NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Departament Zdrowia

KZD.410.005.02.2017
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	Danuta Stępkowska, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr KZD/41/2017 z dnia 15 września 2017 r. (dowód: akta kontroli str. 1)
Jednostka kontrolowana	Szpital Wolski im. dr Anny Gostyńskiej w Warszawie, ul. Kasprzaka 17 (Szpital)
Kierownik jednostki kontrolowanej	Robert Mazur, Dyrektor (dowód: akta kontroli str. 2)

II. Ocena kontrolowanej działalności[1]

Ocena ogólna

Stosownie do postanowień art. 14 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi[2], zwanej dalej „ustawą o zwalczaniu zakażeń", Dyrektor Szpitala zapewnił funkcjonowanie systemu zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych. W strukturze jednostki działała Sekcja Epidemiologii Szpitalnej. Dyrektor Szpitala powołał Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych (ZKZS), Komitet Kontroli Zakażeń Szpitalnych (KKZS) oraz Zespół ds. Antybiotykoterapii. Wdrożone zostały procedury i instrukcje związane z obszarem zakażeń, zapewniono całodobowy dostęp do badań laboratoryjnych, zbierano i analizowano dane dotyczące zakażeń szpitalnych, wyhodowanych organizmów oraz stosowanej antybiotykoterapii. Prowadzone były kontrole skuteczności wybranych procedur dotyczących epidemiologii szpitalnej oraz edukowano personel w zakresie ich stosowania. Zapewniono szczepienia ochronne pracownikom w zakresie wirusowego zapalenia wątroby typu B (WZW typu B). Wprowadzono Receptariusz antybiotykowy zawierający listę leków stosowanych w zakażeniach.

Prawidłowe funkcjonowanie systemu utrudniały jednak stwierdzone przez NIK nieprawidłowości, które polegały na:

- w skład ZKZS powołano tylko jedną pielęgniarkę specjalistę pielęgniarstwa epidemiologicznego, wykonującą zadania w ramach ZKZS, co nie spełniało wymogu art. 15 ust. 1 pkt 2 ustawy o zwalczaniu zakażeń,
- funkcja przewodniczącego ZKZS została powierzona lekarzowi, który nie spełniał kryteriów określonych w § 2 pkt 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 maja 2010 r. w sprawie kwalifikacji członków zespołu kontroli zakażeń szpitalnych[3],
- w rejestrze zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych, prowadzonym w wersji elektronicznej, wykazywano zakażenia występujące w niektórych oddziałach szpitalnych, na postawie wyników badań mikrobiologicznych oraz kart czynników alarmowych, a nie na podstawie kart rejestracji zakażenia szpitalnego, co było niezgodne z § 3 ust. 1 rozporządzenia 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[4] oraz

[1] Najwyższa Izba Kontroli stosuje 3-stopniową skalę ocen: pozytywna, pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości, negatywna. Jeżeli sformułowanie oceny ogólnej według proponowanej skali byłoby nadmiernie utrudnione, albo taka ocena nie dawałaby prawdziwego obrazu funkcjonowania kontrolowanej jednostki w zakresie objętym kontrolą, stosuje się ocenę opisową, bądź uzupełnia ocenę ogólną o dodatkowe objaśnienie. Okres objęty kontrolą – lata 2016 – 2017 (do czasu zakończenia kontroli).
[2] Dz. U. z 2016 r. poz. 1866 ze zm.
[3] Dz. U. z 2014 r. poz. 746.
[4] Dz. U. Nr 294, poz. 1741.

zarządzeniem nr 125/2013 Dyrektora Szpitala Wolskiego w sprawie prowadzenia czynnego nadzoru i rejestracji zakażeń szpitalnych,

- nie przekazywano na bieżąco, a w niektórych przypadkach w ogóle, indywidualnych kart rejestracji zakażenia szpitalnego, z oddziałów szpitalnych do Sekcji Epidemiologii Szpitalnej,
- w latach 2016 – 2017 (I półrocze) przekazano Państwowemu Powiatowemu Inspektorowi Sanitarnemu (dalej „PPIS") sprawozdania ZLK – 1 „Zgłoszenie podejrzenia lub rozpoznania zakażenia lub choroby zakaźnej" z opóźnieniem wynoszącym od 2 dni do 45 dni oraz sprawozdania ZLK – 5", z opóźnieniem wynoszącym od 5 dni do 39 dni,
- część pracowników Szpitala nie złożyła pisemnego poświadczenia o zapoznaniu się z treścią procedur obowiązujących w Szpitalu w zakresie epidemiologii szpitalnej oraz o zobowiązaniu się do przestrzegania zawartych w nich zapisów,
- w latach 2015 – 2017 (I półrocze) nowo przyjęci pracownicy nie byli szkoleni w zakresie procedur zapobiegającym zakażeniom szpitalnym przed dopuszczeniem do pracy,
- nie dokumentowano, przeprowadzonych przez ZKZS, konsultacji osób podejrzanych o zakażenie szpitalne lub chorobę zakaźną.

