NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Departament Zdrowia

KZD.410.005.01.2017
P/17/060

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
ul. Filtrowa 57, 02-056 Warszawa
T +48 22 444 55 17, F +48 22 444 55 61
kzd@nik.gov.pl
Adres korespondencyjny: Skr. poczt. P-14, 00-950 Warszawa 1

I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli	P/17/060 – Zakażenia w podmiotach leczniczych
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Departament Zdrowia
Kontroler	Teresa Zielińska, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr KZD/36/2017 z dnia 28 sierpnia 2017 r. (dowód: akta kontroli str. 1-2)
Jednostka kontrolowana	Międzyleski Szpital Specjalistyczny w Warszawie, ul. Bursztynowa 2 (dalej: Szpital lub MSSW)
Kierownik jednostki kontrolowanej	Jarosław Rosłon, Dyrektor (dowód: akta kontroli str. 3-4)

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna

Realizując obowiązek wynikający z ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi[1] (dalej: ustawa o zwalczaniu zakażeń), Szpital utworzył system zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych. Dyrektor Szpitala powołał Komitet Kontroli Zakażeń Szpitalnych (dalej: KKZS) i Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych z Podzespołem ds. Antybiotykoterapii (dalej: ZKZS) oraz Komitet Terapeutyczny. Wdrożono procedury i instrukcje, związane z obszarem zakażeń, zapewniono całodobowy dostęp do badań w laboratorium szpitalnym. Prowadzone były szkolenia personelu i kontrole wewnętrzne z zakresu zakażeń, w tym profilaktyki antybiotykowej, zapewniono szczepienia ochronne pracownikom. Szpital utworzył i prowadził receptariusz szpitalny.

W toku kontroli NIK stwierdziła jednak szereg nieprawidłowości:

- do składu ZKZS powołano tylko jedną pielęgniarkę, co nie odpowiadało wymogom art. 15 ust. 1 pkt 2 ustawy o zwalczaniu zakażeń,
- funkcję przewodniczącego KKZS powierzono tej samej osobie, która sprawowała nadzór nad pracą tej jednostki, co stwarzało sytuację konfliktu interesów i mogło skutkować brakiem obiektywnej oceny działań komitetu,
- nie organizowano systematycznych, nie rzadziej niż raz na pół roku, posiedzeń KKZS, co było niezgodne z regulaminem jego działania,
- nierzetelnie, z pominięciem wielu danych, sporządzane były przez lekarzy karty rejestracji zakażenia szpitalnego, a 80% skontrolowanych kart przekazano pielęgniarce epidemiologicznej z opóźnieniem, co nie pozwalało na bieżące prowadzenie rejestru zakażeń szpitalnych,
- rejestr zakażeń szpitalnych był niekompletny, a sposób jego prowadzenia nie spełniał wymogów określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia dnia 23 grudnia 2011 r. w sprawie listy czynników alarmowych, rejestrów zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych oraz raportów o bieżącej sytuacji epidemiologicznej szpitala[2],
- z opóźnieniem przekazywano państwowemu inspektorowi sanitarnemu raporty wstępne o podejrzeniu ogniska epidemicznego, co było niezgodne z § 5 ust. 2 ww. rozporządzenia,
- od 2013 r. nie zweryfikowano *Szpitalnej Listy Antybiotyków,* w celu dostosowania do nowych pozycji antybiotyków umieszczonych w receptariuszu szpitalnym.

---

[1] Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2016 r. poz. 1866, ze zm.).
[2] Dz. U. Nr 294, poz. 1741.

Najwyższa Izba Kontroli zwraca także uwagę na:

- ustanowienie podległości służbowej pielęgniarki epidemiologicznej, wchodzącej w skład ZKZS, Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa a nie bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala, pomimo, że dobrą praktyką, zapewniającą niezależność kontroli wewnętrznej, jest jej bezpośrednia podległość kierownikowi jednostki,
- dwukrotny (z 1,14% do 2,25%) wzrost odsetka pacjentów z zakażeniem szpitalnym i 3,5-krotny (z 0,44% do 1,54%) wzrost odsetka operowanych pacjentów, u których doszło do zakażenia szpitalnego – w okresie od stycznia 2015 r. do połowy 2017 r. – co zdaniem NIK wymaga pogłębionej analizy, nawet w kontekście wyjaśnień, że nastąpiła poprawa spływu danych,
- znaczne zmniejszenie odsetka konsultacji pacjentów przez ZKZS, w I półroczu 2017 r., co spowodowane było zmianą składu ZKZS,
- nieprzeszkolenie, z zakresu problematyki epidemiologicznej, 12% nowo przyjętych[3] pracowników,
- przekazanie Ministrowi Zdrowia błędnych danych o zakażeniach szpitalnych.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Organizacja nadzoru nad zakażeniami w Szpitalu

Opis stanu faktycznego

Szpital udziela świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki stacjonarnej, specjalistycznej, pomocy doraźnej, rehabilitacji medycznej, podstawowej opieki zdrowotnej. Funkcjonowały w nim m.in. izba przyjęć, poradnie specjalistyczne, zakład medycyny rodzinnej, zaplecze diagnostyczno-zabiegowe oraz 15 oddziałów szpitalnych[4] (481 łóżek).

(dowód: akta kontroli str. 34-147)

Szpital posiada certyfikat ISO 9001:2008 w zakresie lecznictwa szpitalnego, ambulatoryjnego lecznictwa specjalistycznego, podstawowej opieki zdrowotnej, diagnostyki i rehabilitacji, ważny do 31 stycznia 2018 r. W dniu 30 grudnia 2016 r. upłynęła natomiast ważność Certyfikatu Akredytacyjnego Ministra Zdrowia, który potwierdzał spełnienie standardów akredytacyjnych dla lecznictwa szpitalnego.

(dowód: akta kontroli str. 148-150, 1538-1540)

1.1. Od 2014 r. w Szpitalu zostały powołane Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych z Podzespołem ds. Antybiotykoterapii oraz Komitet Kontroli Zakażeń Szpitalnych, zgodnie z art. 14 ustawy o zwalczaniu zakażeń, jednostki odpowiedzialne za sprawowanie nadzoru nad zakażeniami.

Organizację pracy oraz ich zadania określono w regulaminach będących załącznikami do zarządzeń Dyrektora Szpitala w sprawie ich powołania[5]. Zakres zadań ZKZS i KKZS odpowiadał wymogom określonym w art. 15 ust. 2 i 4 ustawy.

---

[3] Pracowników z obszaru działalności medycznej, przyjętych do pracy od 1 kwietnia do 25 sierpnia 2017 r.

[4] W Szpitalu funkcjonowały Odziały: I wewnętrzny – 47 łóżek, nefrologiczny – 10 łóżek oraz 10 stanowisk dializacyjnych, urologiczny i onkologii urologicznej – 37 łóżek, II wewnętrzny i gastroenterologii – 48 łóżek, kardiologii i chorób wewnętrznych – 49 łóżek, otolaryngologiczny – 20 łóżek, neurologiczny – 61 łóżek, ginekologiczno-położniczy – 34 łóżka, neonatologiczny – 15 łóżek, chirurgii ogólnej, naczyniowej i onkologicznej – 51 łóżek, okulistyczny – 25 łóżek, anestezjologii i intensywnej terapii – 8 łóżek, dermatologii dorosłych – 28 łóżek, dermatologii dziecięcej – 20 łóżek oraz chirurgii urazowo-ortopedycznej – 28 łóżek. Nazwy oddziałów i liczbę łóżek ustalono na podstawie załącznika nr 3 do Regulaminu organizacyjnego Szpitala, zmienionego zarządzeniem Dyrektora Szpitala Nr 62/2016 z dnia 11 października 2016 r.).

[5] Zarządzenie nr 27/2014 r. Dyrektora Międzyleskiego Szpitala Specjalistycznego w Warszawie z dnia 1 września 2014 r. w sprawie powołania Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych z Podzespołem ds. Antybiotykoterapii wraz ze zmianami wprowadzonymi zarządzeniem nr 1/2015 z dnia 15 stycznia 2015 r. oraz zarządzeniem nr 90/2017 z dnia 10 lutego 2017 r. w sprawie zmiany tego zarządzenia.

Zarządzenie nr 26/2014 r. Dyrektora Międzyleskiego Szpitala Specjalistycznego w Warszawie z dnia 1 września 2014 r. w sprawie powołania Komitetu Kontroli Zakażeń Szpitalnych i wprowadzenia Regulaminu jego działania, wraz ze zmianami wprowadzonymi zarządzeniem nr 2/2015 z dnia 15 stycznia 2015 r. w sprawie zmiany tego zarządzenia.

Nadzór nad pracą obu tych jednostek – zgodnie z §7 pkt 2 ppkt 2 regulaminu organizacyjnego Szpitala – należał do obowiązków Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa.

(dowód: akta kontroli str. 66, 156-169, 239-243)

Od 1 stycznia 2015 r. do 10 lutego 2017 r. ZKZS funkcjonował w 7-osobowym składzie: przewodnicząca zespołu – lekarz specjalista chorób zakaźnych, dwóch zastępców przewodniczącej – lekarze specjaliści: chorób wewnętrznych oraz anestezjologii i intensywnej terapii oraz 4 członków: pielęgniarka specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego, diagnosta laboratoryjny specjalista ds. mikrobiologii, lekarz specjalista w dziedzinie higieny ogólnej i specjalista w zakresie farmacji aptecznej.

Od 10 lutego 2017 r. skład ZKZS został zmniejszony do 4 osób: przewodniczącej zespołu (lekarz specjalista chorób zakaźnych), pielęgniarki specjalisty ds. epidemiologii oraz dwóch specjalistów ds. mikrobiologii.
W skład Podzespołu ds. Antybiotykoterapii wchodziło 7 osób, w tym dwóch członków ZKZS (przewodnicząca i specjalista ds. mikrobiologii), kierownik apteki i 4 lekarzy.

(dowód: akta kontroli str. 168-169)

W okresie objętym kontrolą członkowie ZKZS (przewodnicząca, pielęgniarka epidemiologiczna i specjalista ds. mikrobiologii) spełniali kryteria określone w § 2-4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 maja 2010 r. w sprawie kwalifikacji członków zespołu kontroli zakażeń szpitalnych[6].

(dowód: akta kontroli str. 170-203)

Osoby te zatrudniano w Szpitalu na podstawie umowy o pracę - przewodniczącą zespołu – na czas określony do końca 2017 r., w wymiarze 1/5 etatu (pracowała w Szpitalu jeden dzień w tygodniu). Pielęgniarka epidemiologiczna i dwóch mikrobiologów zatrudnieni byli w pełnym wymiarze czasu pracy.

(dowód: akta kontroli str. 204-208)

Dwóch specjalistów ds. spraw mikrobiologii, powołanych w skład zespołu, wykonywało w Szpitalu również inne obowiązki, tj. kierownika Zakładu Diagnostyki Laboratoryjnej (ZDL) oraz diagnosty w ZDL.
Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że nie ma to żadnego wpływu na efektywność działania ZKZS, ponieważ obaj specjaliści, poza wysokimi kompetencjami merytorycznymi, są zmotywowani i z pełną świadomością roli członka ZKZS angażują się w pracę zespołu.

(dowód: akta kontroli str. odp. 209-238, 1538-1541)

W latach 2016 – 2017 r. pielęgniarka epidemiologiczna podlegała bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa. Zakres jej obowiązków obejmował zadania zasadniczo zgodne z ramowym zakresem czynności opracowanym w 1996 r. przez Zespół ds. Zakażeń Szpitalnych przy Biurze Naczelnej Pielęgniarki Kraju. Do obowiązków pielęgniarki należało m.in.: monitorowanie i analiza zakażeń szpitalnych oraz stanu bakteriologicznego wszystkich komórek Szpitala, nadzór nad pacjentem z zakażeniami szpitalnymi i doradztwo w postępowaniu pielęgnacyjnym, współudział w opracowaniu oraz nadzór nad wdrażaniem i przestrzeganiem standardów postępowania dla czynności dotyczących profilaktyki i kontroli zakażeń, prowadzenie bazy danych dotyczących zakażeń, opracowywanie i wdrażanie programów w zakresie profilaktyki zakażeń szpitalnych, współuczestnictwo w wypracowaniu strategii działań Szpitala w zakresie profilaktyki i zwalczania zakażeń szpitalnych.

(dowód: akta kontroli str. 66-67, 232-238)

Ustalone nieprawidłowości i uwagi dotyczące badanej działalności

1. Powołanie do składu ZKZS tylko jednej pielęgniarki epidemiologicznej, pomimo że Szpital posiadał 481 łóżek, nie spełniało wymogu określonego w art. 15 ust. 1 pkt 2 ustawy o zwalczaniu zakażeń, który stanowi, że liczba pielęgniarek powinna być nie mniejsza niż 1 na 200 łóżek szpitalnych. NIK zwraca także uwagę, że przewodnicząca ZKZS zatrudniona była w Szpitalu tylko jeden dzień w tygodniu.
Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że MSSW czynił i czyni starania o pozyskanie drugiej pielęgniarki epidemiologicznej, aby wypełnić wymogi ustawowe. Wobec trudności z uzupełnieniem składu ZKZS, podjęto decyzję o przeszkoleniu pielęgniarek zatrudnionych w MSSW i obecnie jedna osoba rozpoczęła takie szkolenie i będzie uczestniczyć w pracy ZKZS. Do

[6] Dz. U. z 2014 r. poz. 746.

końca 2016 r. w ZKZS zatrudnionych było 2 lekarzy spełniających wymogi dla stanowiska przewodniczącego zespołu. Z chwilą zakończenia pracy przez jednego z nich, podejmowano starania o zwiększenie wymiaru zatrudnienia lekarza pozostającego w zespole lub zatrudnienie drugiego lekarza (bez efektu). Wobec tych trudności zadania realizowane są przez pozostałych członków zespołu oraz wspierane są przez Zastępcę Dyrektora ds. Lecznictwa.
Zdaniem NIK, powyższa sytuacja, dotycząca składu ZKZS, może negatywnie wpływać na skuteczność i efektywność działań oraz kierowanie zespołem.

(dowód: akta kontroli str. 1538-1541)

2. Stanowisko pielęgniarki epidemiologicznej, wchodzącej w skład ZKZS, podlegało służbowo Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa a nie bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala, pomimo, że art. 14 ust. 1 pkt 1 ustawy o zwalczaniu zakażeń stanowi, iż kierownicy podmiotów leczniczych są obowiązani do wdrożenia i zapewnienia funkcjonowania systemu zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych, obejmującego m.in. powołanie i nadzór nad działalnością zespołu i komitetu kontroli zakażeń szpitalnych.
Dyrektor wyjaśnił, że powołał KKZS, co stanowi wypełnienie zapisu art. 14 ust.1 pkt 1 ustawy o zwalczaniu zakażeń. Zgodnie z punktem 11 § 6 regulaminu organizacyjnego MSSW dyrektor może przekazywać na zastępców lub innych pracowników pełnomocnictwa dotyczące określonego zakresu obowiązków lub czynności. Zgodnie punktem 1 § 7 regulaminu zastępca dyrektora do spraw lecznictwa, kieruje i nadzoruje pracę pionu medycznego MSSW. Do zakresu jego obowiązków należy m.in. nadzór nad pracą KKZS. W ramach prowadzonego nadzoru nad Komitetem, zastępcy dyrektora ds. lecznictwa podlegają wszyscy członkowie ZKZS, w tym pielęgniarka epidemiologiczna. Dyrektor Szpitala wykonuje swoje obowiązki w odniesieniu do pkt 8 ppkt 9 § 6 regulaminu organizacyjnego MSSW poprzez swego zastępcę ds. lecznictwa.

Zdaniem NIK, pielęgniarka epidemiologiczna pełni istotną rolę w systemie kontroli wewnętrznej i dobrą praktyką, zapewniającą niezależność kontroli wewnętrznej, jest jej bezpośrednia podległość kierownikowi jednostki. Biorąc pod uwagę znaczenie problemu zakażeń szpitalnych, podporządkowanie takie ułatwia bezpośredni dostęp do dyrektora, a ponadto wzmacnia pozycję w kontaktach z personelem lekarskim.

(dowód: akta kontroli str. 1538, 1541)

Opis stanu faktycznego

1.2. W okresie objętym kontrolą w skład KKZS wchodzili pracownicy Szpitala, o których mowa w art. 15 ust. 3 ustawy o zwalczaniu zakażeń, w tym m.in. kierownicy 4 spośród 15 oddziałów szpitalnych[7]. Przewodniczącym KKZS był Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa.

