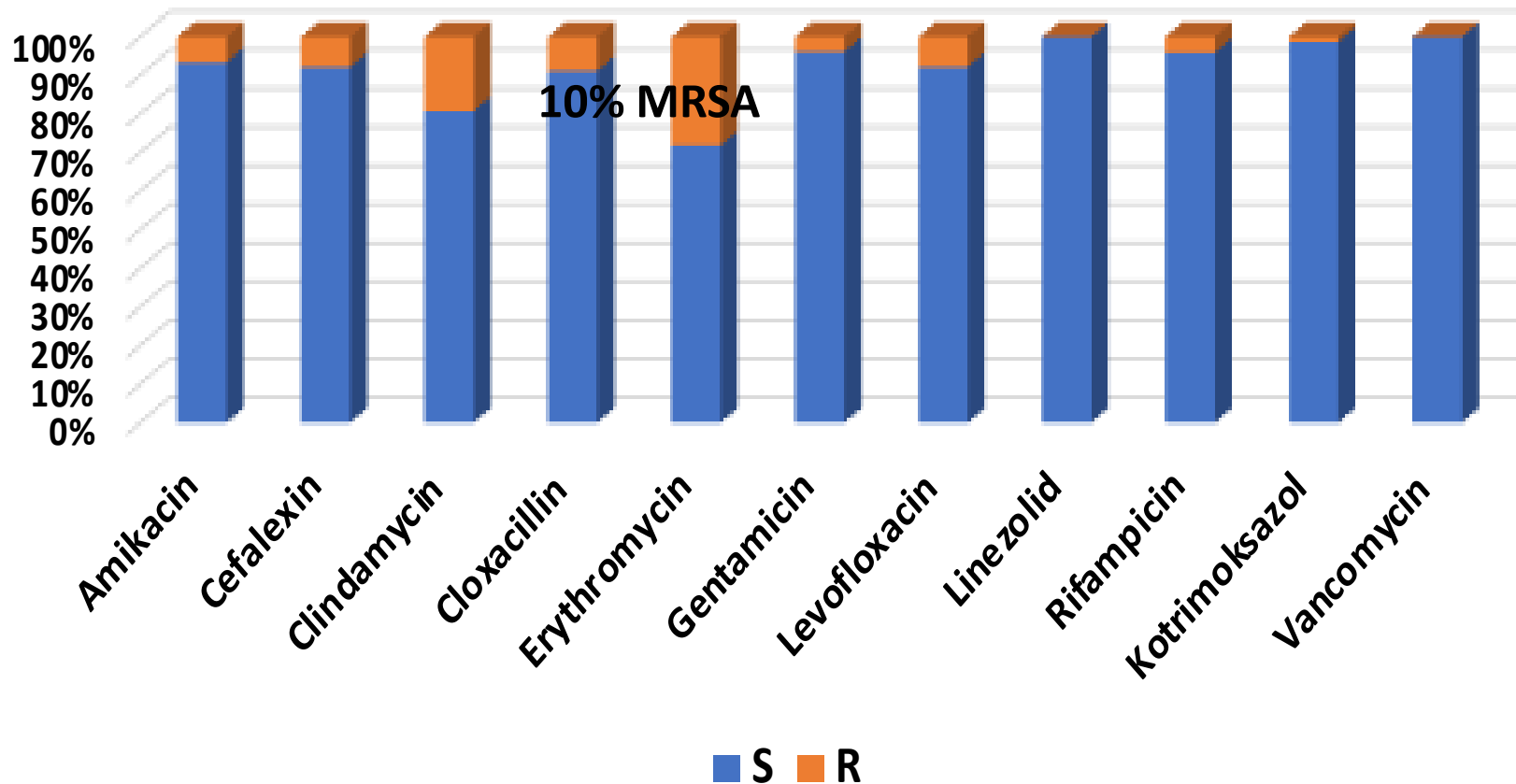


Analiza zużycia antybiotyków DDD/100 PD H1/H2 2017r.SSzW w Ciechanowie



**Wnioski : w wyniku szkoleń i konsultacji w oddziałach spadło zużycie
Ciprofloksacyny oraz Ceftriaxonu 2017r w porównaniu z 2016r.**

Analiza wrażliwości Staphylococcus aureus 150 pacj. SSzW w Ciechanowie 2017r



Analiza posiewów w kierunku kolonizacji Staphylococcus aureus Oddział Ortopedii 2017r