Najwyższa Izba Kontroli zwraca także uwagę na:

- ustanowienie podległości służbowej Starszej Pielęgniarki Koordynującej Sekcję Epidemiologii Szpitalnej (wykonującej zadania pielęgniarki epidemiologicznej w ramach ZKZS) Naczelnej Pielęgniarce, a nie bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Organizacja nadzoru nad zakażeniami w Szpitalu

Opis stanu faktycznego

W Szpitalu prowadzone były m.in. zakłady lecznicze: Szpital Specjalistyczny - dla świadczeń zdrowotnych w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia szpitalne, Szpital Specjalistyczny – Lecznictwo Psychiatryczne Stacjonarne – dla świadczeń zdrowotnych w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia szpitalne psychiatryczne.

W strukturze Szpitala Specjalistycznego funkcjonowało 12 oddziałów szpitalnych[5], w których znajdowało się, według stanu na dzień 30 czerwca 2017 r., 354 łóżka.

Szpital posiadał, od 17 listopada 2014 r., certyfikat Systemu Zarządzania Jakością nr 1272/5/2014 potwierdzający, że w zakresie świadczenia usług zdrowotnych oraz promocji zdrowia, realizowanych w warunkach szpitalnych i ambulatoryjnych, spełnia wymagania normy PN-EN ISO 9001:2009[6] oraz Certyfikat Akredytacyjny Ministra Zdrowia nr 2017/29, z dnia 11 września 2017 r., potwierdzający spełnienie standardów akredytacyjnych dla lecznictwa szpitalnego[7].

(dowód: akta kontroli str. 397-400, 471)

1.1. W okresie kontrolowanym w Szpitalu funkcjonowały jednostki odpowiedzialne za sprawowanie nadzoru nad zakażeniami: ZKZS[8], KKZS[9], Zespół ds. Antybiotykoterapii[10] oraz

---

[5] Według załącznika nr 1 do zarządzenia nr 169/2017 Dyrektora Szpitala z dnia 22 czerwca 2017 r.: Szpitalny Oddział Ratunkowy – 11 łóżek, I Oddział Chorób Wewnętrznych z Pododdziałem Endokrynologicznym – 69 łóżek, II Oddział Chorób Wewnętrznych – 36 łóżek, Oddział Geriatrii – 36 łóżek, Oddział Kardiologii – 55 łóżek, Oddział Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego – 8 łóżek, Oddział Neurologiczny – 25 łóżek, Oddział Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej z Częścią Urazową – 35 łóżek, Oddział Chirurgii Naczyniowej – 15 łóżek, Kliniczny Oddział Psychiatryczny – 30 łóżek, Oddział Udarowy z Pododdziałem Rehabilitacji Neurologicznej – 27 łóżek, Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii – 7 łóżek.

[6] Ważny do 16 listopada 2017 r.

[7] Poprzedni Certyfikat Akredytacyjny Ministra Zdrowia nr 2013/56, który potwierdzał spełnienie standardów akredytacyjnych dla lecznictwa szpitalnego, Szpital posiadał od dnia 14 listopada 2013 r.

[8] Zarządzenie nr 37/2017 Dyrektora Szpitala Wolskiego z dnia 28 lutego 2017 r. w sprawie powołania ZKZS, poprzednio funkcjonował ZKZS powołany: zarządzeniem Dyrektora nr 215/2014 z dnia 16 maja 2014 r., w składzie którego dokonano zmian zarządzeniem Dyrektora nr 132/2015 z dnia 11 czerwca 2015 r. oraz zarządzeniem Dyrektora Szpitala Wolskiego nr 97/2016 z dnia 15 kwietnia 2016 r.

[9] Zarządzenie nr 38/2017 Dyrektora Szpitala Wolskiego z dnia 28 lutego 2017 r. w sprawie powołania Komitetu ds. zakażeń szpitalnych w Szpitalu Wolskim. Poprzednio funkcjonował KKZS powołany: zarządzeniem Dyrektora nr 209/2015 Dyrektora Szpitala Wolskiego z dnia 11 września 2015 r. w sprawie zmiany zarządzenia Dyrektora

Sekcja Epidemiologii Szpitalnej. Zgodnie z zarządzeniami o ich powołaniu, nadzór nad wykonaniem zarządzeń należał do obowiązków Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa.

Zadania dla ZKZS, KKZS oraz Zespołu ds. Antybiotykoterapii określono w zarządzeniach Dyrektora Szpitala w sprawie ich powołania, zadania dla Sekcji Epidemiologii Szpitalnej zostały określone w Regulaminie Sekcji Epidemiologii Szpitalnej[11]. Sekcja Epidemiologii Szpitalnej podlegała Naczelnej Pielęgniarce, do zadań której należał między innymi nadzór nad zwalczaniem zakażeń szpitalnych.

Zakres zadań ZKZS i KKZS odpowiadał wymogom określonym w art. 15 ust. 2 i 4 ustawy o zakażeniach i chorobach zakaźnych.

1.2. W latach 2015 – 2017 (do 27 lutego) w składzie 6-osobowego ZKZS były dwie pielęgniarki posiadające specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego.