(dowód: akta kontroli str. 239-243)

Do KKZS zostali włączeni kierownicy oddziałów zabiegowych i niezabiegowych które, w momencie podejmowania decyzji, Dyrektor Szpitala uznał za szczególnie ważne w związku zapobieganiem zakażeniom szpitalnym. Podstawowym kryterium była ocena możliwości zaangażowania każdego z ordynatorów do realizacji dodatkowych obowiązków. W przypadku identyfikacji zwiększonego zagrożenia zakażeniem w innych oddziałach, kierownicy tych oddziałów są zapraszani – jak wyjaśniono – do udziału w pracach KKZS.
NIK zwraca uwagę, że, w latach 2016-2017, tylko w jednym posiedzeniu KKZS uczestniczył kierownik oddziału (neurologicznego), co potwierdzono podpisem na liście obecności.

(dowód: akta kontroli str. 1538-1341)

Ustalone nieprawidłowości

W ocenie NIK, nieprawidłowe było powierzenie Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa bezpośredniego nadzoru nad działalnością KKZS, którego jest przewodniczącym.
Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że w skład KKZS obok członków ZKZS wchodzą inni kierownicy komórek pionu medycznego. Zgodnie z zapisami ustawy o zwalczaniu zakażeń, kierownik szpitala lub jego przedstawiciel wchodzi w skład KKZS, a ustawa nie definiuje jego roli w komitecie. W tej sytuacji – zdaniem Dyrektora – należy uznać za uzasadnione, aby pracami komitetu kierował Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa, któremu podlegają wszyscy kierownicy komórek organizacyjnych medycznych, będący członkami komitetu.

[7] Do składu KKZS powołano kierowników oddziałów: anestezjologii i intensywnej terapii, I wewnętrznego, urologicznego i neurologicznego.

Zdaniem NIK, powierzenie funkcji przewodniczącego KKZS tej samej osobie, która sprawowała nadzór nad pracą tej jednostki, stwarzało sytuację konfliktu interesów i mogło skutkować brakiem obiektywnej oceny działań komitetu.

(dowód: akta kontroli str. 1538-1541)

Opis stanu faktycznego

1.3. W działającym, w strukturach Szpitala, laboratorium zapewniono możliwość całodobowego wykonywania badań, zgodnie z art. 14 ust. 1 pkt 3c ustawy o zwalczaniu zakażeń.

(dowód: akta kontroli str. odp. 244-272)

1.4. Personel Szpitala, narażony na kontakt z materiałem biologicznym pochodzenia ludzkiego lub sprzętem skażonym tym materiałem biologicznym, był zaszczepiony przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu B (z wyjątkiem pracowników, którzy przechorowali wzw typu B i uzyskali przez to stałą odporność).
Na dzień 30 czerwca 2017 r. zaszczepionych było 769 spośród 810 pracowników narażonych (94,9%)[8]. Spośród 41 niezaszczepionych osób, jedna nie wyraziła zgody na szczepienie, a pozostałe uzyskały odporność po przechorowaniu.
W latach poprzednich odsetek zaszczepionych pracowników stanowił 94,3% – w 2015 r. i 94,7% – na koniec 2016 r.
Szczepienia przeciw wzw typu B monitoruje Poradnia Medycyny Pracy Szpitala.

W latach 2015 - 2017 nie przeprowadzono szczepień przeciw grypie sezonowej z powodu minimalnego zainteresowania personelu w poprzednich latach tym szczepieniem.

(dowód: akta kontroli str. odp. 273-274, 1539, 1541, 1446-1451)

1.5. W Szpitalu, zgodnie z § 9 ust. 1 i 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 czerwca 2013 r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienie ostrymi narzędziami używanymi przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych[9], wdrożono procedury postępowania po ekspozycji zawodowej:

- P-6.4-01 *Bezpieczeństwo i higiena pracy przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienie ostrymi narzędziami przy udzielaniu świadczeń medycznych*[10],
- P-7.5-12 *Postępowanie w przypadku ekspozycji zawodowej pracowników na materiał biologiczny zakażony lub prawdopodobnie zakażony wirusami HIV, HBV, HCV*[11].

Zawarto w nich m.in. zasady informowania pracownika o ryzyku związanym z narażeniem na zranienie i tryb postępowania w przypadku narażenia.
Procedury przekazano do komórek organizacyjnych Szpitala w formie pisemnej, pracownicy zapoznawali się z nimi indywidualnie lub w trakcie szkoleń wewnętrznych i przyjęcie do stosowania potwierdzili podpisem. Znajomość i stosowanie procedur były sprawdzane w czasie audytów wewnętrznych i jak poinformowała Pełnomocnik Dyrektora ds. Zarządzania Jakością – w 2016 r. nie stwierdzono nieznajomości postępowania w przypadku zranień przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych.

(dowód: akta kontroli str. 275-319)

Według półrocznych raportów inspektora BHP: w I półroczu 2016 r. doszło do 11 zranień, w II półroczu 2016 r. – 26 zranień, w I półroczu 2017 r. – 16 zranień, co stanowiło odpowiednio 1,9%, 2,7% i 2,5% osób udzielających świadczeń zdrowotnych.
Nie stwierdzono zakażeń jako powikłań po tych zranieniach.

(dowód: akta kontroli str. 320-336+ 1539, 1541)

1.6. W latach 2016-2017 (I półrocze), na podstawie umów serwisowych, firma zewnętrzna pełniła stałą obsługę serwisową i konserwacyjną instalacji i urządzeń wentylacyjno-klimatyzacyjnych, wentylacyjnych i chłodniczych oraz indywidualnych klimatyzatorów i wentylatorów wraz z automatyką i systemami sterowania, zainstalowanych w budynkach Szpitala. Przeglądy wykonywano 2 razy w roku, zgodnie z harmonogramem konserwacji. Konserwację wykonywano zgodnie z zaleceniami producentów urządzeń.

(dowód: akta kontroli str. 337-350)

---

[8] Lekarzy, pielęgniarek i położnych, ratowników medycznych, sanitariuszy, laborantów i fizykoterapeutów, pracowników obsługi.
[9] Dz.U. poz. 696.
[10] Wydanie I z dnia 3 października 2016 r.
[11] Wydanie II z 2013 r. (aneks nr 1/14 z dnia 28 października 2014 r.).

1.7. Od 2011 r. do 2015 r. Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Warszawie prowadziła, w odstępach rocznych, badania ciepłej wody w Szpitalu. Nie wykryły one bakterii Legionella w badanych próbkach. Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 13 listopada 2015 r. w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi[12] (załącznik nr 8), kolejne badanie może być wykonane po 3 latach, tj. w 2018 r.

(dowód: akta kontroli str.337, 351-364)

Ocena cząstkowa

W Szpitalu powołane zostały jednostki odpowiedzialne za sprawowanie nadzoru nad zakażeniami, tj. KKZS i ZKZS. W szpitalnym laboratorium diagnostycznym zapewniono możliwość wykonywania przez całą dobę badań laboratoryjnych. Personel narażony na kontakt z materiałem biologicznym pochodzenia ludzkiego lub sprzętem skażonym tym materiałem posiadał szczepienia ochronne przeciw wzw typu B, wdrożono też procedurę postępowania po ekspozycji zawodowej. Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły powołania do składu ZKZS tylko jednej pielęgniarki epidemiologicznej, pomimo, że Szpital dysponował 481 łóżkami szpitalnymi oraz powierzenia stanowiska przewodniczącego KKZS tej samej osobie, która sprawowała nadzór nad pracą tej jednostki. NIK zwraca także uwagę na ustanowienie podległości służbowej pielęgniarki epidemiologicznej Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa a nie bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala.

2. Zapobieganie i zwalczanie zakażeń szpitalnych

2.1. Realizacja nadzoru epidemiologicznego przez Szpital

Opis stanu faktycznego

2.1.1. W latach 2016 – 2017 (I półrocze) zadania ZKZS, zostały określone w regulaminie, stanowiącym załącznik nr 1 do zarządzenia z 2014 r. w sprawie powołania zespołu i od tej pory nie ulegały zmianie.

Do zadań zespołu należało, w szczególności: opracowanie systemu zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych i jego systematyczne doskonalenie; monitorowanie występowania zakażeń szpitalnych z zapewnieniem cyklicznych analiz na poziomie oddziałów i całego Szpitala; zapewnienie monitoringu mikrobiologicznego na poziomie oddziałów z uwzględnieniem intensywności diagnostyki mikrobiologicznej; monitorowanie rozchodu antybiotyków na poziomie oddziałów; aktywne ujawnianie występujących zakażeń poza diagnostyką laboratoryjną; w razie potrzeby konsultowanie chorych podejrzanych o zakażenie i chorobę zakaźną; prowadzenie bieżącej analizy bakteriemii oraz przypadków sepsy i wstrząsu septycznego; wdrażanie postępowania przeciwepidemicznego w ogniskach zakażeń; opracowywanie procedur zapewniających ochronę przed zakażeniami; szkolenie personelu; sporządzanie cyklicznych raportów dla dyrekcji Szpitala; prowadzenie kontroli wewnętrznej; zgłaszanie propozycji profilaktyki dla poszczególnych oddziałów.

(dowód: akta kontroli str. 161-169)

2.1.2. W kontrolowanym okresie, w Szpitalu, obowiązywały procedury i instrukcje zapobiegające zakażeniom szpitalnym (art. 15 ust. 2 ustawy o zwalczaniu zakażeń):

1) P-7.5-05 *Zakażenia szpitalne*
2) P-7.5-14 *Mycie i dekontaminacja sprzętu użytkowego* – szczegółowe postępowanie ze sprzętem opisano w załączonych do procedury 19 instrukcjach[13],
3) P-7.5-15 *Mycie i dekontaminacja pomieszczeń szpitalnych,*
4) P-7.5.1-16 *Ognisko epidemiczne,*
5) P-7.5-10 *Postępowanie z odpadami szpitalnymi,*

---

[12] Dz. U. poz. 1989.

[13] IN-7.5-14-01 do IN-7.5-14-19: *Postępowanie z miskami do toalety pacjentów, Zasady postępowanie z łóżkiem oraz szafką przyłóżkową pacjenta, Postępowanie ze sprzętem higienicznym wielorazowego użytku: nerki, baseny, kaczki, Higiena dozowników na mydło, środki dezynfekcyjne i podajniki na ręczniki jednorazowe, Postępowanie z ssakiem elektrycznym i próżniowym, Postępowanie z narzędziami chirurgicznymi, które mają być przekazane do naprawy, Postępowanie z mankietami do mierzenia ciśnienia tętniczego krwi, Postępowanie ze stetoskopem, Postępowanie ze stazami, Postępowanie z wózkami i tacami zabiegowymi, Postępowanie ze sprzętem do tlenoterapii, Postępowanie z nebulizatorem/inhalatorem, Postępowanie ze stanowiskiem resuscytacyjnym (inkubatorem), łóżeczkiem noworodkowym, Postępowanie z miskami, wanienkami do kąpieli noworodka, Mycie i dezynfekcja respiratora, Mycie i dezynfekcja pojemników i wózków transportowych na odpady medyczne, Mycie i dezynfekcja aparatu do znieczulania, Postępowanie z laryngoskopem wielorazowym, Postępowanie z aparatem Ambu.*

6) P-7.5-08 *Dekontaminacja narzędzi medycznych* – wraz z 2 instrukcjami[14],
7) IN-7.5-05-03 *Mycie i dezynfekcja rąk,*
8) IN-7.5-05-15 *Postępowanie z preparatami dezynfekcyjnymi* wraz z *wykazem środków dezynfekcyjnych,*
9) IN-7.5-05-01 *Dezynfekcja sprzętu endoskopowego,*
10) IN-7.5-05-19 *Założenie i pielęgnacja wkłucia do naczyń obwodowych, centralnych i tętniczych.*

Wdrożono także inne procedury, o których mowa w dalszej części wystąpienia.
Procedury i instrukcje przekazywano do oddziałów i innych jednostek organizacyjnych Szpitala, co potwierdzono podpisami w rozdzielnikach do dokumentów.

(dowód: akta kontroli str. odp. 365-504)

Instrukcja *Postępowanie z preparatami dezynfekcyjnymi* została zaakceptowana przez ZKZS, który jest wnioskodawcą na dostawę środków dezynfekcyjnych stosowanych w procesie mycia, dezynfekcji i sterylizacji.
Kontrole Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Warszawie (dalej: PPIS), przeprowadzone w 2016 r. i w 2017 r. w oddziałach szpitalnych[15] wykazały, że preparaty dobrane były właściwie i przechowywane wg zaleceń producenta, w odpowiedniej ilości, z aktualną datą ważności.

(dowód: akta kontroli str. 458-470, 505-510, 1393-1425, 1439-1441)

2.1.3. W latach 2016 – 2017 (I półrocze), ZKZS prowadził kontrole wewnętrzne w obszarach wskazanych w § 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 maja 2010 r. w sprawie zakresu, sposobu i częstotliwości prowadzenia kontroli wewnętrznej w obszarze realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych[16].
Sporządzano raporty półroczne na temat zakażeń z wyliczeniem ryzyka wystąpienia zakażenia szpitalnego, jako odsetka pacjentów zakażonych, czynniki alarmowe monitorowano codziennie poprzez ocenę wyników badań mikrobiologicznych przez członków ZKZS i podejmowano adekwatne działania np. wydawanie zaleceń, co do izolacji. Prowadzono walidację danych celem określenia prawidłowości posiadanych informacji, np. w analizie z maja 2016 r. ZKZS ustalił, że ankietyzacja zgonów z powodu chorób zakaźnych i zakażeń jest szczątkowa, zwłaszcza w odniesieniu do posocznic (na 47 zgonów przebiegu posocznicy i wstrząsu septycznego w 2015 r. tylko siedem przypadków było zgłoszonych do ZKZS), a zgłaszalność zgonów w przebiegu zakażeń Cl. difficile wyniosła 8/29, w I kwartale 2016 r. kierownik ZKZS stwierdziła brak wypełnionych kart rejestracji zakażenia szpitalnego u ośmiu pacjentów.
Oceniano stopień zużycia preparatu do dezynfekcji rąk, w poszczególnych oddziałach, wskazujący na ilość dezynfekcji rąk na pacjenta w ciągu doby, prowadzono bezpośrednią obserwację przestrzegania higieny rąk, sporządzano raporty z kontroli czystościowych, posiewy mikrobiologiczne środowiskowe, z bielizny szpitalnej, zeszyty testów chemicznych sterylizacji gazowej i parowej.
Pielęgniarka epidemiologiczna przeprowadziła 31 kontroli w 2016 r. i 10 kontroli w 2017 r. (I połowa) oceny stanu sanitarno-epidemiologicznego i przestrzegania procedur i instrukcji w oddziałach szpitalnych i innych jednostkach organizacyjnych szpitala, a w protokołach zawarte były wnioski i zalecenia pokontrolne – wyniki kontroli były przekazywane Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa.
Prowadzono kontrole w obszarze profilaktyki i terapii antybiotykowej, o których mowa w dalszej części wystąpienia (p. 2.1.10).

(dowód: akta kontroli str. 511-667)

2.1.4. Szpital prowadził szkolenia swoich pracowników w zakresie zakażeń szpitalnych. W 2016 r. przeprowadzono 8 szkoleń, w których uczestniczyło 1136 pracowników i w 2017 r. (do 30 sierpnia) – 10 szkoleń dla 627 osób. Tematem szkoleń były m.in.: wdrożenie Edukacyjnego Programu Przestrzegania Higieny Rąk; Clostrdium difficiale,

---

[14] Instrukcja IN-7.5-08-03 Sterylizacja w sterylizatorze parowym i IN-7.5-08-01 Sterylizacja w sterylizatorze gazowym.
[15] PPIS przeprowadził kontrole w oddziałach: chirurgii ogólnej i naczyniowej, II wewnętrznym i gastroenterologii, I wewnętrznym, anestezjologii i intensywnej terapii, pododdziale intensywnej terapii kardiologicznej, oddziale neurologicznym.
[16] Dz. U. Nr 100, poz. 646.

rozpoznanie, leczenie, kontrola zakażeń; postępowanie w przypadku ekspozycji zawodowej pracowników na materiał zakażony lub prawdopodobnie zakażony wirusami HIV, HHBV, HCV; podstawowe zasady utrzymania czystości; dekontaminacja powierzchni; postępowanie z pacjentem podejrzanym o zakażenie lub kolonizację Enterobacteriacea wytwarzającymi karbanemazy; przeprowadzono warsztaty antybiotykowe NPOA.
Uczestnictwo w szkoleniach pracownicy potwierdzali podpisem na listach obecności.