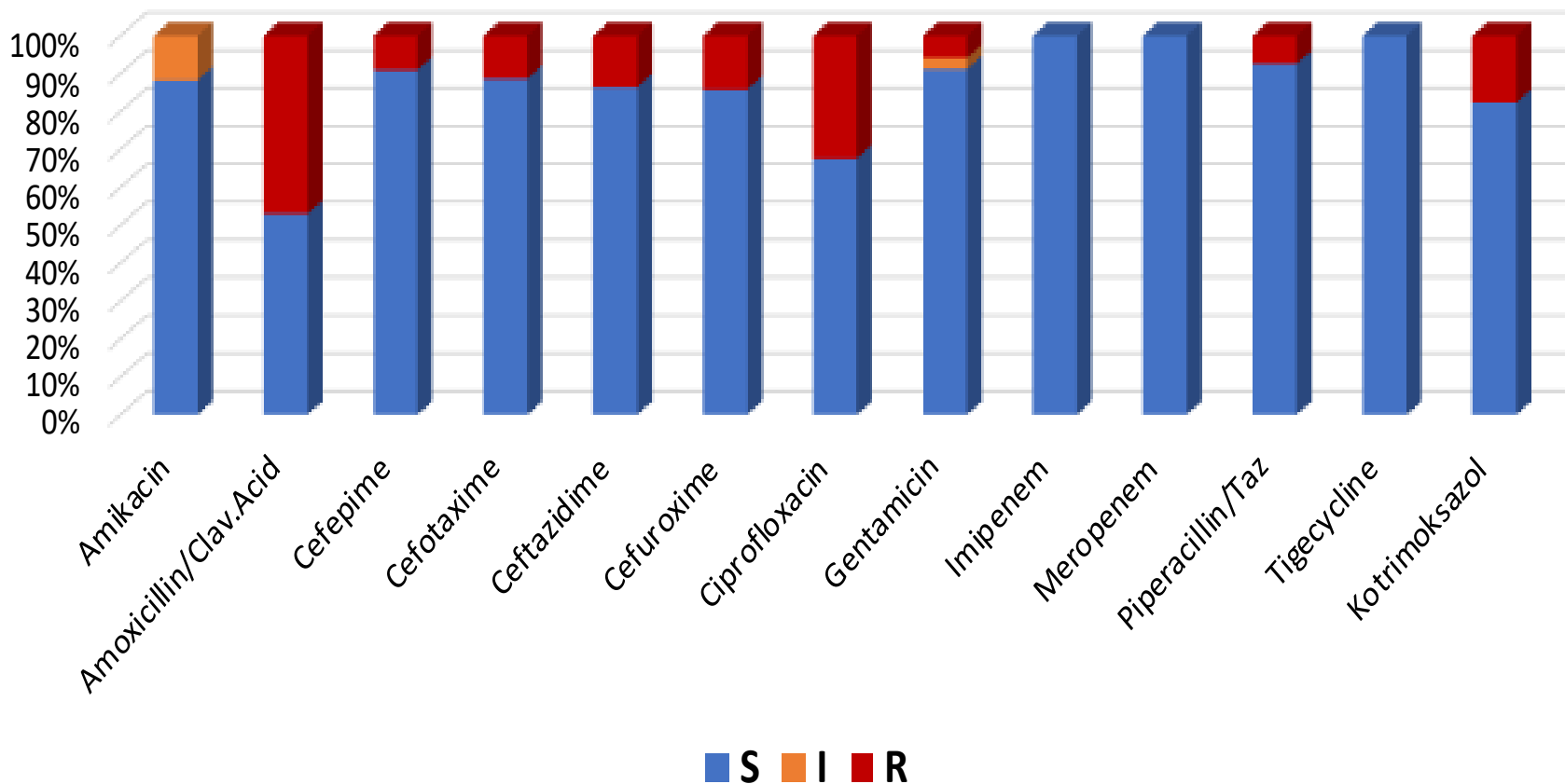


Wnioski : w profilaktyce okołoperacyjnej Cefazolina będzie skutecznym antybiotykiem