Od 28 lutego 2017 r. skład ZKZS został zmniejszony do pięciu osób, a w jego skład wchodzili: przewodniczący zespołu (lekarz specjalista chorób wewnętrznych, posiadający ponad 2-letnie doświadczenie w pracy w ZKZS oraz ukończony kurs specjalistyczny dla lekarzy przewodniczących zespołów kontroli zakażeń szpitalnych), Przełożona Przychodni Specjalistycznej (Starsza Pielęgniarka Koordynująca posiadająca specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego, która wykonuje zadania terapeuty środowiskowego w Zespole Leczenia Środowiskowego), diagnosta laboratoryjny specjalista ds. mikrobiologii współpracujący ze Szpitalem na podstawie umowy cywilnoprawnej, Starsza Pielęgniarka Koordynująca Sekcji Epidemiologii Szpitalnej (posiada specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego).

Osoby, wchodzące w skład ZKZS, zatrudnione były na podstawie umowy o pracę, w pełnym wymiarze czasu pracy, z wyjątkiem diagnosty laboratoryjnego, specjalisty mikrobiologii medycznej. Ponadto, funkcja przewodniczącego ZKZS została powierzona ordynatorowi II Oddziału Chorób Wewnętrznych, który był również Przewodniczącym Zespołu ds. Antybiotykoterapii.

Na podstawie umowy zlecenia, z dnia 3 grudnia 2016 r.[12], diagnosta laboratoryjny specjalista mikrobiologii medycznej, zobowiązała się do udziału w pracach ZKZS i KKZS, współpracy z Zespołem ds. Antybiotykoterapii oraz prowadzenia szkoleń dla personelu m.in. w zakresie pobierania materiałów do badań mikrobiologicznych i zasad eliminowania błędów przedlaboratoryjnych. Zgodnie z umową, czynności te powinny być wykonywane w wymiarze przeciętnie 8 godzin tygodniowo w dniach i godzinach uzgodnionych z pielęgniarką koordynującą Sekcji Epidemiologii Szpitalnej.

W skład Zespołu ds. Antybiotykoterapii wchodziło sześć osób, w tym: trzech członków ZKZS (przewodniczący ZKZS, ordynator Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii, diagnosta laboratoryjny specjalista ds. mikrobiologii), ordynator Oddziału Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej z Częścią Urazową, pełnomocnik ds. analizy i gospodarki lekiem oraz kierownik apteki szpitalnej.

Skład KKZS był zgodny z art. 15 ust. 3 ustawy o zwalczaniu zakażeń. Powołano do niego: 7 kierowników oddziałów szpitalnych, kierownika Szpitalnego Oddziału Ratunkowego (SOR), kierownika Bloku Operacyjnego, kierownika Zakładu Patomorfologii, kierownika Zakładu Rehabilitacji Leczniczej, kierownika Apteki Szpitalnej, Starszą Pielęgniarkę Koordynującą Centralnej Sterylizacji, lekarza medycyny pracy oraz 4 członków ZKZS (przewodniczącego ZKZS, Starszą Pielęgniarkę Koordynującą Sekcji Epidemiologii Szpitalnej, Przełożoną Przychodni Specjalistycznej, diagnostę laboratoryjnego specjalistę

---

nr 151/2010 z dnia 8 lipca 2010 r. w sprawie powołania Komitatu ds. zakażeń szpitalnych w Szpitalu Wolskim, zarządzenie nr 21/2016 Dyrektora Szpitala Wolskiego z dnia 2 lutego 2016 r. w sprawie zamiany zarządzenia nr 209/2015 z dnia 11 września 2015 r., zarządzenie nr 113/2016 Dyrektora szpitala wolskiego z dnia 4 maja 2016 r. w sprawie powołania Komitetu ds. zakażeń szpitalnych w Szpitalu Wolskim.

[10] Zarządzenie nr 39/2017 Dyrektora Szpitala Wolskiego z dnia 28 lutego 2017 r. w sprawie powołania Komitetu terapeutycznego oraz Zespołu ds. żywienia dojelitowego i pozajelitowego oraz Zespołu ds. antybiotykoterapii w Szpitalu Wolskim.

[11] Wydanego na podstawie zarządzenia nr 174/2016 Dyrektora Szpitala Wolskiego z dnia 24 czerwca 2016 r.

[12] Zawartej na okres od 3 grudnia 2016 r. do 2 grudnia 2017 r.

mikrobiologii medycznej). Przewodniczącym KKZS był Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa, a Zastępcą Przewodniczącego, Naczelna Pielęgniarka.

W ramach zadań ZKZS, do zadań Sekcji Epidemiologii Szpitalnej należało m.in.: bieżące monitorowanie zakażeń i czynników alarmowych, współpraca z ZKZS w zakresie identyfikacji i kontroli ognisk epidemicznych oraz monitorowanie czynników ryzyka zakażeń, konsultowanie i podejmowanie doraźnych decyzji w zakresie zastosowania izolacji i wdrożenia reżimu sanitarnego w stosunku do pacjenta z zakażeniem/chorobą zakaźną w porozumieniu z osobami kierującymi daną komórką organizacyjną, współpraca z mikrobiologiem oraz laboratorium mikrobiologicznym, w ramach zawartych umów, szkolenie pracowników Szpitala w zakresie zasad, praktyki, metod zapobiegania i kontroli zakażeń szpitalnych, współpraca z Sekcją BHP, z kierownikiem apteki szpitalnej oraz lekarzem medycyny pracy.