(dowód: akta kontroli str. 668-688)

W latach 2016 – 2017 (do 25 sierpnia) w Szpitalu zatrudniono 182 nowych pracowników, którzy zostali przeszkoleni w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy, udzielono im instruktażu ogólnego oraz instruktażu stanowiskowego. Od kwietnia 2017 r. szkolenia wstępne epidemiologiczne nowych pracowników były prowadzone także przez pielęgniarkę epidemiologiczną[17], która przeszkoliła 33 osoby i przez przewodniczącą ZKZS, która przeprowadziła szkolenie 5 pracowników.

(dopisać akta kontroli str. 689-703)

Uwagi dotyczące badanej działalności

Spośród 43 nowych pracowników, z obszaru działalności medycznej, zatrudnionych w okresie od 1 kwietnia do 25 sierpnia 2017 r., pięciu z nich nie zostało przeszkolonych w zakresie epidemiologicznym przez ZKZS (do dnia 15 listopada 2017 r.). Kierownik Działu Kadr wyjaśniła, że każdy pracownik, z obszaru działalności medycznej otrzymuje, w momencie zatrudnienia, kartę, na której pielęgniarka epidemiologiczna bądź kierownik ZKZS potwierdza udział w szkoleniu epidemiologicznym. Jednocześnie poinformowała, że każdy kierownik komórki organizacyjnej pionu medycznego zobowiązany jest przeszkolić nowo przyjmowanego pracownika w ramach wstępnego szkolenia stanowiskowego także w zakresie epidemiologicznym, a wszyscy nowo przyjęci pracownicy odbyli wstępne szkolenie stanowiskowe.
NIK zwraca uwagę, że ramowy program instruktażu stanowiskowego nie określa w sposób jednoznaczny, że pracownicy zostali przeszkoleni w zakresie epidemiologicznym. Zdaniem NIK, zarówno standardy akredytacyjne jak też dobra praktyka nakazują, aby wszyscy nowo przyjęci pracownicy zostali przeszkoleni z zakresu profilaktyki zakażeń szpitalnych.

(dowód: akta kontroli str. 1559, 1587-1588)

Opis stanu faktycznego

Pomieszczenia Szpitala, w których wykonywane są badania i zabiegi, były wyposażone w dozowniki na mydło i środek dezynfekcyjny na bazie alkoholu służący higienie rąk i były kontrolowane w tym zakresie przez pielęgniarkę epidemiologiczną.
Zużycie preparatów dezynfekcyjnych monitorowano w okresach półrocznych. Dyrekcji Szpitala przekazywano raporty dotyczące zużytego środka do dezynfekcji rąk oraz zużytego środka do mycia rąk i odpowiednio liczby dezynfekcji i liczby mycia rąk na jednego pacjenta w ciągu doby.
W poszczególnych latach z okresu 2015 – 2017 (I półrocze), średnie zużycie płynu dezynfekcyjnego do rąk na 1 łóżko szpitalne wynosiło odpowiednio: 2,2 l, 2,9 l i 1,2 l. Najwięcej zużywano go w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii (odpowiednio: 24,9 l/łóżko, 25,1 l/łóżko i 13,1 l/łóżko), w oddziale nefrologicznym (odpowiednio 5,5 l/łóżko, 4,1 l/łóżko i 1,5 l/łóżko) oraz w oddziale urologicznym (odpowiednio 2,3 l, 4,1 l i 1,4 l na łóżko).

(dowód: akta kontroli str. 704-711)

Uwagi dotyczące badanej działalności

W I półroczu 2017 r. zmniejszyła się o 23%, w porównaniu do I półrocza 2016 r., ilość zużytego środka do dezynfekcji rąk (z 724,5 l do 555,5 l) i zmniejszyła się w tym okresie z 4 do 3 średnia liczba dezynfekcji na 1 pacjenta w ciągu doby. Zużycie środka do mycia rąk pozostało na podobnym poziomie (ok. 1160 l i 6-krotnego mycia rąk na jednego pacjenta w ciągu doby). Z-ca Dyrektora ds. Lecznictwa wyjaśnił, że może to wynikać z faktu, że w I półroczu 2017 roku hospitalizowano mniejszą liczbę pacjentów niż w porównywalnym okresie 2016 roku. NIK zauważa, że na niskie zużycie preparatu do dezynfekcji rąk zwrócono już uwagę na posiedzeniu KKZS w kwietniu 2016 r.

(dowód: akta kontroli str. 1589, 1591, 732)

Opis stanu faktycznego

2.1.5. ZKZS realizował zadanie określone w art. 15 ust. 2 pkt 4 ustawy o zwalczaniu zakażeń, konsultując osoby podejrzane o zakażenie lub chorobę zakaźną oraz te, u których

[17] Z zakresu mycia i dezynfekcji rąk, postępowania z odpadami medycznymi, środkami ochrony indywidualnej, ekspozycji zawodowej.

zostały one rozpoznane. W 2016 r. przeprowadzono 722 konsultacje, tj. 92% ogólnej liczby 785 pacjentów podejrzanych o zakażenie a w 2017 r. (I półrocze) przeprowadzono 337 konsultacji, tj. 42% ogólnej liczby 793 osób podejrzanych o zakażenie.

(dowód: akta kontroli str. odp. 712, 715-716)

Uwagi dotyczące badanej działalności

W I półroczu 2017 r. znacznie zmniejszył się odsetek konsultacji przez ZKZS. Przyczyną było znaczące zmniejszenie i zmiany składu ZKZS z początkiem 2017 r. W zespole pozostał tylko jeden z dwóch uprzednio zatrudnionych lekarzy specjalistów w zakresie chorób zakaźnych i epidemiologii. W tej sytuacji – jak wyjaśniono – zespół zmuszony był koncentrować się na bieżącej pracy związanej z nadzorem epidemiologicznym w MSSW.

(dowód: akta kontroli str.1589, 1591)

Opis stanu faktycznego

2.1.6. W 2016 r. odbyło się 12 posiedzeń ZKZS, który od stycznia do października spotykał się raz w miesiącu, w listopadzie spotkał się dwukrotnie, w grudniu nie spotkał się.
W 2017 r. (do końca sierpnia) odbyło się siedem posiedzeń ZKZS, z tego: w marcu – dwa posiedzenia, w lutym i maju – nie było posiedzeń, a w pozostałych miesiącach zespół spotykał się raz w miesiącu.
Każdorazowo w posiedzeniu uczestniczyła przewodnicząca zespołu i specjalista ds. epidemiologii, a specjalista ds. mikrobiologii uczestniczyła w 17 z 19 posiedzeń (nie brała udziału w posiedzeniach w kwietniu i wrześniu 2016 r.). Ponadto, w 8 z 12 posiedzeń ZKZS w 2016 r. uczestniczyło także od jednego do trzech lekarzy, którzy do dnia 10 lutego 2017 r. wchodzili w skład zespołu.

(dowód: akta kontroli str. 717-730)

2.1.7. W kontrolowanym okresie KKZS realizował zadania określone w art. 15 ust. 4 pkt 1-3 ustawy o zwalczaniu zakażeń. Opracowywał plany działania w związku z bieżącymi problemami i sytuacją epidemiologiczną oraz potrzebami Szpitala, np.: ustalenie przystąpienia do Programu NPOA i zorganizowanie szkoleń z zakresu antybiotykoterapii w poszczególnych oddziałach, wykonanie badania PPS w roku 2016, omówienie założeń procedury w zakresie zagrożenia szczepami bakterii wielolekoopornymi CPE, omówienie potrzeby zmiany składu Podzespołu Antybiotykowego, podjęcie decyzji o przyjęciu definicji zakażeń szpitalnych. Plany działania były ustalane na spotkaniach roboczych KKZS w składzie Przewodniczący ZKZS oraz osoby związane z danym problemem (np. kierownik oddziału) i – jak wyjaśnił Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa – nie zawsze była dokumentacja pisemna, jednak istnieją efekty tych spotkań, w postaci określonych decyzji, czy dokumentów. Wyniki kontroli wewnętrznych przedstawiane przez ZKZS również omawiano na roboczych spotkaniach w składzie jak wyżej. Taki tryb postępowania – jak wyjaśniono – był właściwy i optymalny, gdyż umożliwiał szybkie reagowanie i wdrażanie działań, co byłoby niemożliwe przy zwoływaniu zebrań KKZS w dużym składzie. W ten sposób zapadły decyzje o remoncie i doposażeniu pracowni endoskopowej. Celem roboczych spotkań KKZS było osiągnięcie szybkich i optymalnych efektów poprawy sytuacji epidemiologicznej i bezpieczeństwa pacjentów, mniej natomiast skupiano się na formalnym dokumentowaniu wszystkich procesów, co wymaga większej ilości czasu. Mając na uwadze potrzebę prowadzenia takiej dokumentacji wprowadzone zostaną zmiany odnoszące się do tej kwestii. Do opracowywania i aktualizacji standardów farmakoprofilaktyki i farmakoterapii wyznaczono m.in. trzy osoby z KKZS. Jest to – w ocenie Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa – rozwiązanie przyspieszające i usprawniające wdrażanie odpowiednich działań. Np. w roku 2016 przyjęto wg tej metody zasady terapii zakażeń Clostridium difficile.

(dowód: akta kontroli str. 1558, 1562-1563)

2.1.8. Od stycznia 2016 r. do października 2017 r. odbyły się dwa posiedzenia KKZS.
W kwietniu 2016 r. omawiano zakażenia szpitalne w 2015 r.: intensywność badań mikrobiologicznych, rozchód antybiotyków, walidację danych o zakażeniach, wyniki kontroli wewnętrznej. Zwrócono uwagę m.in. na zbyt niską zgłaszalność zakażeń patogenem alarmowym dokumentowaną wypełnieniem przez lekarzy *Karty Rejestracji Zakażenia,* co skutkuje zaniżonymi danymi statystycznymi w MSSW, oraz na niskie zużycie preparatu do dezynfekcji rąk (średnia w Szpitalu to 8l/1tys. osobodni, a średnia wśród 157 polskich szpitali biorących udział w badaniu PPS to 22,3 l/1 tys. osobodni).

W posiedzeniu komitetu uczestniczyło 9 osób, m.in. przewodniczący KKZS, członkowie ZKZS i kierownik oddziału urologicznego (jeden z czterech kierowników oddziałów powołanych do KKZS).
Drugie posiedzenie komitetu odbyło się 30 listopada 2016 r. i dotyczyło sytuacji epidemiologicznej związanej z występowaniem szczepów CPE w obszarze oddziału II wewnętrznego oraz pracowni endoskopowej. Sformułowano zalecenia dotyczące pracowni endoskopowej. W spotkaniu uczestniczyły 4 osoby: przewodniczący KKZS, przewodnicząca ZKZS oraz dwaj członkowie ZKZS – specjalista ds. mikrobiologii i lekarz.
W 2017 r. (do końca października) KKZS nie spotykał się.

(dowód: akta kontroli str. 731-735)

Ustalone nieprawidłowości

KKZS nie zebrał się w pełnym składzie na żadnym posiedzeniu, przez okres blisko jednego roku, pomimo, że zgodnie ze standardami akredytacyjnymi Kontroli Zakażeń, posiedzenia KKZS odbywają się nie rzadziej niż raz na pół roku. Podkreślić należy, że do października 2017 r. przewodniczący KKZS nie zwołał posiedzenia komitetu w celu omówienia kompleksowych wyników/analiz dotyczących zakażeń szpitalnych w 2016 r.
Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa (przewodniczący KKZS) wyjaśnił, że otrzymuje od ZKZS raporty i analizy dotyczące występowania zakażeń szpitalnych, wyniki kontroli wewnętrznych i jest w stałym i częstym kontakcie z ZKZS. Od listopada 2016 r. odbyło się wiele spotkań przewodniczącego KKZS z ZKZS w trybie posiedzenia KKZS w niepełnym składzie. Ze względu na roboczy charakter tych spotkań, nie prowadzono formalnej dokumentacji w formie protokołów, jednak standardy akredytacyjne zostały spełnione. W związku z dużym obciążeniem pracą w zakresie podstawowych obowiązków pozostałych członków KKZS utrzymanie wymaganego rytmu odbywania posiedzeń w praktyce jest trudne do realizacji.
NIK zauważa, że zgodnie z regulaminem KKZS, posiedzenie komitetu odbywa się nie rzadziej niż jeden raz na pół roku lub na wniosek przewodniczącego komitetu (§4 regulaminu) i z posiedzeń komitetu sporządza się protokół, pod którym podpisuje się przewodniczący (§5 pkt 1 regulaminu).

(dowód: akta kontroli pyt. 1558, 1561)

Opis stanu faktycznego

2.1.9. W latach 2016 – 2017 (I półrocze) w Szpitalu działał Komitet Terapeutyczny, powołany zarządzeniem Dyrektora w 2006 r. [18] W jego skład wchodziło 9 osób, z których 7 było także członkami KKZS[19], przewodniczącym był Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa. Do zadań Komitetu Terapeutycznego należało w szczególności:

- aktualizacja Międzyleskiego Receptariusza Szpitalnego (dalej: MRS),
- bieżący nadzór nad gospodarką lekami stosowanymi w Szpitalu (Komitet nadzoruje zgodność dystrybucji leków na oddziały szpitalne z receptariuszem szpitalnym, członkowie komitetu mają prawo do kontroli apteczek oddziałowych w zakresie zgodności przechowywanych leków z wydanymi z apteki szpitalnej oraz prawidłowości dystrybucji leków z apteczki oddziałowej dla poszczególnych pacjentów),
- nadzór i koordynacja prac związanych z opisem procedur medycznych.

MRS zawiera spis międzynarodowych nazw leków, ich postaci i dawki DDD do stosowania w Szpitalu, zgodnie z klasyfikacją anatomiczno-terapeutyczno-chemiczną ATC, z określeniem dostępności według 5 grup: 1) leki ogólnodostępne ordynowane przez lekarza prowadzącego, 2) leki rezerwowe – podawane na zlecenie kierownika oddziału lub osoby przez niego upoważnionej, 3) leki zastrzeżone – wydawane z apteki szpitalnej za zgodą dyrektora naczelnego lub dyrektora ds. lecznictwa na wniosek kierownika oddziału lub osoby przez niego upoważnionej, 4) leki wydawane z apteki szpitalnej tylko dla określonego profilu oddziału, 5) leki wydawane na konkretny oddział po sprowadzeniu w ramach importu docelowego.

---

[18] Zarządzenie nr 28/2016 z dnia 09 maja 2016 r. o zmianie Zarządzenia nr 40/2006 w sprawie powołania Komitetu Terapeutycznego w Międzyleskim Szpitalu Specjalistycznym w Warszawie Międzylesiu.
[19] Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa, 3 kierowników oddziałów: I wewnętrznego, AOIT i neurologicznego, kierownik apteki, kierownik ZDL, przewodnicząca ZKZS.

W okresie objętym kontrolą posiedzenia komitetu odbyły się dwukrotnie, w maju i październiku 2016 r. i omawiano na nich m.in. potrzebę umieszczania w wykazie MRS nowych pozycji leków zgłaszanych przez oddziały szpitalne.
MRS zaktualizowano jeden raz, w listopadzie 2016 r. Wprowadzono wówczas do MRS 19 nowych pozycji leków (nazw międzynarodowych). Poprzednia aktualizacja miała miejsce w czerwcu 2014 r.

(dowód: akta kontroli str. 736-812, 1558, 1563, 1580-1584)

Wskazania do stosowania antybiotyków i zalecane dawki zostały zawarte w dokumencie *Szpitalna lista antybiotyków,* opracowanym w 2013 r.