■ MSSA

■ MRSA

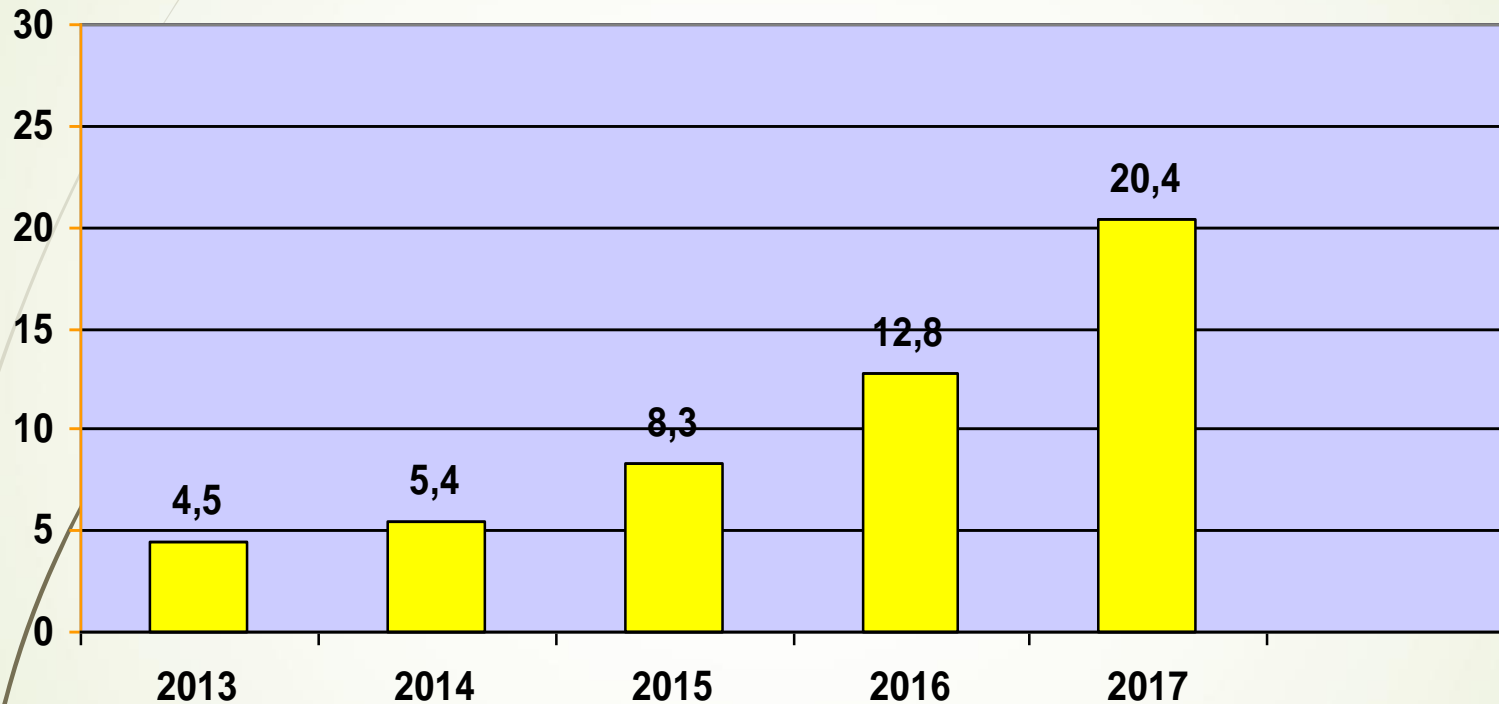
Analiza wrażliwości E. coli Oddział Chirurgii ogól. 2017r 34 pacj.