Szczegółowy zakres obowiązków Starszej Pielęgniarki Koordynującej Sekcji Epidemiologii Szpitalnej z dnia 1 lutego 2017 r. obejmował m.in.: nadzorowanie i monitorowanie stanu sanitarno-epidemiologicznego Szpitala, prowadzenie komputerowej bazy danych dotyczącej zakażeń na poziomie szpitala, przeprowadzenie, w razie potrzeby, dochodzenia epidemiologicznego, prowadzenie i przechowywanie obowiązującej dokumentacji, nadzorowanie dokumentacji kontroli zakażeń szpitalnych, opracowanie rocznych harmonogramów szkoleń wewnątrzzakładowych organizowanych przez sekcję epidemiologii szpitalnej, organizacja i prowadzenie bieżącej edukacji personelu medycznego Szpitala z zakresie zakażeń szpitalnych, współpraca z wojewódzką i powiatową stacją sanitarno-epidemiologiczną.

(akta kontroli str. 100-122, 233, 359-360, 401)

1.3. Personel Szpitala, narażony na kontakt z materiałem biologicznym pochodzenia ludzkiego lub sprzętem skażonym tym materiałem, był zaszczepiony przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu B (WZW typu B). Na dzień 30 czerwca 2017 r. zaszczepionych było 514 osób[13], tj. wszyscy pracownicy narażeni na działanie biologicznych czynników chorobotwórczych. Szczepienia przeciw WZW typu B monitoruje Poradnia Medycyny Pracy Szpitala.

W latach 2016 - 2017 nie przeprowadzono w Szpitalu szczepień przeciw grypie sezonowej z powodu niewielkiego zainteresowania tymi szczepieniami przez pracowników Szpitala.

1.4. 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[14], wdrożono procedurę „Postępowania po ekspozycji na krew i inny potencjalnie infekcyjny materiał (IPIM) mogący przenosić HBV, HCV i HIV". Pracownicy pionu medycznego Szpitala mają dostęp do procedury w formie elektronicznej i papierowej (w komórkach organizacyjnych Szpitala).

(akta kontroli str. 224, 308, 314, 316, 467, 683-698)

1.5. W latach 2016 – 2017 (I półrocze), na podstawie umowy, firma zewnętrzna[15] wykonywała stałą konserwację i serwis oraz naprawę central klimatyzacyjnych, klimatyzatorów zaokiennych, agregatu wody lodowej, agregatów chłodniczych, central wentylacyjnych oraz wentylatorów dachowych. Przeglądy wykonywano zgodnie z harmonogramem konserwacji, tj. w przypadku central klimatyzacyjnych, wentylacyjnych, wentylatorów dachowych agregatu wody lodowej, trzy albo cztery razy w roku; w przypadku agregatu chłodniczego – dwa razy w roku, a w przypadku klimatyzatorów zaokiennych – jeden raz w miesiącu.

---

[13] Lekarze (w tym lekarze stażyści, lekarze rezydenci), pielęgniarki, ratownicy medyczni, sanitariusze, rehabilitanci, terapeuci zajęciowi, terapeuci środowiskowi, opiekunowie medyczni, masażyści, pracownicy obsługi.

[14] Dz.U. poz. 696.

[15] Umowa Nr 24/ZP/2016 z dnia 11 lutego 2016 r. zawarta z ALFAREX Sp. z o.o., Warszawa.

W okresie czerwiec – sierpień 2017 r. Laboratorium Badawcze JARS Sp. z o.o. w Legionowie przeprowadziło w Szpitalu badania ciepłej wody na obecność bakterii Legionella. Wyniki badania próbek były prawidłowe, nie wykryto w nich tej bakterii.

(akta kontroli str. 413-434, 453-460)

Stwierdzone nieprawidłowości

1. Funkcję przewodniczącego ZKZS wykonywał lekarz, który nie spełniał kryteriów określonych w § 2 pkt 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie kwalifikacji członków zespołu kontroli zakażeń szpitalnych.

Według wyjaśnień Dyrektora Szpitala kwalifikacje lekarza pełniącego funkcję przewodniczącego ZKZS, w tym świadectwo ukończenia kursu specjalistycznego dla lekarzy przewodniczących zespołów kontroli zakażeń szpitalnych uprawnia lekarza do pełnienia funkcji przewodniczącego zespołu kontroli zakażeń szpitalnych.

NIK nie podziela powyższego stanowiska, gdyż lekarz o kwalifikacjach określonych w art. 67 ustawy o zwalczaniu zakażeń i powtórzonych w § 2 pkt 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie kwalifikacji członków zespołu kontroli zakażeń szpitalnych, nie ma od 1 stycznia 2016 r. uprawnienia do pełnienia funkcji przewodniczącego zespołu kontroli zakażeń szpitalnych.

2. Do składu ZKZS powołano tylko jedną pielęgniarkę epidemiologiczną, pomimo że Szpital posiadał 354 łóżka, co nie spełniało wymogu 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.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że aby spełnić wymagania ustawowe, na stanowisko pielęgniarki epidemiologicznej trwa nabór.

W dniu 27 listopada 2017 r. zostało zamieszczone na stronie internetowej Szpitala ogłoszenie w sprawie naboru na stanowisko pielęgniarki epidemiologicznej.