Ustalone nieprawidłowości

W *Szpitalnej liście antybiotyków* nie określono, w jakich sytuacjach mają być stosowane niektóre antybiotyki[20] umieszczone w wykazie leków MRS, zaś w wykazie leków MRS z 2016 r. umieszczone były antybiotyki[21], które nie były opisane w *„Szpitalnej liście antybiotyków"* opracowanej w 2013 r.
Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa wyjaśnił, że spójność obu dokumentów istnieje, choć może nie wszystkie antybiotyki wymienione w zmodyfikowanym w 2016 r. Receptariuszu Szpitalnym znalazły się w *Szpitalnej Liście Antybiotyków* i vice versa. Żaden przepis prawny nie narzuca obowiązku 100 % zgodności pomiędzy takimi dokumentami w zakresie wymienianych i opisywanych antybiotyków. Nie ma też obowiązku prawnego wymieniania wszystkich antybiotyków ujętych w Receptariuszu w zaleceniach takich jak *Szpitalna Lista Antybiotyków* dotyczących zastosowania określonych antybiotyków, ważnych z punktu widzenia praktyki klinicznej. Wymienione dokumenty są tworzone wg potrzeb Szpitala oraz oceny członków Zespołów je tworzących a także w zgodzie z rytmem pracy poszczególnych Zespołów. W *Szpitalnej Liście Antybiotyków* ujęto również te antybiotyki, które w określonych sytuacjach klinicznych mogą być zastosowane jednak nie były pobierane przez oddziały. W zakresie antybiotyków umieszczonych w Receptariuszu kierowano się analizą faktycznego pobierania antybiotyków przez oddziały i jeśli jakiś lek nie był dłuższy czas stosowany to został usunięty z Receptariusza.
Zdaniem NIK, należy zweryfikować *Szpitalną Listę Antybiotyków,* w celu jej zaktualizowania o nowe pozycje antybiotyków umieszczone w wykazie leków MRS. Takie działanie powinno sprzyjać przejrzystości szpitalnej polityki antybiotykowej.

(dowód: akta kontroli str. 1158-1159, 1563-1564)

Opis stanu faktycznego

2.1.10. W Szpitalu prowadzono kontrole dotyczące ordynacji antybiotyków.
W czerwcu 2016 r., w pięciu oddziałach szpitalnych, lekarze z ZKZS badali zasadność stosowania trzech antybiotyków: linezolidu i jego pochodnych, lewofloksacyny oraz kolistyny. Przewodnicząca ZKZS przeprowadziła kontrole wewnętrznej antybiotykowej profilaktyki okołooperacyjnej: w marcu 2016 r. – dwie (łącznie 10 pacjentów) i w sierpniu 2017 r. – jedną (3 pacjentów). W protokołach kontroli przedstawiono nieprawidłowości, wnioski i zalecenia.
W 2016 r. Szpital uczestniczył w badaniu punktowym występowania zakażeń związanych z opieką zdrowotną i zużycia antybiotyków, w ramach *Narodowego Programu Ochrony Antybiotyków na lata 2016-2020.*
W 2016 r. ZKZS przygotował półroczny raport epidemiologiczny z diagnostyki mikrobiologicznej i rozchodu antybiotyków w oddziałach szpitalnych w II półroczu 2015 r., a następnie 11 odrębnych raportów epidemiologicznych dla poszczególnych oddziałów za I półrocze 2016 r. i jeden raport kwartalny dla oddziału chirurgii ogólnej i naczyniowej. Raporty półroczne zawierały dane porównawcze w odniesieniu do poprzedniego półrocza i były przekazywane Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa, przewodniczącej ZKZS i kierownikom oddziałów. W raportach prezentowano dane dotyczące diagnostyki mikrobiologicznej dla oddziału, analizę bakteriemii, rozchód i koszt antybiotyków, udział

[20] Tetracyclini, phenoxymethylpenicillinum kalicum, cefalexinum, cefamandolum, cefoperazone, cefoperazonum+sulbactamum, trimethoprimum, sulfamethoxazolum+trimethoprimum, roxithromycinum, clindamycinum, lincomycini hydrochloride, neomycini sulf., tinidazolum, furaginum, amphotericinum B, fluconazolum, itraconazolum, anidulafungina, caspofungin, rifampicinum+isoniazidum, aciclovirum, lamivudina+zidovudina
[21] Cefalosporyna V generacji (ceftarolina, zinforo), cefotaksym (cefalosporyny V generacji), monobaktamy (aztreonam), klindamycyna, kotrimoksazol.

antybiotyków w kosztach leczenia farmakologicznego. Od II półrocza raportów takich nie sporządzano.

(dowód: akta kontroli str. 813-927)

W Szpitalu organizowano szkolenia z zakresu antybiotykoterapii. W maju 2017 r. – warsztaty szkoleniowe „Szpitalna polityka antybiotykowa" w ramach realizacji NPOA, a w maju 2016 r. przewodnicząca ZKZS przeprowadziła szkolenie, którego tematem były zakażenia clostridium difficile – rozpoznanie, leczenie, kontrola zakażeń.

(dowód: akta kontroli str. 928-947)

2.2. Realizacja świadczeń w zakresie badań mikrobiologicznych

Opis stanu faktycznego

2.2.1. W latach 2015 – 2017 (I półrocze) w Szpitalu wykryto łącznie 996 przypadków zakażeń szpitalnych, z tego: w 2015 r. – 317, w 2016 r. – 370, w 2017 r. (I półrocze) – 309 zakażeń.
W latach 2015 i 2017 każdemu pacjentowi z zakażeniem szpitalnym wykonano badania mikrobiologiczne. W 2016 r. u sześciu pacjentów z oddziału II wewnętrznego i gastroenterologii zakażenia szpitalne stwierdzono na podstawie innych badań, np. rtg.

Liczba badań mikrobiologicznych, w przeliczeniu na jedno łóżko szpitalne, wyniosła:
- 2015 r. – 107 badań, uwzględniając posiewy mikrobiologiczne oraz badania: prokalcytonina, CRP, testy w kierunku wykrywania Clostridium difficile, Campylobacter, Norowirusa, Astrowirusa, Rotawirusa, Andenowirusa,
- 2016 r. – 114 badań,
- 2017 r. (I półrocze) – 59 badań.

W każdym roku, najwięcej badań mikrobiologicznych, w przeliczeniu na jedno łóżko szpitalne, wykonano dla:
- oddziału anestezjologii i intensywnej terapii: w 2015 r. – 641 badań, w 2016 r. – 696 badań i w 2017 r. (I półrocze) – 336 badań,
- oddziału I wewnętrznego, odpowiednio: 219, 221 i 108 badań,
- oddziału II wewnętrznego i gastroenterologii, odpowiednio: 231, 219 i 108 badań,
- oddziału nefrologicznego, tj. odpowiednio: 176, 205 i 106 badań.

(dowód: akta kontroli str. 948-949)

2.2.2. W latach 2016 – 2017 (I półrocze) w Szpitalu dominowały następujące zakażenia:
- układu pokarmowego, które w 2016 r. stanowiły 38,9% (144 zakażenia), a w 2017 r. – 32,4% (100 zakażeń) wszystkich zakażeń szpitalnych[22],
- układu moczowego, które w 2016 r. stanowiły 15,1% (56 zakażeń), a w 2017 r. – 22,7% (70 zakażeń) wszystkich zakażeń szpitalnych[23],
- krwi: w 2016 r. stanowiły one 21,1% (78 zakażeń), a w 2017 r. stanowiły 12,9% (40 zakażeń) wszystkich zakażeń szpitalnych[24],
- układu oddechowego: w 2016 r. stanowiły 13,0% (48 zakażeń), a w 2017 r. – 5,8% (18 zakażeń) wszystkich zakażeń szpitalnych[25],
- miejsca operowanego: w 2016 r. stanowiły 7,3% (27 zakażeń), a w 2017 r. – 7,8% (24 zakażenia) wszystkich zakażeń szpitalnych[26].

---

[22] W 2016 r. najwięcej zakażeń układu pokarmowego wystąpiło w oddziale I wewnętrznym (52), II wewnętrznym i gastroenterologii (34) i oddziale chirurgii ogólnej, naczyniowej i onkologicznej (25). W 2017 r. najwięcej było w oddziale II wewnętrznym i gastroenterologii i w oddziale neurologicznym (po 18 zakażeń) oraz w oddziale I wewnętrznym (14).

[23] W 2016 r. najwięcej zakażeń układu moczowego wystąpiło w oddziałach: I wewnętrznym (14) oraz urologicznym i onkologii urologicznej (10), natomiast w 2017 r. w oddziałach: II wewnętrznym i gastroenterologii (16) i urologicznym i onkologii urologicznej (15).

[24] W 2016 r. najwięcej zakażeń krwi wystąpiło w oddziałach: anestezjologii i intensywnej terapii AOIT (32) oraz chirurgii ogólnej, naczyniowej i onkologicznej (11), natomiast w 2017 r. w oddziałach: AOIT(13) oraz kardiologii i chorób wewnętrznych (8).

[25] W 2016 r. najwięcej zakażeń układu oddechowego wystąpiło w oddziałach: AOIT (19) oraz neurologicznym (12), natomiast w 2017 r. w oddziale AOIT(18 zakażeń).

[26] W 2016 r. najwięcej zakażeń miejsca operowanego wystąpiło w oddziałach: chirurgii ogólnej, naczyniowej i onkologicznej (12) i AOIT (9), a w 2017 r. w oddziałach: chirurgii ogólnej, naczyniowej i onkologicznej (12) oraz urologicznym i onkologii urologicznej (5).

Zapalenia płuc stanowiły w 2016 r. 1,4%, a w 2017 r. 4,5% zakażeń, natomiast odnotowana została tylko jedna sepsa w 2016 r.

(dowód: akta kontroli tab. 969-971)

2.2.3. W Szpitalu wystąpiły przypadki zgonów związanych z zakażeniem szpitalnym.
W 2015 r., z ogólnej liczby 822 zgonów w Szpitalu, 5,7% zgonów (47) związanych było z zakażeniem szpitalnym.
W 2016 r., z ogólnej liczby 795 zgonów, 4,5% zgonów (36) związanych było z zakażeniem szpitalnym.
W 2017 r. (I półrocze) – z ogólnej liczby 428 zgonów w Szpitalu, 8,9% zgonów (38) związanych było z zakażeniem szpitalnym.

(dowód: akta kontroli str. 975-977, 1589, 1592)

2.2.4. W Szpitalu wdrożono następujące procedury/instrukcje postępowania, w przypadku występowania w oddziałach szpitalnych czynników alarmowych:
- definicje przypadków zakażenia szpitalnego[27],
- procedura P-7.5.1-13 *Izolacja chorych zakażonych oraz pacjentów o podwyższonym ryzyku zakażenia*[28],
- instrukcja IN-7.5-05-13 *Postępowanie w przypadku wystąpienia zgorzeli gazowej*[29]
- instrukcja IN-7.5-05-12 *Postępowanie w przypadku stwierdzenia zakażenia o etiologii wirusowej*[30],
- rekomendacje dotyczące diagnostyki i leczenia zakażeń Clostridium difficile[31],
- instrukcja postępowania z pacjentem podejrzanym o zachorowanie na gorączkę krwotoczną, w tym EVD (Ebola)[32],
- procedura P-7.5.1-13A *Postępowanie z pacjentem z podejrzeniem/potwierdzeniem zakażenia lub kolonizacji Enterobacteriaceae wytwarzającymi karbapenemazy (CPE)*[33],
- Instrukcja IN-7.5-05-08 *Postępowanie w przypadku wszawicy*[34].

(dowód: akta kontroli str. 982-1041)

2.2.5. W 2016 r. Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej Szpitala (ZDL), sporządzał mapy mikrobiologiczne (w postaci wydruków z systemu informatycznego), z wykazem wyhodowanych drobnoustrojów i wykrytym mechanizmem oporności. Za I półrocze 2016 r., oprócz map mikrobiologicznych, sporządzono także szczegółowe analizy epidemiologiczne dla poszczególnych oddziałów i pacjentów, u których wykryto mechanizmy oporności[35].
Uzupełnieniem map mikrobiologicznych były podsumowania zidentyfikowanych drobnoustrojów w posiewach krwi (diagnostyka sepsy).
Za II półrocze 2016 r. uzupełnieniem map mikrobiologicznych było podsumowanie wrażliwości na antybiotyki (wydruki zestawień z systemu informatycznego). Mapy i statystyki przekazano oddziałom szpitalnym przy piśmie z dnia 30 sierpnia 2017 r. i Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa w połowie października 2017 r.
Do dnia kontroli NIK, tj. 17 października 2017 r., ZDL nie sporządził mapy mikrobiologicznej dotyczącej 2017 r.

Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej uczestniczy w programie *Europejska Sieć Monitorowania Oporności na Antybiotyki EARS-Net*, realizowanym przez Europejskie Centrum Zapobiegania i Kontroli Zakażeń ECDC. Raport z tego programu, w postaci analizy lekowrażliwości dla Europy za 2015 r., został umieszczony w sieci Szpitala i informacja o nim została przekazana na oddziały.

Uwagi dotyczące badanej działalności

Mapy mikrobiologiczne nie były przekazane do oddziałów na bieżąco. Za drugie półrocze 2016 r. przekazano je dopiero po upływie 8 miesięcy od zakończenia półrocza, natomiast

---

[27] Definicje zostały zaakceptowane przez Zastępcę Dyrektora ds. Lecznictwa w dniu 22 kwietnia 2017 r.
[28] Wydanie II z dnia 19.09.2016 r. Procedura zatwierdzona przez Dyrektora Szpitala.
[29] Wydanie IV z dnia 19.09.2016. Instrukcja zatwierdzona przez Dyrektora Szpitala.
[30] Wydanie III z dnia 19.09.2016. Instrukcja zatwierdzona przez Dyrektora Szpitala.
[31] Materiały zaakceptowane przez Zastępcę Dyrektora ds. Lecznictwa w dniu 30 marca 2016 r.
[32] Instrukcja z dnia 20 lipca 2016 r. podpisana przez przewodniczącą ZKZS.
[33] Procedura zatwierdzona przez Dyrektora Szpitala w dniu 03.08.2016 r.
[34] Instrukcja wydanie III, zatwierdzona przez Dyrektora Szpitala w dniu 06.10.2015 r.
[35] Np. wykryto MRSA z materiałów klinicznych pobranych od pacjenta np. z posiewu z wymazu z nosa.

przez 10 miesięcy 2017 r. nie sporządzono mapy mikrobiologicznej z wyhodowanych drobnoustrojów w 2017 r.

(dowód: akta kontroli str. 1042-1115)

Przewodnicząca ZKZS oraz Kierownik ZDL wyjaśniły, że mapy mikrobiologiczne były w MSSW sporządzane w miarę możliwości technicznych i organizacyjnych, przepisy prawne nie narzucają wprost obowiązku generowania tzw. „map mikrobiologicznych". Sporządzanie map mikrobiologicznych na podstawie ilości posiewów pobieranych w oddziałach szpitalnych wiąże się z ryzykiem dość dużego błędu, przez co nie mogą być podstawą do opracowywania np.: terapii empirycznej w danym oddziale[36]. Należy kierować się wytycznymi krajowymi w zakresie antybiotykoterapii autoryzowanymi przez Ministerstwo Zdrowia – co ma miejsce w MSSW.
Wyjaśniając, czy mapy mikrobiologiczne i inne załączone do nich dane statystyczne (wydruki z systemu informatycznego ZDL) były analizowane, jakie wnioski wyciągnięto z tych analiz i czy zostały wdrożone – podano, że analizy map mikrobiologicznych dokonywał ZKZS, co jest widoczne w raportach antybiotykowych i mikrobiologicznych, materiałach ze spotkań KKZS.
NIK nie podziela w pełni stanowiska zawartego w tym wyjaśnieniu, ponieważ pozostaje ono w sprzeczności ze stanem faktycznym (za II półrocze 2016 r. wygenerowana została mapa mikrobiologiczna, ale nie sporządzono już raportu o stosowanych antybiotykach i sytuacji mikrobiologicznej, a od stycznia do października 2017 r. nie sporządzono ani mapy, ani raportu) oraz wyjaśnieniem, że cyt. „*...w związku ze zmniejszeniem składu ZKZS (w II połowie 2016 r. i od początku 2017 r.) zmniejszyły się możliwości generowania raportów. Dopiero w II półroczu 2017 r. przewodnicząca ZKZS zakończyła opracowywanie metodologii pozwalającej na generowanie raportów o stosowaniu antybiotyków w oparciu o nowoczesne metody. Jeden taki raport za I półrocze 2017 r. został przekazany do Dyrekcji MSSW oraz omówiony na spotkaniu Podzespołu ds. Antybiotykoterapii w X 2017 r....*" NIK zwraca także uwagę, że od 30 listopada 2016 r. do końca października 2017 r. nie było posiedzenia KKZS.