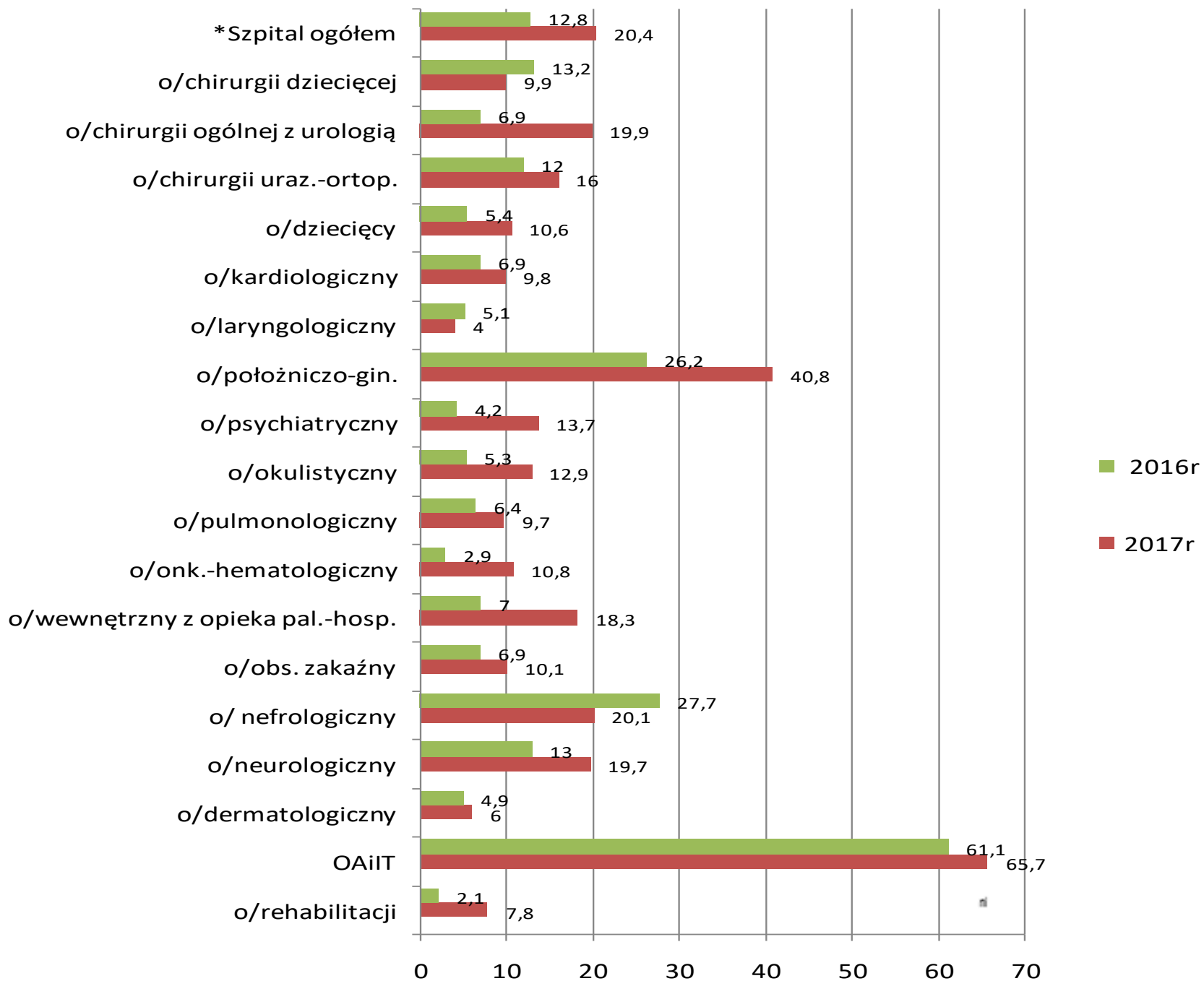


Przykład analizy oporności dla wybranych oddziałów.

Wnioski : Amoksyicylina /kw. klawulanowy i Ciprofloksacyna nie powinny być stosowane w terapii empirycznej, tylko na podstawie antybiogramu

Higiena rąk, analiza porównawcza zużycia środków do dezynfekcji rąk w l/1000 osobodni 2013-2017r.