3. Pielęgniarka epidemiologiczna, wchodząca w skład ZKZS podlega służbowo Naczelnej Pielęgniarce, a nie bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala, pomimo, że art. 14 ust. 1 pkt 1 ustawy o zwalczaniu zakażeń stanowi, że 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 Starsza Pielęgniarka Koordynująca Sekcji Epidemiologii Szpitalnej podlega, tak jak inne pielęgniarki, w tym pielęgniarki funkcyjne, Naczelnej Pielęgniarce, natomiast jako członek ZKZS podlega Dyrektorowi ds. Lecznictwa oraz że w zakresie merytorycznym to podwójne podporządkowanie zapewnia właściwy nadzór nad procedurami epidemiologicznymi w Szpitalu oraz skraca działania decyzyjne w tym zakresie.

Zdaniem NIK, pielęgniarka epidemiologiczna pełni istotną rolę w systemie kontroli wewnętrznej i dobra praktyka wskazuje, że powinna podlegać bezpośrednio 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.

(akta kontroli str. 105, 223-225, 344-357, 468-470)

Ocena cząstkowa

W Szpitalu powołane zostały jednostki odpowiedzialne za sprawowanie nadzoru nad zakażeniami, tj. KKZS, ZKZS oraz Sekcja Epidemiologii Szpitalnej, została zapewniona 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 powierzenia funkcji przewodniczącego ZKZS lekarzowi nieposiadającemu kwalifikacji niezbędnych na tę funkcję oraz powołania do składu ZKZS tylko jednej pielęgniarki epidemiologicznej, pomimo, że Szpital dysponował 354 łóżkami szpitalnymi. NIK zwraca także uwagę na ustanowienie podległości służbowej Starszej Pielęgniarki Koordynującej

Sekcji Epidemiologii Szpitalnej, Naczelnej Pielęgniarce a nie bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala.

2. Zapobieganie i zwalczanie zakażeń szpitalnych

2.1. Realizacja nadzoru epidemiologicznego

Zadania ZKZS zostały określone zarządzeniem nr 37/2017 Dyrektora Szpitala Wolskiego z dnia 28 lutego 2017 r. w sprawie powołania Zespołu ds. kontroli zakażeń szpitalnych.

Do zadań ZKZS należało w szczególności: opracowanie i aktualizacja systemu zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych; prowadzenie kontroli wewnętrznej w zakresie realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych oraz przedstawianie wyników i wniosków z tej kontroli kierownikowi szpitala i komitetowi zakażeń szpitalnych; szkolenie personelu w zakresie kontroli zakażeń szpitalnych; konsultowanie osób podejrzanych o zakażenie lub chorobę zakaźną oraz tych, u których rozpoznano zakażenie lub chorobę szpitalną.

Do zadań Sekcji Epidemiologii Szpitalnej (w której w okresie od 1 września 2017 r. do dnia zakończenia kontroli była zatrudniona jedna osoba - Starsza Pielęgniarka Koordynująca Sekcji Epidemiologii Szpitalnej[16]) należy m.in. prowadzenie nadzoru nad stanem higieniczno-sanitarnym Szpitala, realizowanie kontroli wewnętrznych w zakresie sanitarno-epidemiologicznym, współpraca ze wszystkimi komórkami organizacyjnymi Szpitala w zakresie zapobiegania zakażeniom szpitalnym i ich zwalczania, prowadzenie monitoringu i komputerowej rejestracji zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych, aktualizacja i wdrażanie obowiązującej dokumentacji dotyczącej zakażeń.

(akta kontroli str. 105-106, 288)

2.1.1. W kontrolowanym okresie w Szpitalu obowiązywały następujące procedury zapobiegające zakażeniom szpitalnym: *Procedura postępowania z bielizną szpitalną, Procedura postępowania ze środkami ochrony osobistej i ich stosowania w Szpitalu Wolskim, Procedura sprzątania i dekontaminacji pomieszczeń Szpitala Wolskiego, Procedura postępowania z pacjentem skolonizowanym, zakażonym gronkowcem złocistym metycylinoopornym (MRSA), Procedura mycia, dezynfekcji, sterylizacji sprzętu medycznego oraz jego przechowywania i transportu, Procedura postępowania w przypadku wystąpienia epidemii bądź podejrzenia zbiorowego zakażenia, Procedura postępowania w ognisku epidemicznym, Procedura mycia i dezynfekcji rąk, Procedura izolacji pacjenta uwzględniająca drogi przenoszenia zakażenia, Procedura postępowania z odpadami w Szpitalu Wolskim, Procedura mycia i dekontaminacji sprzętu użytkowego, Procedura postępowania w przypadku zakażenia wywołanego przez toksyczno-twórcze szczepy Clostridium Difficile, Procedura zapobiegania zakażeniom związanym z dostępem naczyniowym w Szpitalu Wolskim, Procedura postępowania po ekspozycji na krew i inny potencjalnie infekcyjny materiał (IPIM), Procedura dotycząca zakresu, sposobu i częstotliwości prowadzenia kontroli wewnętrznej obszaru sanitarno-epidemiologicznego w Szpitalu Wolskim, Procedura profilaktyki przeciwodleżynowej i leczenia odleżyn u pacjentów hospitalizowanych, Procedura przygotowania pola operacyjnego, Procedura cewnikowania pęcherza moczowego.*

Wszyscy pracownicy pionu medycznego mają dostęp do procedur w formie elektronicznej na stronie internetowej Szpitala oraz w wersji papierowej (w komórkach organizacyjnych Szpitala).