(dowód: akta kontroli str. 1547-1549)

Opis stanu faktycznego

2.2.6. Diagnosta laboratoryjny na bieżąco informował lekarza prowadzącego i/lub pielęgniarkę epidemiologiczną o wynikach badań bakteriologicznych. W Szpitalu obowiązuje instrukcja *Powiadamianie o wartościach krytycznych – IN-7.5-10-07*, zgodnie z którą, w przypadku potwierdzenia wartości krytycznej wyniku prokalcytoniny (markera sepsy) oraz dodatniego wyniku posiewów krwi, pracownik wykonujący badanie jest zobowiązany do niezwłocznego telefonicznego poinformowania zleceniodawcy oraz odnotowania tego faktu w opisie badania w laboratoryjnym systemie informatycznym. Wynik oznaczenia jest jednocześnie dostępny dla zleceniodawcy do wglądu w systemie informatycznym. Ponadto, Kierownik ZDL wyjaśniła, że:

1) codziennie przekazywane są kopie wydruków wyników badań mikrobiologicznych pacjentów pielęgniarce epidemiologicznej. Wyniki zawierają informacje o wykrytych mechanizmach oporności i informacje o wysłaniu szczepu bakteryjnego do Krajowego Ośrodka Referencyjnego lub inspekcji sanitarnej,
2) o dodatnim wyniku testu genetycznego w kierunku *Clostridium difficile*, o wyhodowaniu pałeczek lub dodatnim teście genetycznym w kierunku *Entereobacteriaceae* opornych na karbapenemy powiadamia się pielęgniarkę epidemiologiczną i personel oddziału.

Wyniki posiewów z antybiogramem (oznaczeniem lekowrażliwości), w zależności od ilości wyhodowanych bakterii uzyskiwane są w terminie od 2 do 5 dni, a w przypadku jeżeli prowadzona jest diagnostyka bakterii beztlenowych – do 7 dni. Wyniki posiewów bez antybiogramu oraz wyniki szybkich testów wykrywających obecność w materiale klinicznym bakterii i wirusów o znaczeniu epidemicznym (test w kierunku Clostridium difficile, Norowirusa, Rota- i adeno wirusów, Campylobacter) uzyskiwane są w ciągu 24 godzin.

(dowód: akta kontroli str. 1116-1150)

---

[36] Jedynie w oddziałach pobierających bardzo dużo posiewów mikrobiologicznych (np.:OIOMy, oddziały onkologiczne) mapa mikrobiologiczna może faktycznie być przydatna, w związku z czym ZKZS rozważa wycofanie się ze sporządzania map mikrobiologicznych poza OIOM-em i ewentualnie Kardiologią z OIOKiem.

2.2.7. W kontrolowanym okresie, ZDL zgłaszał przypadki uzyskania dodatniego wyniku badania w kierunku biologicznego czynnika chorobotwórczego do PPIS. Zgłoszeniu podlegały patogeny z wykazu stanowiącego załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 marca 2014 r. w sprawie biologicznych czynników chorobotwórczych podlegających zgłoszeniu, wzorów formularzy zgłoszeń dodatnich wyników badań w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych oraz okoliczności dokonywania zgłoszeń[37] a ponadto drobnoustroje spoza tego wykazu, zalecane przez inspekcję sanitarną w związku z aktualną sytuacją epidemiologiczną (Clostridium difficile i Klebsiella pneumoniae). Patogeny z wykazu znajdującego się w rozporządzeniu oraz w zaleceniach Krajowego Ośrodka Referencyjnego ds. Diagnostyki Bakteryjnych Zakażeń Ośrodkowego Układu Nerwowego oraz Krajowego Ośrodka Referencyjnego ds. Lekowrażliwości Drobnoustrojów zgłaszano po otrzymaniu wyniku potwierdzającego identyfikację szczepu bakteryjnego w ośrodkach referencyjnych lub w laboratorium inspekcji sanitarnej w Warszawie. W przypadku dodatnich wyników przesiewowych w kierunku wirusów z listy HIV, HCV – materiał kliniczny wysyłano do laboratorium referencyjnego w wojewódzkim szpitalu zakaźnym. Zgłoszenia, zgodnie z rozporządzeniem wysyłano na druku ZLB-1 listem poleconym. W Szpitalu gromadzone były kopie wysyłanych formularzy (w 2016 r. – 236, w 2017 r. – 253), jednak nie odnotowywano daty wysyłki zgłoszeń.

(dowód: akta kontroli str. 1151-1174)

2.3. Prowadzenie rejestru zakażeń szpitalnych

Opis stanu faktycznego

2.3.1. Rejestr zakażeń szpitalnych prowadzony był metodą czynno-bierną, która polegała na rejestracji zakażeń zgłoszonych przez personel medyczny, oraz aktywnym wyszukiwaniu zakażeń przez ZKZS poprzez analizę odbieranych z laboratorium badań mikrobiologicznych oraz poprzez zbieranie i analizę informacji z systemu informatycznego, dokumentacji medycznej, w trakcie bezpośrednich rozmów z personelem medycznym.
W latach 2016 – 2017 (I półrocze) w MSSW nie powołano do współpracy, formalnie, pielęgniarek łącznikowych. Informacje o pacjentach były przekazywane ZKZS przez pielęgniarki oddziałowe oraz lekarzy prowadzących poszczególnych pacjentów.

(dowód: 1175-1176, 1550, 1552-1553, 1555-1556)

2.3.2. Od dnia kwietnia 2017 r. w Szpitalu zostały przyjęte *Definicje przypadków zakażenia szpitalnego (zakażenia związanego z opieką zdrowotną),* zaakceptowane przez Zastępcę Dyrektora ds. Lecznictwa, o czym poinformowano kierowników oddziałów szpitalnych a wersję elektroniczną umieszczono w zasobach sieciowych Szpitala.
Kryteria rozpoznawania zakażenia, zawarte w tym dokumencie, zostały określone dla poszczególnych typów zakażeń i były zgodne ze standardami akredytacyjnymi Kontroli Zakażeń - KZ 2.1.

(dowód: akta kontroli str. 1179-1196)

Sposób zbierania, dokumentowania i przekazywania danych o zakażeniach do ZKZS został opisany w procedurze P-7.5-05 *Zakażenia szpitalne*[38] oraz w procesie KP-16 *Monitorowanie sytuacji epidemiologicznej szpitala*[39]. Zgodnie z procedurą, lekarz odpowiada za wypełnienie *Karty rejestracji zakażenia szpitalnego lub/i patogenu alarmowego* i przekazanie do ZKZS, który prowadzi rejestr zakażeń szpitalnych i izolacji drobnoustrojów alarmowych.

W praktyce – jak wyjaśniła pielęgniarka epidemiologiczna prowadząca rejestr – przestrzeganie procedury, w większości przypadków, jest trudne i dane zbierane są w następujący sposób:

1) codziennie w dni robocze pielęgniarka epidemiologiczna odbiera z ZDL kopie wyników badań mikrobiologicznych pacjentów, które są sprawdzane w systemie informatycznym AMMS,
2) w przypadku kiedy wynik badania zawiera patogen alarmowy lub na jego podstawie powstaje przesłanka do rozpoznania zakażenie szpitalnego, pielęgniarka drukuje *Kartę Zakażenia Szpitalnego* i przekazuje lekarzowi prowadzącemu, w celu potwierdzenia rozpoznania zakażenia i uzupełnienia informacji w karcie. Karty przekazuje do

[37] Dz.U. poz. 459.
[38] Procedura wydanie III z dnia 6 lipca 2016 r. zatwierdzona przez Dyrektora Szpitala.
[39] Dokument zatwierdzony w marcu 2013 r. przez Dyrektora Szpitala.

sekretariatów oddziałów lub do pielęgniarki oddziałowej, co potwierdza podpisem osoby odbierającej w zeszycie rejestru zakażeń,

3) ze względu na trudności z wyegzekwowaniem uzupełnionej karty zakażenia od lekarza prowadzącego, kopie sprawdzonych wyników badań mikrobiologicznych, data przyjęcia i data wypisu/zgonu pacjenta oraz wydane *Karty Zakażeń Szpitalnych/ Alert patogenu* wpisywane są do rejestru pomocniczego zakażeń szpitalnych,
4) zwrot uzupełnionych kart do ZKZS z części oddziałów szpitalnych jest istotnie opóźniony i wymaga wielokrotnego monitowania oddziału.

(dowód: akta kontroli str. 1197-1202, 1550-1554)

2.3.3. Kontrola wykazała, że w latach 2016 – 2017 (I półrocze) rejestr zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych prowadzony był w Szpitalu, dwutorowo:
W wersji papierowej – składał się ze zbioru kart rejestracji, wpiętych luźno do segregatorów. W dniu kontroli[40] NIK, w rejestrze dotyczącym 2016 r. znajdowało się 810 kart rejestracji zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych, w tym 361 kart zakażeń szpitalnych. W rejestrze dotyczącym 2017 r. (I połowa) znajdowały się 294 karty rejestracji zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych, w tym 165 kart zakażeń szpitalnych.
Jednocześnie – w wersji elektronicznej – prowadzony był plik pomocniczy do rejestru. W pliku tym, dotyczącym I półrocza 2017 r., zarejestrowanych było łącznie 801 przypadków zakażeń szpitalnych i alertpatogenów, w tym 309 przypadków zakażeń szpitalnych.

Rejestr, w wersji papierowej, prowadzony był w podziale na oddziały szpitalne. Indywidualnym kartom rejestracji nadawano kolejne numery przez ok. 10 miesięcy 2016 r., natomiast w ostatnich miesiącach 2016 r. i w I półroczu 2017 r. karty nie były już kolejno numerowane. Przykładowo, w 2016 r. w oddziale chirurgii ogólnej i naczyniowej: z 96 kart kolejne numery nadane były od nr 1 do nr 87, a pozostałym kartom nadano oznaczenia z pliku pomocniczego (w wersji elektronicznej) np. 196/2016; w oddziale I wewnętrznym ze 156 kart kolejna numeracja nadana była do nr 151, a następne karty miały nadane oznaczenia z pliku pomocniczego; w oddziale nefrologicznym z 33 kart kolejne numery nadano do nr 25, a pozostałym kartom nadano oznaczenia z pliku pomocniczego. Karty z 2017 r. nie były oznaczone kolejnymi numerami.
Kontrola NIK wykazała także braki kart w rejestrach (segregatorach). W 2016 r. w rejestrze dotyczącym np.: oddziału chirurgii ogólnej, naczyniowej i onkologicznej brakowało kart nr 78 i 82, a w przypadku karty nr 4 wystąpiła podwójna numeracja; dla oddziału urologicznego – brakowało kart nr 3-7, 9-11, 13-16, 19-22, 25-28, 30,46.

Rejestr zakażeń szpitalnych, w formie papierowej (karty), uwzględniał informacje wymagane art. 14 ust. 5 ustawy o zwalczaniu zakażeń, tj. imię i nazwisko pacjenta, datę urodzenia, nr PESEL, płeć, adres zamieszkania, rozpoznanie kliniczne i charakterystykę podstawowych objawów klinicznych zakażenia szpitalnego, czynniki ryzyka, a także informacje niezbędne do sprawowania nadzoru epidemiologicznego.

Plik pomocniczy, prowadzony w wersji elektronicznej, zwierał część informacji, o których mowa w ustawie o zwalczaniu zakażeń, m.in. imię i nazwisko, oddział, typ zakażenia oraz inne istotne dla ZKZS informacje, np. datę wydania karty i datę zwrotu karty z oddziału.

(dowód: akta kontroli str. 1203-1206)

Ustalone nieprawidłowości

Rejestr zakażeń szpitalnych prowadzony był nierzetelnie, był niekompletny a liczbę zakażeń szpitalnych ustalano na podstawie pliku pomocniczego. Liczba kart w rejestrze prowadzonym w formie papierowej różniła się od liczby zakażeń szpitalnych wykazanych w raportach dla Dyrektora Szpitala i NIK (w 2016 r.: 361 kart w rejestrze vs. 370 zakażeń szpitalnych wykazanych w raporcie, za I półrocze 2017 r.: 165 kart w rejestrze vs. 309 zakażeń w raporcie).
Sposób prowadzenia rejestru nie spełniał wymogów określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie listy czynników alarmowych, rejestrów zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych oraz raportów o bieżącej sytuacji epidemiologicznej szpitala, który w § 3 pkt 2 stanowi, że każda indywidualna karta rejestracji jest oznaczona kolejnym numerem i dotyczy wystąpienia pojedynczego przypadku zakażenia szpitalnego.

[40] 18 października 2017 r.

Pielęgniarka epidemiologiczna wyjaśniła, że dane dotyczące liczby zakażeń szpitalnych podawane są na podstawie danych z pliku pomocniczego zakażeń szpitalnych i alert patogenów, prowadzonego na podstawie analizy wyników badań mikrobiologicznych i wydanych do oddziału kart zakażenia szpitalnego. Różnica w liczbie zakażeń szpitalnych w 2016 r. i I półroczu 2017 r. wynika z opóźnień w dostarczaniu *Kart Rejestracji Zakażenia Szpitalnego* przez lekarzy prowadzących pacjentów w oddziałach.

Zdaniem NIK rejestr zakażeń szpitalnych powinien być prowadzony na bieżąco, ponieważ tylko ten sposób pozwala na podejmowanie istotnych decyzji dotyczących zakażonego chorego, jak również zmniejsza ryzyko pominięcia zakażonego chorego w rejestrze.

(dowód: akta kontroli str. 1550-1554)

W sprawozdaniach MZ-29 o działalności Szpitala, sporządzanych dla Ministra Zdrowia, wykazano błędne dane dotyczące zakażeń szpitalnych. W sprawozdaniu MZ-29 za 2015 r. wykazano 611 zakażeń szpitalnych i 76 zgonów z powodu zakażeń szpitalnych, natomiast faktycznie było 317 zakażeń i 47 zgonów. W sprawozdaniu MZ-29 za 2016 r. błędnie wykazano liczbę zgonów – 27, a faktycznie było 36 zgonów z powodu zakażeń szpitalnych. Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa wyjaśnił, że niespójne dane zostały aktualnie zweryfikowane. W 2015 r. omyłkowo podano łączną liczbę rozpoznanych zakażeń szpitalnych i pozaszpitalnych, zweryfikowano również liczbę zgonów do 47. Różnice dotyczące 2016 r. wynikają z faktu, iż rejestr zakażeń szpitalnych był uzupełniany już po przekazaniu sprawozdania MZ-29 za 2016 r.

(dowód: akta kontroli str. 1512-1529, 1589-1590, 1593)

Opis stanu faktycznego

2.3.4. Kontrola losowo dobranych 60 *Kart Rejestracji Zakażenia Szpitalnego*[41], przekazanych pielęgniarce epidemiologicznej wykazała, że wszystkie karty wypisane były na obowiązującym w Szpitalu formularzu. W każdym przypadku wpisano imię i nazwisko pacjenta, nr PESEL i datę przyjęcia na oddział (poza jednym przypadkiem w oddziale chirurgii). We wzorze karty nie wyodrębniono pola „data wykonania badania mikrobiologicznego", gdyż – jak wyjaśniła przewodnicząca ZKZS – jej podawanie w karcie jest zbędne, ponieważ podana jest data pobrania materiału, kluczowa w ustaleniu typu zakażenia (szpitalne czy pozaszpitalne), a w razie potrzeby, data jest możliwa do sprawdzenia w wyniku badania, w systemie elektronicznym.

Ustalone nieprawidłowości

Karty rejestracji zakażenia szpitalnego były sporządzane nierzetelnie przez lekarzy prowadzących i nieterminowo przekazywane pielęgniarce epidemiologicznej. W 8% kart – nie wskazano czynników ryzyka zakażenia szpitalnego, w 27% kart – nie wskazano postaci klinicznej zakażenia, w 12% kart – nie można było ustalić, czy wykonano badanie mikrobiologiczne (nie odnotowano daty pobrania materiału, nie załączono wyników badań), w 27% kart – nie odnotowano daty pobrania materiału do badania, w 37% kart – nie odnotowano daty pierwszych objawów zakażenia, w 50% – na kartach nie było daty i podpisu lekarza prowadzącego (jednocześnie), w 28% kart – nie odnotowano zastosowania antybiotykoterapii. W 8% (pięć przypadków) – karty nie były podpisane przez pielęgniarkę epidemiologiczną, z tego cztery karty były podpisane przez przewodniczącą ZKZS.

Kontrola wykazała także, że 80% kart nie było przekazywanych do pielęgniarki epidemiologicznej bez zbędnej zwłoki[42]. Opóźnienia wynosiły od dwóch do 288 dni (jedna karta) i nie pozwalały pielęgniarce na bieżące prowadzenie rejestru zakażeń szpitalnych.