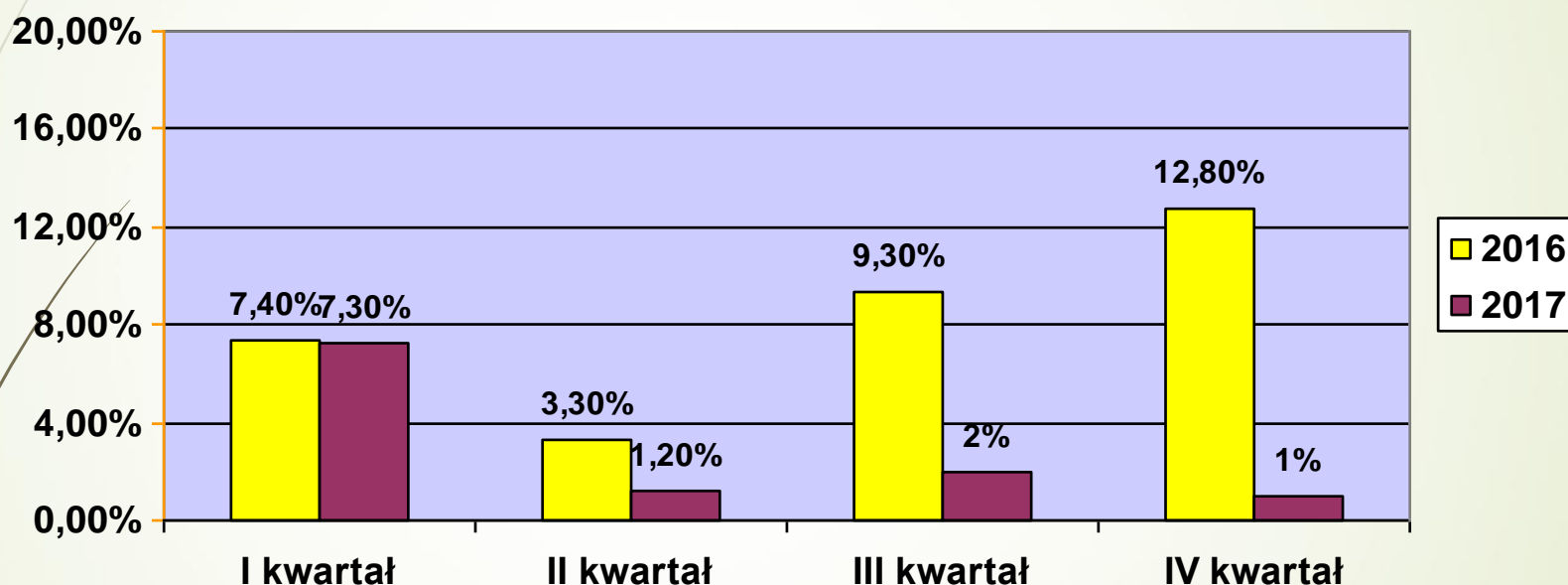
FLUORESCENCJA -2017 r

Liczba zbadanych punktów - 4570 (100%)

Liczba punktów oczyszczonych - 4418 (96,7%)

Liczba punktów niedokładnie oczyszczonych - 6 (0,1%)

Liczba punktów nieoczyszczonych - 149 (3,2%)



Zaobserwowano spadek liczby nieoczyszczonych powierzchni w 2017 r (3,2%) w stosunku do roku 2016 (6, 9%).

Działania zmierzające do redukcji zakażeń

15

- ❑ Izolowano wszystkich pacjentów u których stwierdzono *Klebsiella pneumoniae* NDM oraz *Clostridium difficile*
- ❑ W 2017 r odnotowano wzrost zużycia alkoholowego preparatu do rąk do poziomu 20,4 litra na 1000 osobodni vs.12,8 l. w 2016
- ❑ Wprowadzono zmiany do sprzątania poprzez prowadzenie ścierek i **mopów jednorazowego użytku**
- ❑ Wymieniono pościel szpitalną z własnej na dzierżawioną z firmy pralniczej i jest ona oznakowana
- ❑ Wymieniono bieliznę operacyjną na całkowicie jednorazową.
- ❑ W opiece nad pacjentem izolowanym personel używa odzieży jednodyżurowej – jednorazowej.
- ❑ Wprowadzono do stosowania tylko rękawiczki nitrylowe

Wnioski, czyli jak osiągnąć sukces ?

- ❑ Działania wielokierunkowe: wejście Zespołu Kontroli Zakażeń do Oddziałów.
- ❑ Higiena rąk – kontrole systematyczne przygotowania personelu do pracy z pacjentem, eliminacja całkowita lakieru, hybryd.
- ❑ Zwiększenie dostępności środków do dezynfekcji rąk. Zmiana jakości rękawic.
- ❑ Kontrola systematyczna znakami UV dekontaminacji powierzchni
- ❑ Fumigacja po każdej izolacji pacjenta.
- ❑ Zakup jednorazowych mopów i ścierek do dezynfekcji małych powierzchni.
- ❑ Eliminacji środków w sprayu

Wnioski, czyli jak osiągnąć sukces ?

- ❑ Wymiana pościeli – dzierżawa od zewnętrznej firmy
- ❑ Zmiana polityki antybiotykowej, powołanie zespołu konsultantów
Co miesiąc wizyty w 2-3 oddziałach poprzedzone audytem antybiotykowym ok. 10 pacjentów, omówienie epidemiologii, trendów oporności oraz zużycia antybiotyków i środków do dezynfekcji rąk z całym zespołem lekarzy.
- ❑ Takie rozwiązania są możliwe tylko dzięki determinacji i zrozumieniu problemów przez Zarząd szpitala oraz aktywnym zaangażowaniu się pracowników.



Dziękujemy za uwagę