W toku kontroli szczegółowej dokumentacji[17], w zakresie poświadczeń o zapoznaniu się treścią procedur epidemiologicznych obowiązujących w Szpitalu oraz o zobowiązaniu się personelu medycznego do przestrzegania przepisów zawartych w tych procedurach, stwierdzono:

---

[16] W Sekcji Epidemiologii Szpitalnej: w okresie 1 styczeń 2016 r. – 31 styczeń zatrudnionych było 2 pracowników, w okresie 1 luty 2017 r. – 7 maja 2017 r. – 1 pracownik, w okresie 8 maja 2017 r. – 31 maja 2017 r. – 3 pracowników, w okresie od 1 czerwca 2017 r. - 31 sierpień 2017 r. – 3 pracowników, w okresie 1 wrzesień 2017 r. – 7 listopad 2017 r. – 2 pracowników, w okresie od 8 listopada 2017 r. – 1 pracownik.

[17] W trzech wybranych oddziałach szpitalnych: Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii, II Oddział Chorób Wewnętrznych, Oddział Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej z Częścią Urazową.

- w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii: spośród 19 lekarzy pracujących w tym Oddziale, dziewięciu nie potwierdziło (poprzez złożenie podpisu) zapoznania się z „Procedurą izolacji pacjenta uwzględniającej drogi przenoszenia zakażenia", ani jeden lekarz nie potwierdził zapoznania się z treścią „Procedury mycia i dezynfekcji rąk"; spośród 33 pielęgniarek: siedem pielęgniarek nie potwierdziło zapoznania się z treścią „Procedury mycia, dezynfekcji, sterylizacji sprzętu medycznego oraz jego przechowywania i transportu", a osiem pielęgniarek nie potwierdziło zapoznania się z treścią „Procedury postępowania w przypadku wystąpienia epidemii bądź podejrzenia zbiorowego zakażania";
- w Oddziale Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej z Częścią Urazową nie było wykazów lekarzy pracujących, w tym Oddziale[18], zawierających poświadczenia (poprzez złożenie podpisów) o zapoznaniu się z treścią procedur obowiązujących w Szpitalu Wolskim w zakresie epidemiologii szpitalnej oraz zobowiązaniu się do przestrzegania zawartych w nich zapisów[19],
- w II Oddziale Chorób Wewnętrznych lekarze (9 osób) i pielęgniarki (25 osób) potwierdzili zapoznanie się z treścią procedur obowiązujących w Szpitalu Wolskim w zakresie epidemiologii szpitalnej oraz zobowiązali się do przestrzegania zawartych w nich zapisów.

(akta kontroli str. 314-315, 476-486)

2.1.2. Szpital prowadził szkolenia swoich pracowników w zakresie zakażeń szpitalnych. W badanym okresie przeprowadzono 10 takich szkoleń, w których uczestniczyło ok. 52,9 % pracowników medycznych, w tym tylko 14 lekarzy, tj. 20,3% zatrudnionych na podstawie umowy o pracę.

Tematem szkoleń było: „Postępowanie w przypadku podejrzenia/rozpoznania u pacjenta szczepu bakteryjnego o typie oporności VRE", „Środki dezynfekcyjne w Szpitalu Wolskim, czy zakażenia patogenami opornymi na antybiotyki są zagrożeniem tylko dla szpitali. Aktualne problemy z Klebsiella MBL/NDM i innymi CPE", „Procedura izolacji pacjenta uwzględniająca drogi przenoszenia zakażenia", „5 kroków higieny rąk. Doskonalenie techniki higienicznego mycia i dezynfekcji rąk", „Proces zapobiegania i kontroli zakażeń szpitalnych", „Szczepienia ochronne", „Doskonalenie stosowania procedury higieny rąk, wg programu WHO", „Ekspozycja zawodowa", „Zapobieganie zakażeniom szpitalnym linii naczyniowej". Uczestnictwo w szkoleniach pracownicy potwierdzali podpisem na listach obecności.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że pracownicy firm zewnętrznych, wykonujący czynności w Szpitalu, są szkoleni z zagrożeń szpitalnych i obowiązujących procedur wewnątrzzakładowych.

(akta kontroli str. 185-212, 308-309, 661-682)

2.1.3. W toku oględzin stanowisk higieny rąk w wybranych pomieszczeniach[20] Oddziału Kardiologicznego i II Oddziału Chorób Wewnętrznych ustalono, że pomieszczenia, w których wykonywane są badania i zabiegi oraz sale chorych były wyposażone m.in. w umywalki do mycia rąk z baterią bezdotykową, dozowniki ścienne z mydłem w płynie oraz środkiem dezynfekującym do rąk, pojemniki z ręcznikami jednorazowymi, pojemniki na zużyte ręczniki. Dodatkowo na jednym łóżku pacjenta, w każdej sali chorych, znajdował się dozownik ze środkiem dezynfekującym.