(dowód: akta kontroli str. 1207-1239)

NIK zauważa, że w procedurze P-7.5-05 i w procesie KP-1 nie określono terminu opracowania przez lekarza *Karty rejestracji zakażenia* i przekazania jej ZKZS. Przewodnicząca ZKZS wyjaśniła, że nie dostrzeżono potrzeby określania tego terminu.

Wyjaśniła także, że podejmowano działania mające na celu poprawę spływu kart rejestracji zakażenia, m.in. poprzez pisma przekazywane kierownikom oddziałów. Kwestia spływu kart była też omawiana na spotkaniu KKZS. Poza tym Szpital poszukuje drugiej pielęgniarki

---

[41] Kontrolą NIK objęto po 20 kart rejestracji zakażenia szpitalnego z oddziałów: anestezjologii i intensywnej terapii, II wewnętrznego i gastroenterologii oraz chirurgii ogólnej, naczyniowej i onkologicznej.

[42] Porównano datę wykonania badania/pobrania materiału do badania z datą otrzymania karty przez pielęgniarkę epidemiologiczną (przy założeniu że w pierwszym przypadku dopuszczalny jest termin do 3 dni, a w drugim przypadku – do 7 dni).

epidemiologicznej, co ma poprawić sprawność funkcjonowania ZKZS m.in. w zakresie spływu kart.
W ocenie NIK, podejmowane przez Szpital działania były niewystarczające i nieskuteczne.
(dowód: akta kontroli str. 1550-1551, 1555-1557)

Opis stanu faktycznego

2.3.5. W 2015 r. do Szpitala Międzyleskiego przyjęto[43] 25 509 pacjentów, w 2016 r. – 25 043 i w I połowie 2017 r. – 12 478 pacjentów.

W Szpitalu obowiązuje *Karta Oceny Ryzyka Zakażenia Szpitalnego*, która jest składową częścią historii choroby. Drukowana jest w izbie przyjęć przy przyjęciu pacjenta, wypełniana jest w oddziale szpitalnym. Badanie przeprowadzone na próbie 50 pacjentów przyjętych do Szpitala w maju 2017 r. wykazało, że do każdej skontrolowanej historii choroby dołączona była *Karta Oceny Ryzyka Zakażenia Szpitalnego,* wystawiona w dniu przyjęcia i podpisana przez pielęgniarkę. Na podstawie wywiadu z pacjentem, w 76% przypadków (w 38 kartach) dokonano oceny ryzyka zakażenia, w pozostałych przypadkach nie przeprowadzono wywiadu ze względu na brak kontaktu z pacjentami, których przyjęto w trybie nagłym (w większości przypadków przywiezieni zostali przez zespoły ratownictwa medycznego).
(dowód: akta kontroli str. 1240-1242, 1177-1178, 1243-1249)

2.4. Monitorowanie i raportowanie zakażeń szpitalnych

2.4.1. W latach od 2015 do 2017 r. (I półrocze) w Szpitalu hospitalizowano 68 758 pacjentów i w przypadku 996 z nich wykryto zakażenie szpitalne, z tego:
- w 2015 r. u 317 pacjentów, co stanowiło 1,14% spośród 27 744 hospitalizowanych,
- w 2016 r. u 370 pacjentów, co stanowiło 1,36% spośród 27 280 hospitalizowanych,
- w 2017 r. (I półrocze) zakażenie szpitalne wykryto u 309 pacjentów, co stanowiło 2,25% spośród 13 734 hospitalizowanych.

Najwyższy wskaźnik wykrytych zakażeń szpitalnych występował corocznie w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii (OAIT) i wynosił: w 2015 r. – 27,35% (64 pacjentów z wykrytym zakażeniem przy 234 hospitalizacjach), w 2016 r. – wskaźnik ten wzrósł do 34,02% (82 pacjentów z zakażeniem przy 241 hospitalizacjach), w 2017 r. – wskaźnik wzrósł do 41,35% (55 pacjentów z zakażeniem przy 133 hospitalizacjach).

W oddziałach zachowawczych najwyższe wskaźniki zakażeń szpitalnych wystąpiły:

- w oddziale nefrologicznym: w 2015 r. – 6,30% (26 pacjentów z zakażeniem przy 413 hospitalizacjach), w 2016 r. – 3,75% (16 pacjentów z zakażeniem przy 427 hospitalizacjach), w 2017 r. – wskaźnik wzrósł do 7,05% (16 pacjentów z zakażeniem przy 227 hospitalizacjach),
- w oddziale I wewnętrznym: w 2015 r. – 1,30% (26 pacjentów z zakażeniem, 2 003 hospitalizacje), w 2016 r. – 4,53% (81 pacjentów z zakażeniem, 1 788 hospitalizacji), w 2017 r. – 3,14% (29 pacjentów z zakażeniem, 924 hospitalizacje),
- w oddziale neurologicznym: w 2015 r. – 2,96% (61 pacjentów z zakażeniem, 2 063 hospitalizacje), w 2016 r. – 0,99% (21 pacjentów z zakażeniem, 2 129 hospitalizacji), w 2017 r. – 3,26% (37 pacjentów z zakażeniem, 1 136 hospitalizacji).

W oddziałach zabiegowych najwyższe wskaźniki zachorowalności wystąpiły:

- w oddziale chirurgii ogólnej, naczyniowej i onkologicznej: w 2015 r. – 0,80% (23 pacjentów z zakażeniem, 2.885 hospitalizacji), w 2016 r. – 1,95% (58 pacjentów z zakażeniem, 2 971 hospitalizacji), w 2017 r. – 2,27% (37 pacjentów z zakażeniem, 1 630 hospitalizacji),
- w oddziale urologicznym i onkologii urologicznej: w 2015 r. – 0,54% (20 pacjentów z zakażeniem, 3 670 hospitalizacji), w 2016 r. – 0,59% (22 pacjentów z zakażeniem, 3 701 hospitalizacji), w 2017 r. – 2,18% (40 pacjentów z zakażeniem, 1 833 hospitalizacje).

W oddziale neonatologicznym doszło do dwóch zakażeń szpitalnych w 2015 r. (na 936 hospitalizacji) i jednego zakażenia w I połowie 2017 r. (na 405 hospitalizacji). W 2016 r. zakażeń nie zarejestrowano.
(dowód: akta kontroli str. 1253, 1266, 1274, 1284)

[43] Przez izbę przyjęć.

Uwagi dotyczące badanej działalności

W okresie od stycznia 2015 r. do czerwca 2017 r., z roku na rok zwiększała się łączna liczba pacjentów z wykrytym zakażeniem szpitalnym i niemal dwukrotnie, z poziomu 1,14% do 2,25% zwiększył się współczynnik zachorowalności (liczba zakażonych na 100 pacjentów hospitalizowanych).
NIK zwraca uwagę na znaczną tendencję wzrostową współczynnika zachorowalności w OAIT z poziomu 27,35% w 2015 r. do 34,02% w 2016 r. i do 41,35% w 2017 r.
Poza OAIT, w okresie od 2015 r. do połowy 2017 r., odnotowano także coroczny i istotny wzrost współczynnika zachorowalności również w oddziałach: II wewnętrznym i gastroenterologii (z 0,90% do 2,82%), kardiologii i chorób wewnętrznych (z 0,96% do 2,18%), chirurgii ogólnej, naczyniowej i onkologicznej (z 0,80% do 2,27%) oraz urologicznym i onkologii urologicznej (z 0,54% do 2,18%).

Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa wyjaśnił, że przyczyna wzrostu zarejestrowanych zakażeń szpitalnych leży nie w faktycznym wzroście liczby zakażeń, lecz w poprawie spływu danych, która nastąpiła w wyniku działań ZKZS i Dyrektora Szpitala. Średnia liczba zarejestrowanych zakażeń szpitalnych na poziomie 2,25% dla dużego szpitala, jakim jest MSSW nie jest wartością, której wysokość powinna budzić zaniepokojenie[44]. Zgodnie z danymi prezentowanymi na spotkaniu Zarządu Szpitala z przedstawicielami PPIS w Warszawie, odsetek zakażeń szpitalnych w MSSW w 2016 r. był niski w porównaniu z innymi szpitalami warszawskimi i pozostaje niski w 2017 roku, chociaż wystąpiła opisana powyżej dynamika wzrostowa.
NIK nie kwestionuje, że na wzrost współczynnika zachorowalności zakażeń mogło wpłynąć ujawnienie przez ZKZS większej liczby zakażeń szpitalnych, jednak dynamika wzrostu budzi zaniepokojenie i zdaniem NIK wymaga pogłębionej analizy przyczyn.

(dowód: akta kontroli str. 1589-1591)

Opis stanu faktycznego

2.4.2. Wykorzystując dane z monitorowania zakażeń oraz szerzenia się kolonizacji alert patogenami, ZKZS dokonywał oceny skuteczności procedury higieny rąk (raporty o stosowaniu środków dezynfekcyjnych, bezpośrednie obserwacje), procedur higieny szpitalnej (kontrola skuteczności sprzątania, posiewy środowiskowe z bielizny szpitalnej i inne). W wyniku, między innymi, tych działań doszło do doposażenia Szpitala w dozowniki z płynem do dezynfekcji rąk, modernizacji pracowni endoskopii. Wprowadzono także procedurę P-7.5.1-13A dotyczącą pacjentów z CPE[45] oraz instrukcję IN- 7.5-05-19[46] dotyczącą postępowania z wkłuciami do naczyń obwodowych i centralnych.

(dowód: akta kontroli str. 1589-1592, 1505-1507)

Dane z monitorowania zakażeń są wykorzystywane w MSSW do zmiany praktyk w opiece nad pacjentem dla poprawienia bezpieczeństwa epidemiologicznego. Przykładowo, w związku ze stwierdzanymi ogniskami zakażeń Clostridium difficile, wprowadzono odrębne zalecenia dotyczące rozpoznania, diagnostyki i leczenia tych zakażeń. Narastająca ilość kolonizacji i zakażeń CPE (problem ogólnopolski) spowodowała wdrożenie odrębnej procedury dotyczącej pacjentów z takimi szczepami.

(dowód: akta kontroli str. 1589-1592)

2.4.3. W okresie objętym kontrolą w Szpitalu obowiązywała procedura P-7.5.1-13 *Izolacja chorych zakażonych oraz pacjentów o podwyższonym ryzyku zakażenia*[47], w której zawarto wytyczne postępowania w izolacji zakażeń szerzących się m.in. drogą oddechową, kontaktową, krwi, pokarmową.

---

[44] Dyrektor wskazał, że piśmiennictwo z zakresu zakażeń szpitalnych podaje średnią wartość zakażeń szpitalnych w Europie ok. 4-5%, przy czym w OIOM nawet 30-50% pacjentów może doznać zakażenia szpitalnego.

[45] Procedura P-7.5.1-13A wydanie I z dnia 3 sierpnia 2016 r. *Postępowanie z pacjentem z podejrzeniem/ potwierdzeniem zakażenia lub kolonizacji enterobacteriaceae wytwarzającymi karbapenamazy (CPE).*

[46] Instrukcja IN 7.5-05-19 wydanie I z dnia 24 marca 2017 r. *Założenie i pielęgnacja wkłucia do naczyń obwodowych, centralnych i tętniczych.*

[47] Procedura P-7.5.1-13 wydanie II z dnia 19 września 2016 r. *Izolacja chorych zakażonych oraz pacjentów o podwyższonym ryzyku zakażenia.*

Szpital dysponował 26 salami pozwalającymi na izolację zakażonego pacjenta, w tym 17 jednoosobowymi i 9 salami dwuosobowymi. Spośród nich, pięć sal jednoosobowych[48] i cztery dwuosobowe[49] posiadały śluzę i węzeł sanitarny, dwanaście innych posiadało węzeł sanitarny[50] (nie posiadało śluzy), pozostałych 5 – nie posiadało śluzy i węzła sanitarnego.

(dowód: akta kontroli str. 1289-1298l)

Zarówno wymogi formalno-prawne funkcjonowania szpitala publicznego, jak również warunki realizacji umowy z NFZ nakładają na Szpital obowiązek hospitalizacji wszystkich pacjentów w stanie zagrożenia życia i zdrowia. Z tego powodu – jak wyjaśniono – w wielu oddziałach występuje nadmierne obłożenie łóżek (dostawki). Dotyczy to szczególnie oddziałów internistycznych i oddziału neurologii, jak również oddziału chirurgii. W takich warunkach Szpital nie ma możliwości zapewnienia pełnej izolacji wszystkim pacjentom z zakażeniem poza- lub szpitalnym i w zależności od oceny ryzyka dokonuje izolacji w razie takiej potrzeby lub prowadzi kohortację. Personel medyczny nieustannie wdraża izolacje różnych pacjentów zgodnie ze wskazaniami lub aktualnie istniejącymi możliwościami. W wielu przypadkach istnieje konieczność wdrażania izolacji stanowiskowej do czasu uzyskania możliwości wdrożenia izolacji kontaktowej, kropelkowej lub innej albo ustania konieczności izolacji.

(dowód: akta kontroli str. 1558-1559, 1564-1565)

2.4.4. W okresie 2,5 lat (2015 – I półrocze 2017) – spośród wyizolowanych 796 patogenów alarmowych, wyszczególnionych w załączniku nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia *w sprawie listy czynników alarmowych (...)* – największy udział w zakażeniach szpitalnych miały:

1) Enterobacteriaceae spp. wytwarzające betalaktamazy o rozszerzonym spektrum substratowym (np. ESBL, AMPc, KPC) lub oporne na karbapenemy lub inne dwie grupy leków lub polimyksyny – stanowiły 26,2% łącznej liczby zakażeń szpitalnych,
2) Clostridium difficile – stanowiły 18,4% zakażeń szpitalnych,
3) Acinetobacter spp. oporne na karbapenemy lub inne dwie grupy leków lub polimyksyny – stanowiły 7,8% zakażeń szpitalnych,
4) Pseudomonas aeruginosa oporny na karbapenemy lub inne dwie grupy leków lub polimyksyny – stanowiły 6,0% zakażeń szpitalnych w okresie 2,5 lat,
5) Staphylococcuc aureus oporny na metacyklinę (MRSA) lub glikopeptydy (VISA lub VRSA) lub oksazolidynony – stanowił 5,8% zakażeń szpitalnych w okresie 2,5 lat.

Od 3,1% do 4,9% zakażeń szpitalnych spowodowanych było przez: biologiczne czynniki chorobotwórcze izolowane z krwi lub płynu mózgowo-rdzeniowego, rotawirus, Entorococcuc spp. i norowirus. Pozostałe osiem patogenów z *Listy czynników alarmowych* stanowiły nie więcej niż 0,1% zakażeń szpitalnych, w okresie od 2015 r. do 2017 r. (I półrocze).

(dowód: akta kontroli str. 1308-1370)

Szpital dokonywał zgłoszenia przypadków podejrzenia lub rozpoznania zakażenia chorobami wskazanymi w załączniku Nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 lipca 2013 r. w sprawie zgłoszeń podejrzenia lub rozpoznania zakażenia, choroby zakaźnej lub zgonu z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej[51]. Zgodnie z obowiązującą w tym zakresie procedurą P-7.5-05 obowiązek dokonania zgłoszenia spoczywał na rozpoznającym je lekarzu prowadzącym, który podlega kierownikowi danego oddziału. Kopie zgłoszeń były kierowane do ZKZS. Przewodniczący KKZS nie prowadził analizy terminowości zgłoszeń rozpoznania chorób zakaźnych do Sanepid dokonywanych przez oddział.

(dowód: akta kontroli str. 1601-1606)

---

[48] Na oddziale kardiologii – 1, chirurgii ogólnej i naczyniowej – 1, dermatologii dziecięcej – 1, otolaryngologii – 1, ginekologii i położnictwa – 1.

[49] Oddziale wewnętrznym – 2, II wewnętrznym – 2.

[50] Siedem sal 1-osobowch z węzłem sanitarnym (oddział wewnętrzny – 1, II wewnętrzny -1, kardiologia – 1, dermatologia dziecięca -1, chirurgia urazowo-ortopedyczna – 1, urologia – 2, chirurgia ogólna i naczyniowa – 1), pięć sal dwuosobowych z węzłem sanitarnym (kardiologia – 4, dermatologia dziecięca – 1).

[51] Dz. U. poz. 848.