Sekcja Epidemiologii Szpitalnej monitorowała, w okresach rocznych, w poszczególnych komórkach organizacyjnych działalności medycznej: zużycie środków do higieny rąk, zużycie środków myjących do rąk w przeliczeniu na osobodni, ilość zużytych środków antyseptycznych do rąk (w litrach), zużycie środków dezynfekujących do rąk w przeliczeniu na osobodni (w ml), ilość zużytych rękawic, zużycie rękawic diagnostycznych w przeliczeniu na osobodzień/procedurę/zabieg, liczbę zużytych jednorazowych rękawic sterylnych, liczbę zużytych jednorazowych fartuchów, zużycie antyseptyków do powierzchni (w litrach), ilość

---

[18] W Oddziale Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej z Częścią Urazową pracuje 7 lekarzy.

[19] W dokumentacji Oddziału Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej z Częścią Urazową znajdowały się wykazy pielęgniarek pracujących w tym Oddziale, które poprzez złożenie podpisów, potwierdziły zapoznanie się z treścią procedur obowiązujących w Szpitalu Wolskim w zakresie epidemiologii szpitalnej oraz zobowiązały się do przestrzegania zawartych w nich zapisów.

[20] Gabinetów diagnostyczno- zabiegowych, sale chorych połączone bezpośrednio z pomieszczeniami sanitarno-higienicznymi oraz sal chorych bez połączenia z pomieszczeniami sanitarno-higienicznymi.

dezynfekcji na pacjentodobę (3 ml/1 dezynfekcję rąk), zużycie środków do dezynfekcji rąk w przeliczeniu na procedurę (w ml); w okresach półrocznych przeprowadzała analizy ilościowe badań czystościowych (dodatnich i ujemnych wyników czystościowych) w oddziałach szpitalnych.

Sekcja Epidemiologii Szpitalnej przeprowadzała również kontrole okresowe stanu sanitarno-higienicznego pomieszczeń szpitalnych i ich wyposażenia: w 2015 r. – 88 kontroli, w 2016 r. – 65 kontroli, w I półroczu 2017 r. – 30 kontroli.

(akta kontroli str. 474, 535-588)

2.1.4. W latach 2016 – 2017 (I półrocze) ZKZS spotykał się na comiesięcznych spotkaniach, odbyło się 18 posiedzeń ZKZS. W każdym posiedzeniu uczestniczył przewodniczący ZKZS, na 5 spotkaniach było nieobecnych po 3 członków ZKZS, na 6 spotkaniach po 2, na 5 po 1, na 2 byli wszyscy obecni.

Przedmiotem tych spotkań była m.in.: ocena bieżącego stanu epidemicznego Szpitala, omówienie wyników badań mikrobiologicznych ze szczególnym zwróceniem uwagi na występowanie wyhodowanych szczepów wielolekoopornych, ocena wyników kontroli wewnętrznych sanitarno-epidemiologicznych, analiza ryzyka zakażeń szpitalnych, analiza zużycia środków dezynfekcyjnych, zapoznanie się z kartami antybiotykoterapii.

Ponadto, 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[21] oraz przeprowadził 87 konsultacji osób, u których rozpoznano zakażenie lub chorobę zakaźną.

(akta kontroli str. 10-32, 124-125, 527-534, 943-1040)

2.1.6. Od stycznia 2015 r. do 30 czerwca 2017 r. odbyło się pięć posiedzeń KKZS[22] (jedno posiedzenie w trakcie półrocza).
W roku 2016 na posiedzeniach KKZS omawiano m.in.: sytuację epidemiczną Szpitala na podstawie danych przekazanych przez ZKZS, wyniki badań mikrobiologicznych w poszczególnych oddziałach szpitalnych, dane dotyczące lekowrażliwości wyhodowanych drobnoustrojów oraz stosowanej antybiotykoterapii, wyniki realizacji w oddziałach szpitalnych programu WHO „Higiena rąk to bezpieczna opieka", wyniki analiz porównawczych obserwacji stosowania „5 momentów higieny rąk" zalecanej przez WHO. Diagnosta laboratoryjny przedstawiał uczestnikom tych spotkań: raporty mikrobiologiczne wraz z mapami mikrobiologicznymi (za okresy półroczne) oraz półroczne raporty wewnętrzne o występowaniu zakażeń i czynników alarmowych (sporządzane przez Sekcję Epidemiologii Szpitalnej).

(akta kontroli str. 487-526)

2.1.7. W Szpitalu działał Komitet Terapeutyczny[23]. W jego skład wchodziło 6 osób[24]. Przewodniczącym był Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa. Do zadań Komitetu Terapeutycznego należało: opracowanie i okresowa aktualizacja szpitalnej listy antybiotyków, opiniowanie wniosków o wprowadzenie nowych antybiotyków do receptariusza, opracowanie i okresowa aktualizacja zasad antybiotykowej profilaktyki okołooperacyjnej, konsultacje wybranych pacjentów w zakresie stosowania racjonalnej antybiotykoterapii, monitorowanie stosowania antybiotyków w zakresie zgodności z opracowanymi rekomendacjami.

W latach 2016 – 2017 (I półrocze) Receptariusz szpitalny[25] był aktualizowany jeden raz, w marcu 2017 r. Poprzednia aktualizacja Receptariusza miała miejsce w styczniu 2015 r.