2.4.5. W latach od 2015 r. do 2017 r. (I półrocze) w Szpitalu operowano łącznie 19 355 pacjentów i u 175[52] z nich (0,9%) doszło do zakażenia szpitalnego. Analizę przedstawionych danych dotyczących częstotliwości wystąpienia tych zakażeń podano poniżej.

W 2015 r. operowano 7 440 pacjentów, z tego:
- 1 880 pacjentów (25,3%) nie było objętych okołooperacyjną profilaktyką antybiotykową i u pięciu z nich (0,27%) wystąpiło zakażenie szpitalne,
- 5 560 pacjentów (74,7%) otrzymało profilaktycznie antybiotyk i u 28 z nich (0,50%) wystąpiło zakażenie szpitalne.

Łączna liczba pacjentów, u których wystąpiło zakażenie szpitalne, wyniosła 33, co stanowiło 0,44% łącznej liczby operowanych w 2015 r.

W 2016 r. operowano 7 949 pacjentów, z tego:
- 2 513 pacjentów (31,6%) nie było objętych okołooperacyjną profilaktyką antybiotykową i u 7 z nich (0,28%) wystąpiło zakażenie szpitalne,
- 5 436 pacjentów (68,4%) otrzymało profilaktycznie antybiotyk i u 74 z nich (1,36%) wystąpiło zakażenie szpitalne.

Łączna liczba pacjentów, u których wystąpiło zakażenie szpitalne, wyniosła 81, co stanowiło 1,02% łącznej liczby operowanych w 2016 r.

W 2017 r. (I półrocze) operowano 3 966 pacjentów, z tego:
- 1 045 pacjentów (26,3%) nie było objętych okołooperacyjną profilaktyką antybiotykową i u jednego z nich (0,10%) wystąpiło zakażenie szpitalne,
- 2 921 pacjentów (73,7%) otrzymało profilaktycznie antybiotyk i u 60 z nich (2,05%) wystąpiło zakażenie szpitalne.

Łączna liczba pacjentów, u których wystąpiło zakażenie szpitalne, wyniosła 61, co stanowiło 1,54% łącznej liczby operowanych w I półroczu 2017 r.

Pacjenci, którym podano profilaktycznie antybiotyk otrzymali go:
- w oddziałach: chirurgii urazowo-ortopedycznej, ginekologiczno-położniczym oraz chirurgii ogólnej i naczyniowej – podczas znieczulenia anestezjologicznego (100% pacjentów),
- w oddziale otolaryngologicznym – na bloku operacyjnym (100% pacjentów),
- w oddziale okulistycznym – podczas znieczulenia (100% pacjentów),
- w oddziale urologicznym – na bloku operacyjnym (ok. 80% pacjentów).

(dowód: akta kontroli str. 1371-1386)

Uwagi dotyczące badanej działalności

Analiza przedstawionych danych wskazuje, że w okresie od stycznia 2015 r. do połowy 2017 r. odsetek operowanych pacjentów, u których doszło do zakażenia szpitalnego, zwiększył się 3,5-krotnie (z 0,44% do 1,54%).
Należy podkreślić, że wzrost ten wynika ze znacznego zwiększenia częstotliwości zakażeń wśród pacjentów, którym podano profilaktycznie antybiotyk. W tej grupie pacjentów odsetek zakażeń, w badanym okresie, wzrósł 4-krotnie z poziomu 0,50% do 2,05%, podczas gdy w grupie pacjentów, którym nie podano antybiotyku, odsetek zakażeń spadł w tym okresie z 0,27% do 0,1%.

Wyjaśniając przyczyny zaistniałej sytuacji przewodnicząca ZKZS podała, że Szpital analizował całkowity wzrost zarejestrowanej liczby zakażeń szpitalnych bez wyodrębniania podgrup (np. pacjenci operowani, którym podano antybiotyk profilaktycznie). Według oceny ZKZS przyczyna leży nie w faktycznym wzroście liczby zakażeń szpitalnych, lecz w poprawie spływu danych i zmianie metod zliczania zakażeń. Można jednak przypuszczać, że przyczyna większej ilości zarejestrowanych zakażeń szpitalnych u operowanych pacjentów jest taka sama jak w grupie wszystkich pacjentów z zarejestrowanymi zakażeniami szpitalnymi (poprawa spływu danych). Ponadto, w odniesieniu do ilości zakażeń samego miejsca operowanego, można znaleźć w piśmiennictwie z tej dziedziny, że nawet około 2-7% wszystkich procedur chirurgicznych i aż 20% pacjentów operowanych w trybie pilnym z powodu ostrych chorób jamy brzusznej dozna ZMO, więc rejestrowany

[52] Do wyliczenia liczby zakażeń szpitalnych u osób operowanych uwzględniono wszystkie typy zakażeń szpitalnych, a nie tylko zakażenia miejsca operowanego. Dane sporządzono w oparciu o informacje z poszczególnych oddziałów na temat pacjentów operowanych z zakażeniami oraz dane ZKZS.

w MSSW poziom 1,02-1,54% wszystkich typów zakażeń u pacjentów operowanych nie jest jeszcze zjawiskiem szokującym, choć wymaga monitorowania.
Przewodnicząca ZKZS wyjaśniła, że Szpital dotąd nie zbierał danych o liczbie zakażeń szpitalnych u pacjentów operowanych, którym podano okołooperacyjną profilaktykę antybiotykową vs. liczba pacjentów operowanych bez tej profilaktyki, w związku z tym nie było też analiz dotyczących tego zagadnienia. Wskazała, że pacjent otrzymuje okołooperacyjną profilaktykę antybiotykową dlatego, że pole operacyjne nie jest czyste, operacja jest rozleglejsza lub/i sam pacjent ma większe ryzyko zakażenia z innych przyczyn, zatem nie ma nic dziwnego w tym, że pacjenci o większym ryzyku wyjściowym, bardziej obciążeni (dostający antybiotyk okołooperacyjnie) mają więcej zakażeń szpitalnych niż pacjenci bez takich czynników ryzyka i nie otrzymujący antybiotyku w profilaktyce okołooperacyjnej.
Odpowiadając na pytanie, czy przed operacją wykonano każdemu pacjentowi badania laboratoryjne w kierunku zakażenia bakteriami lekoopornymi, Przewodnicząca stwierdziła, że nie wykonuje się badań w kierunku obecności zakażenia bakteriami lekoopornymi lub lekowrażliwymi lub w kierunku nosicielstwa standardowo wszystkim pacjentom. Po to opracowano schematy profilaktyki okołooperacyjnej, żeby w razie istnienia wskazań podać operowanemu pacjentowi właściwy antybiotyk lub antybiotyki. W razie podejrzenia zakażenia wykonuje się odpowiednią diagnostykę mikrobiologiczną oraz inną. Pacjent otrzymuje zwykle terapię empiryczną, która jest modyfikowana na celowaną po otrzymaniu wyników badań mikrobiologicznych.

Zdaniem NIK, wzrost odsetka zakażeń wśród pacjentów, u których zastosowano okołooperacyjną profilaktykę antybiotykową, jest zjawiskiem na tyle niepokojącym, że należy zweryfikować jakość przedstawionych danych i ponownie przeanalizować problem, przyjmując jedną metodologię dla całego badanego okresu.

(dowód: akta kontroli str. 1387, 1543-1546a)

Opis stanu faktycznego

2.4.6. W izbie przyjęć Szpitala nie działa tzw. „sepsis team". W przypadku podejrzenia sepsy diagnostykę prowadzą oddziały, w których znajdują się w danej chwili pacjenci. Badania, jakie wykonuje się w tych przypadkach to: poziom CRP, poziom prokalcytoniny, morfologia krwi, posiewy krwi, moczu, wymazu z odbytu. Postępowanie z pacjentem uzależnione jest od jego stanu[53].

(dowód: akta kontroli str. 1388)

Na izbie przyjęć obowiązują zasady pobierania materiału do badań mikrobiologicznych (w tym posiewu krwi) zgodnie z procedurą 7.5-10-01 i zaleceniami zawartymi w NPOA (antybiotyki.edu.pl). O tym, czy podać antybiotyk i jaki, decyduje lekarz dyżurny izby przyjęć na podstawie objawów klinicznych, stanu pacjenta i innych dostępnych danych oraz swojej wiedzy medycznej. Stosowane jest w izbie przyjęć podanie profilaktyki antybiotykowej w przypadku każdego podejrzenia zakażenia/posocznicy meningokokowej (ciprofloksacyna p.o.).

(dowód: akta kontroli str. 1589-1590, 1592-1593)

W 2015 r. do Szpitala przyjęto[54] 25 509 pacjentów, w tym sześciu pacjentów ze wstępnym rozpoznaniem posocznicy o ciężkim przebiegu[55] (sepsy) przez lekarza izby przyjęć. Stanowili oni 0,02% wszystkich pacjentów przyjętych do oddziałów szpitalnych. W oddziałach szpitalnych[56] rozpoznano 163 przypadki sepsy (0,64% pacjentów przyjętych do Szpitala w 2015 r.), w tym najwięcej na oddziale II wewnętrznym (74 rozpoznania sepsy)

---

[53] Prowadzi się: antybiotykoterapię szerokospektralną deeskalacyjną, płynoterapię, kontrolę glikemii, leczenie kwasicy metabolicznej w razie potrzeby, wyrównywanie elektrolitów, wyrównywanie morfologiczne, żywienie pozajelitowe w przypadku niemożliwości żywienia dożołądkowego, w razie konieczności: respiratoroterapię inwazyją bądź nieinwazyjną, sedację i analgezję, ciągłą terapię nerkozastępczą, leczenie wazoditatorami, leczenie sterydami. Diagnostykę rozszerza się w indywidualnych przypadkach o tomografię komputerową, usg, badanie dopplerowskie itp.
[54] Przez izbę przyjęć.
[55] Podstawą identyfikacji przez Szpital posocznic (seps) były zarządzenia Prezesa NFZ 129/2016 i 57/2017. Do grupy JGP S56 posocznica o ciężkim przebiegu zakwalifikowano rozpoznanie medyczne ICD10 od A02.1 do B37.7 wymienione w ww. zarządzeniach oraz jednostki chorobowe A.41.8 i A.41.9.
[56] Wśród pacjentów wypisanych (wraz ze zgonami).

i oddziale I wewnętrznym (56 rozpoznań sepsy). Pacjenci ze wstępnie rozpoznaną sepsą w izbie przyjęć stanowili 3,7% pacjentów z rozpoznaną sepsą w oddziałach szpitalnych.

Podobnie, w 2016 r., do Szpitala przyjęto sześciu pacjentów ze wstępnym rozpoznaniem posocznicy o ciężkim przebiegu przez lekarza izby przyjęć. Stanowili oni 0,02% wszystkich pacjentów przyjętych do oddziałów szpitalnych (25 043 pacjentów). Liczba rozpoznanych przypadków seps w oddziałach szpitalnych wyniosła 150, tj. 0,60% pacjentów przyjętych do Szpitala, w tym najwięcej na oddziale I wewnętrznym (62 rozpoznania sepsy) i oddziale II wewnętrznym (60 rozpoznań sepsy). Pacjenci ze wstępnie rozpoznaną sepsą w izbie przyjęć stanowili 4,0% pacjentów z rozpoznaną sepsą w oddziałach szpitalnych.

W I połowie 2017 r. do Szpitala przyjęto czterech pacjentów ze wstępnym rozpoznaniem posocznicy o ciężkim przebiegu przez lekarza izby przyjęć którzy stanowili 0,03% wszystkich pacjentów przyjętych (12 478). Liczba rozpoznanych przypadków posocznic (seps) w oddziałach szpitalnych wyniosła 109, tj. 0,87% pacjentów przyjętych do Szpitala w I połowie 2017 r., w tym najwięcej na oddziale I wewnętrznym (47 rozpoznania sepsy) i oddziale II wewnętrznym (37 rozpoznań sepsy). Pacjenci ze wstępnie rozpoznaną sepsą w izbie przyjęć stanowili 3,67% pacjentów z rozpoznaną sepsą w oddziałach szpitalnych.

Spośród pacjentów z rozpoznaną sepsą:
- w 2015 r. zmarło 9 pacjentów, u których, w trakcie leczenia, rozpoznano wstrząs[57], co stanowiło 1,09% ogólnej liczby zgonów w Szpitalu i 5,5% pacjentów z leczoną sepsą,
- w 2016 r. zmarło 7 pacjentów którym, w trakcie leczenia, rozpoznano wstrząs, co stanowiło 0,88% ogólnej liczby zgonów i 4,7% pacjentów z leczoną sepsą,
- w I połowie 2017 r. zmarło 5 pacjentów, u których, w trakcie leczenia, rozpoznano wstrząs, co stanowiło 1,17% ogólnej liczby zgonów w Szpitalu i 4,6% pacjentów z leczoną sepsą.

(dowód: akta kontroli str. 1289, 1299-1307, 1590, 1592)

Ocena cząstkowa

W latach 2016 – 2017 (I półrocze) Szpital prowadził działania zapobiegające szerzeniu się zakażeń szpitalnych. Posiadał procedury dotyczące organizacji wykonywania zadań w tym zakresie, prowadzone były kontrole wewnętrzne stanu sanitarnego i ordynacji antybiotykowej, szkolenia personelu w zakresie profilaktyki i zwalczania zakażeń szpitalnych oraz antybiotykoterapii. Pacjentom, u których wykryto zakażenia szpitalne wykonano badania mikrobiologiczne, ZDL na bieżąco informował lekarza prowadzącego i pielęgniarkę epidemiologiczną o wynikach badań. Szpital dysponował receptariuszem szpitalnym.

Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły nierzetelnego wypełniania kart rejestracji zakażenia szpitalnego przez lekarzy i znaczących opóźnień w ich przekazywaniu do ZKZS, skutkiem czego rejestr zakażeń szpitalnych nie był prowadzony na bieżąco i był niekompletny. Sposób prowadzenia rejestru zakażeń nie spełniał wymogów określonych przez Ministra Zdrowia. Przez blisko 1 rok nie zebrał się na żadnym posiedzeniu KKZS, co było niezgodne zarówno ze standardami akredytacyjnymi Kontroli Zakażeń jak również regulaminem Komitetu. Jest to szczególnie istotne w sytuacji, gdy od stycznia 2015 r. do połowy 2017 r. dwukrotnie zwiększył się odsetek zakażeń szpitalnych (z 1,14% do 2,25%), a odsetek operowanych pacjentów, u których doszło do zakażenia szpitalnego zwiększył się 3,5-krotnie (z 0,44% do 1,54%). NIK nie kwestionuje, że odnotowany wzrost liczby zakażeń mógł wynikać z poprawy zgłaszalności zakażeń przez ZKZS, jednak wzrost odsetka zakażeń, o których mowa wyżej jest zjawiskiem na tyle niepokojącym, że należy zweryfikować jakość przedstawianych danych i przeanalizować problem. Wykazano błędne dane dotyczące zakażeń szpitalnych w sprawozdaniach MZ-29 o działalności Szpitala, sporządzanych dla Ministra Zdrowia.
NIK zwraca uwagę, że nie przeszkolono wszystkich nowo przyjętych pracowników z zakresu zakażeń szpitalnych, w I półroczu 2017 r. znacząco zmniejszył się odsetek pacjentów konsultowanych przez ZKZS, mapy mikrobiologiczne nie były przekazywane do oddziałów na bieżąco.

[57] Analiza dotyczyła pacjentów, u których w rozpoznaniach zasadniczych, współistniejących, w przyczynach zgonu odnotowano jednostki chorobowe dotyczące posocznicy i wstrząsu.

3. Realizacja zaleceń i wniosków pokontrolnych państwowej inspekcji sanitarnej

Opis stanu faktycznego

W latach 2016 r. – 2017 (I połowa) PPIS przeprowadziła w Szpitalu siedem kontroli w zakresie zakażeń szpitalnych i dwie wizytacje, z tego:

- trzy kontrole w związku z wystąpieniem ogniska epidemicznego o etiologii Clostridium diffcile A/B – dwie w lutym 2016 r. w oddziale chirurgii ogólnej i naczyniowej i w oddziale II wewnętrznym i gastroenterologii, oraz jedną w marcu 2016 r. w oddziale I wewnętrznym,
- dwie kontrole w maju 2016 r. w związku ze zgłoszeniem ogniska epidemicznego o etiologii Acinetobacter baumanii – w pododdziale intensywnej terapii kardiologicznej i w oddziale AOIT,
- dwie kontrole po zgłoszeniu podejrzenia ogniska epidemicznego o etiologii Klebsiella pneumoniae MBL (+) – w marcu 2017 r. w oddziale II wewnętrznym i gastroenterologii i w maju 2017 r. w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii (Klebsiella pneumoniae ESBL+ z opornością na kolistynę),
- dwie wizytacje w styczniu 2017 r., które dotyczyły diagnozy przedsięwzięć prozdrowotnych w Szpitalu, oraz oceny realizacji Krajowego programu zapobiegania zakażeniom HIV i zwalczania AIDS.

Sformułowano jedno zalecenie pokontrolne po kontroli z maja 2016 r. w oddziale AOIT – *przeszkolić personel lekarski konsultujący pacjentów z ogniska z zasad higieny rąk.*
Zalecenie wykonano, personel lekarski został przeszkolony, a od maja 2016 r. został wdrożony *Edukacyjny Program Przestrzegania Higieny Rąk.*

Ponadto, w czerwcu 2017 r., PPIS przeprowadził kontrolę z zakresu szczepień ochronnych osób narażonych, w sposób szczególny, na zakażenie p/WZW typu B. Nieprawidłowości nie stwierdzono, uwag i wniosków nie sformułowano.

W następstwie kontroli nie zostały wydane decyzje administracyjne. Państwowy inspektor sanitarny nie podejmował działań o czasowym zamknięciu oddziału szpitalnego z powodu potwierdzonego epidemicznego wzrostu liczby zakażeń w Szpitalu.

(dowód: akta kontroli str. 1389-1445)

W latach 2016 – 2017 (do 13 listopada 2017 r.) przekazano do PPIS 10 raportów wstępnych o podejrzeniu ogniska epidemicznego w Szpitalu (5 raportów w 2016 r. i 5 w 2017 r.) oraz 9 raportów końcowych z wygaszenia ogniska. Otwarte pozostawało ognisko w AOIT.

(dowód: akta kontroli str.1452-1458)

Ustalone nieprawidłowości

W raportach wstępnych z 2016 r. nie podano godziny powzięcia podejrzenia wystąpienia ogniska i godziny potwierdzenia epidemicznego wzrostu liczby zakażeń o podejrzeniu wystąpienia ogniska, pomimo że we wzorze tego raportu – będącym załącznikiem do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie listy czynników alarmowych, rejestrów zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych oraz raportów o bieżącej sytuacji epidemiologicznej szpitala – przewidziano podanie takich informacji.
Z opóźnieniem od 6 do 11 dni przekazano do PPIS cztery raporty wstępne o podejrzeniu wystąpienia ogniska[58], co było niezgodne z § 5 ust. 2 tego rozporządzenia, który stanowi, że kierownik podmiotu leczniczego przekazuje je właściwemu państwowemu inspektorowi sanitarnemu w terminie 24 godzin od powzięcia podejrzenia wystąpienia ogniska.
Przy wysyłaniu pozostałych 4 raportów wstępnych Szpital nie zadbał o udokumentowanie daty ich wysłania do PPIS, a w jednym przypadku w dokumentacji brak było potwierdzenia wysłania raportu. Zdaniem NIK, udokumentowane daty wpływu tych raportów do PPIS (w terminie od 6 do 13 dni od daty powzięcia podejrzenia wystąpienia ogniska) mogą wskazywać, że również w tych przypadkach raporty mogły zostać przekazane z opóźnieniem.

Wyjaśniono, że nie było zastrzeżeń ze strony Sanepidu, co do merytorycznej treści zgłoszeń ognisk i nie skierowano uwagi do MSSW odnośnie braku wpisanej na formularzu godziny powzięcia podejrzenia. Od początku 2017 r. dane te są wpisywane do formularza.

[58] Dwa raporty wstępne ze stycznia i jeden z lutego 2016 r. oraz jeden raport z października 2017 r.

Opóźnienia, do których doszło powstały na etapie przekazywania raportów Poczcie Polskiej przez kancelarię szpitala. Podjęto obecnie decyzję o dodatkowym przesyłaniu kopii raportu za pośrednictwem fax-u do Sanepidu.

(dowód: akta kontroli str. 1601-1602)

Ocena cząstkowa

Kontrole inspekcji sanitarnej nie wykazały niewłaściwego stanu sanitarno-epidemiologicznego pomieszczeń Szpitala, jak również nieprawidłowości w zakresie zapobiegania i zwalczania zakażeń. W badanym obszarze stwierdzono nieprawidłowość polegającą na nieterminowym przekazywaniu do PPIS raportów wstępnych o podejrzeniu ogniska epidemicznego.

4. Koszty leczenia zakażeń szpitalnych i funkcjonowania systemu przeciwdziałania zakażeniom szpitalnym

Opis stanu faktycznego

4.1. W okresie objętym kontrolą w Szpitalu hospitalizowano 68 758 pacjentów, z tego: w 2015 r. – 27 744 pacjentów, w 2016 r. – 27 280 pacjentów, w 2017 r. (do dnia 30 czerwca) – 13 734 pacjentów.
Najwięcej pacjentów hospitalizowano w oddziałach: II wewnętrznym i gastroenterologii (odpowiednio w każdym roku: 4 121, 3 909 i 1 633 pacjentów), urologicznym i onkologii urologicznej (3 670, 3 701 i 1 833 pacjentów), kardiologii i chorób wewnętrznych (3 229, 3 229, 1 696 pacjentów).

Hospitalizacja ogółem, w tym okresie, wyniosła: w 2015 r. – 124 968 osobodni, w 2016 r. – 120 772 osobodni i w 2017 r. (I półrocze) – 61 599 osobodni.
Najdłużej pacjenci byli hospitalizowani w oddziałach: neurologicznym (odpowiednio w każdym roku: 18 764, 19 598 i 10 839 osobodni), II wewnętrznym i gastroenterologii (15 555, 14 905 i 7 582 osobodni), I wewnętrznym (15 568, 15 262 i 7 044 osobodni).

Wartości umów zawartych z NFZ o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne[59] i świadczeń wykonanych w ramach tych umów[60] wyniosły:
- w 2015 r. – 71.061,6 tys. zł (wartość umów) i 75.987,2 tys. zł (wartość świadczeń),
- w 2016 r. – 69.033,1 tys. zł (wartość umów) i 77.720,1 tys. zł (wartość świadczeń),
- w 2017 r. (I półrocze) – 34.152,0 tys. zł (wartość umów) i 39.937,8 tys. zł (wartość świadczeń).

Średni koszt osobodnia w oddziałach, wyliczony dla hospitalizacji sfinansowanych przez NFZ, wyniósł w 2015 r. – 608,05 zł, w 2016 r. wzrósł do 643,53 zł a w I połowie 2017 r. wzrósł do 648,35 zł. Najwyższy koszt osobodnia odnotowano, w 2017 r., w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii – 3.108,60 zł.

Średni czas pobytu pacjenta, u którego wykryto zakażenie szpitalne wyniósł w 2015 r. – 19,4 dnia, w 2016 r. – 18,6 dnia i w 2017 r. (I połowa) – 18,1 dnia. Natomiast średnia długość pobytu dla wszystkich pacjentów wynosiła w każdym z tych lat – 4,8 dnia.

Szacunkowe koszty związane z przedłużeniem hospitalizacji pacjentów, u których wystąpiło zakażenie szpitalne wyniosły:
- w 2015 r. – 165,7 tys. zł,
- w 2016 r. – 187,1 tys. zł,
- w I połowie 2017 r. wzrosły do 213,9 tys. zł, w tym najwyższe dotyczyły: oddziału AOIT (59,1 tys. zł), oddziału II wewnętrznego i gastroenterologii (39,7 tys. zł), oddziału chirurgii ogólnej, naczyniowej i onkologicznej (40,6 tys. zł), oddziału kardiologii i chorób wewnętrznych (18,8 tys. zł).

(dowód: akta kontroli odp. 1459-1463)

Istotny wzrost kosztów leczenia pacjentów z zakażeniem szpitalnym w I połowie 2017 r. jest związany zarówno ze wzrostem liczby pacjentów, u których rozpoznano zakażenie szpitalne

[59] Dla 15 oddziałów szpitalnych.
[60] Koszty świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

jak też wzrostem kosztu osobodnia. Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa wyjaśnił, że istotny wpływ mogło mieć pojawienie się w tym okresie pacjentów, u których zachodziła potrzeba stosowania odpowiednio długiego leczenia drogimi antybiotykami i innymi lekami wpływającymi znacząco na sumaryczny koszt. Kwestia ta będzie przedmiotem analizy, po uzyskaniu danych ogólnych za cały rok 2017. Wymaga to analizy kosztów poszczególnych pacjentów i ich dokumentacji medycznej. W chwili obecnej MSSW nie posiada odpowiednich zasobów ludzkich, aby dodatkowo prowadzić tego typu analizy.
Zarząd Szpitala – jak wyjaśniono – podejmował działania formalne i proceduralne mające na celu kontrolę zakażeń szpitalnych w zakresie posiadanych zasobów kadrowych oraz środków finansowych. Problem kosztów leczenia zakażeń szpitalnych monitorowano poprzez analizę kosztów hospitalizacji, przedłużonej hospitalizacji, globalne koszty antybiotykoterapii i koszty innych leków związanych z leczeniem zakażeń szpitalnych. Monitorowano również koszty środków dezynfekcyjnych i dekontaminacyjnych, a także koszty związane z działaniami remontowymi i uzupełnianiem wyposażenia szpitala w celu lepszego zabezpieczenia przed ryzykiem zakażeń.

(dowód: akta kontroli str. 1589-1590, 1593)

4.2. W związku z funkcjonowaniem systemu zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych Szpital ponosił koszty, które wyniosły:
- w 2015 r. – 13.134,5 tys. zł[61], w tym koszty oddziałów szpitalnych[62] – 10.735,4 tys. zł,
- w 2016 r. – 14.506,9 tys. zł, w tym koszty oddziałów szpitalnych – 11.732,8 tys. zł,
- w 2017 r. (I półrocze) – 7.012,9 tys. zł, w tym koszty oddziałów szpitalnych – 5.881,6 tys. zł; koszty w tym okresie były zbliżone do kosztów poniesionych w I półroczu 2016 r. (7.479,5 tys. zł – szpital i 5.873,5 tys. zł – oddziały).

(dowód: akta kontroli str. 1459, 1464-1465)

Koszty związane z funkcjonowaniem systemu zwalczania zakażeń w oddziałach szpitalnych stanowiły:
- w 2015 r. – 13,4% przychodów uzyskanych z tytułu wykonania świadczeń w ramach umów podpisanych z NFZ[63] i jednocześnie 9,9% kosztów Szpitala ogółem[64],
- w 2016 r. – 15,2% przychodów uzyskanych z tytułu wykonania świadczeń w ramach umów podpisanych z NFZ i jednocześnie 9,5% kosztów Szpitala ogółem; w I połowie 2016 r. wskaźniki te wyniosły odpowiednio 16,3% i 10,0%,
- w 2017 r. (I półrocze) – 16,0% przychodów uzyskanych z tytułu wykonania świadczeń w ramach umów podpisanych z NFZ i jednocześnie 9,5% kosztów Szpitala ogółem.

(dowód: akta kontroli str.1459, 1466)

4.3. Koszty badań mikrobiologicznych, w ramach profilaktyki przeciwzakażeniowej, wyniosły:
- w 2015 r. – 1.270,2 tys. zł dla całego Szpitala, w tym 1.219,4 tys. zł – dla oddziałów szpitalnych,
- w 2016 r. – 1.152,8 tys. zł dla całego Szpitala, w tym 1.089,0 tys. zł – dla oddziałów szpitalnych,
- w 2017 r. (I półrocze) – 555,8 tys. zł dla całego Szpitala, w tym 522,2 tys. zł – dla oddziałów szpitalnych.

Koszty badań mikrobiologicznych stanowiły 1,2% kosztów Szpitala ogółem w 2015 r., a w 2016 r. i w I połowie 2017 r. stanowiły one 0,9% kosztów Szpitala.

(dowód: akta kontroli str. 1464-1465,1467)

4.4. W latach 2016-2017 (do dnia 15 września) prowadzone były trzy postępowania sądowe przeciwko Szpitalowi z tytułu zakażeń szpitalnych, które dotyczyły pozwów:
1) z maja 2015 r. o odszkodowanie (3.351 zł), rentę (8.252 zł) i zadośćuczynienie (1.000.000 zł),

---

[61] Koszty Szpitala tj. całej jednostki jako Międzyleskiego Szpitala Specjalistycznego w Warszawie.
[62] Oddziały szpitalne to oddziały, pododdziały, stacja dializ, bloki i sale operacyjne oraz izba przyjęć ambulatoryjna.
[63] Umowy na leczenie szpitalne to także umowa na hemodializy i umowa na rehabilitację neurologiczną.
[64] Szpital traktowany jest jako Międzyleski Szpital Specjalistyczny w Warszawie.

2) z września 2015 r. o odszkodowanie (96.173,19 zł), rentę (2.900 zł) i zadośćuczynienie (500.000 zł);
3) z lutego 2017 r. o zadośćuczynienie (74.000 zł).

Wszystkie te sprawy były w toku, w I instancji, a dotychczasowe wydatki w związku z prowadzonymi postępowaniami to opłata od pełnomocnictwa, łącznie 34 zł.

(dowód: akta kontroli str. 1504)

Ocena cząstkowa

Szpital prowadził ewidencję kosztów pozwalającą na wykazanie szacunkowych kosztów związanych z zapobieganiem i leczeniem zakażeń szpitalnych. Podejmował także działania w celu obniżenia kosztów leczenia takich zakażeń.

IV. Uwagi i wnioski

Wnioski pokontrolne

Przedstawiając powyższe oceny i uwagi wynikające z ustaleń kontroli, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli[65], wnosi o:

1. uzupełnienie składu zespołu kontroli zakażeń szpitalnych na stanowisku pielęgniarki epidemiologicznej,
2. rozważenie wprowadzenia podległości służbowej pielęgniarki epidemiologicznej bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala,
3. rozdzielenie funkcji przewodniczącego Komitetu Kontroli Zakażeń Szpitalnych i osoby sprawującej nadzór nad działalnością Komitetu,
4. organizowanie systematycznych, nie rzadziej niż raz na pół roku, posiedzeń Komitetu Kontroli Zakażeń Szpitalnych,
5. wdrożenie działań mających na celu wyeliminowanie nierzetelnego i nieterminowego sporządzania kart rejestracji zakażenia szpitalnego przez lekarzy,
6. bieżące i staranne prowadzenie rejestru zakażeń szpitalnych,
7. wdrożenie jednolitych standardów oraz metodologii raportowania danych o zakażeniach oraz przeprowadzanie analiz porównawczych, a w przypadku stwierdzenia trendu wskazującego na pogorszenie się sytuacji w obszarze zakażeń wdrażanie działań naprawczych,
8. zapewnienie terminowego przekazywania inspekcji sanitarnej raportów o podejrzeniu ogniska epidemicznego,
9. zweryfikowanie szpitalnej listy antybiotyków w celu dostosowania do nowych pozycji antybiotyków umieszczonych w wykazie leków receptariusza szpitalnego,
10. przeszkolenie wszystkich nowo przyjętych pracowników z obszaru działalności medycznej, z zakresu profilaktyki zakażeń szpitalnych.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

Prawo zgłoszenia zastrzeżeń

Wystąpienie pokontrolne zostało sporządzone w dwóch egzemplarzach; jeden dla kierownika jednostki kontrolowanej, drugi do akt kontroli.

Zgodnie z art. 54 ustawy o NIK kierownikowi jednostki kontrolowanej przysługuje prawo zgłoszenia na piśmie umotywowanych zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, w terminie 21 dni od dnia jego przekazania. Zastrzeżenia zgłasza się do dyrektora Departamentu Zdrowia Najwyższej Izby Kontroli.

[65] Dz. U. z 2017 r., poz. 524.

Obowiązek poinformowania NIK o sposobie wykorzystania uwag i wykonania wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK proszę o poinformowanie Najwyższej Izby Kontroli, w terminie 14 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykorzystania uwag i wykonania wniosków pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

W przypadku wniesienia zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, termin przedstawienia informacji liczy się od dnia otrzymania uchwały o oddaleniu zastrzeżeń w całości lub zmienionego wystąpienia pokontrolnego.

Warszawa, dnia 5 grudnia 2017 r.

Najwyższa Izba Kontroli
Departament Zdrowia

Kontroler
Teresa Zielińska
Główny specjalista k.p.

.....
podpis

Dyrektor
Piotr Wasilewski

.....
podpis