---

[21] Dz. U. Nr 100, poz. 646.
[22] W dniu: 4 marca 2015 r., 9 września 2015 r., 3 lutego 2016 r., 28 września 2016 r., 15 marca 2017 r.
[23] Powołany zarządzeniem nr 39/2017 Dyrektora Szpitala Wolskiego w Warszawie z dnia 28 lutego 2017 r.
[24] Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa, Pełnomocnik ds. Analizy i Gospodarki Lekiem, Ordynator Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Ordynator Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej z Częścią Urazową, Kierownik Apteki Szpitalnej, specjalista ds. mikrobiologii.
[25] Wprowadzony zarządzeniem Dyrektora nr 284/2013 z dnia 22 sierpnia 2013 r.

W Receptariuszu szpitalnym z dnia 30 marca 2017 r. ujęty był Receptariusz antybiotykowy, który zawierał m.in. listę leków stosowanych w zakażeniach oraz średnie ich dawkowanie dla dorosłych wraz z charakterystyką każdego leku, zawierającą m.in. wskazania do jego stosowania w warunkach szpitalnych, zarówno w terapii empirycznej, jak i celowanej, tj. po uzyskaniu wyniku badania mikrobiologicznego (antybiogramu). Dodatkowo przedstawiono sposób dawkowania antybiotyków w zależności od rodzaju zakażenia i jego stopnia ciężkości.

Na liście leków stosowanych w zakażeniach ujęto: leki przeciwbiegunkowe, leki przeciwbakteryjne do stosowania wewnętrznego, leki przeciwgrzybicze do stosowania wewnętrznego, leki przeciwgruźlicze, leki przeciwwirusowe do stosowania wewnętrznego.

Antybiotykowa profilaktyka okołooperacyjna stosowana jest w oddziałach zabiegowych według procedury „Profilaktyka antybiotykowa u pacjentów szpitalnych".

(akta kontroli str. 33-99)

Ustalone nieprawidłowości

1. Sekcja Epidemiologii Szpitalnej nie prowadziła szkoleń pracowników z obszaru działalności medycznej, przed przyjęciem do pracy, zatrudnionych w Szpitalu w latach 2016 – 2017 (I półrocze) w zakresie przestrzegania higieny rąk, postępowania z odpadami medycznymi, źródeł i rodzajów zagrożeń w przypadku zakażeń szpitalnych.

Starsza Pielęgniarka Koordynująca Sekcji Epidemiologii Szpitalnej wyjaśniła, że nie prowadziła szkoleń nowo zatrudnionych w zakresie zapobiegania zakażeniom szpitalnym oraz że szkolenia związane z profilaktyczną ochroną zdrowia dotyczącą narażenia pracowników na czynniki biologiczne (wirusy, bakterie, grzyby i inne) prowadzone były przez Sekcję BHP.

NIK zwraca uwagę, że program szkolenia wstępnego BHP nie obejmuje szkolenia 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.

2. Przeprowadzone przez ZKZS, w latach 2016 – 2017 (I półrocze), konsultacje osób podejrzanych o zakażenie szpitalne lub chorobę zakaźnych nie były udokumentowane.

Przewodniczący ZKZS wyjaśnił, że konsultacje osób podejrzanych o zakażenie szpitalne lub chorobę zakaźną odbywały się na bieżąco i nie były dokumentowane.

(akta kontroli str. 460-463, 472-477)

2.2. Realizacja świadczeń w zakresie badań mikrobiologicznych

Opis stanu faktycznego

W Szpitalu zapewniono wykonywanie badań laboratoryjnych, w tym badań mikrobiologicznych w trybie całodobowym, zgodnie z art. 14 ust. 1 pkt 3c ustawy o zwalczaniu zakażeń. Kompleksowa, całodobowa diagnostyka laboratoryjna realizowana była na podstawie umowy zawartej z podmiotem zewnętrznym[26].

Wyniki posiewów z antybiogramem (oznaczeniem lekowrażliwości), w zależności od ilości wyhodowanych bakterii uzyskiwane były w terminie od 2 do 7 dni. Wyniki posiewów bez antybiogramu oraz wyniki szybkich testów wykrywających obecność w materiale klinicznym bakterii i wirusów o znaczeniu epidemicznym uzyskiwane są w ciągu 24 godzin.

W latach 2015 – 2017 (I półrocze) w Szpitalu wykryto łącznie 961 przypadków zakażeń szpitalnych, w tym: w 2015 r. – 305, w 2016 r. – 440, w I półroczu 2017 r. – 216.

U wszystkich pacjentów, u których rozpoznano zakażenie w 2015 r. wykonane zostało badanie mikrobiologiczne. W roku 2016 badanie mikrobiologiczne wykonano 426 pacjentom, w I półroczu 2017 r. – 197, u pozostałych pacjentów zakażenie stwierdzono na podstawie badań biochemicznych.

Liczba badań mikrobiologicznych w przeliczeniu na 1 łóżko szpitalne w oddziałach wyniosła: w roku 2015 – 22,04, w roku 2016 – 22,04, w I półroczu 2017 r. – 10,71.

---

[26] Umowa nr 08/UZ/2015 z dnia 14 października 2015 r. zawarta z ALAB Laboratoria Sp. z o.o., Warszawa, na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie diagnostyki laboratoryjnej.

Koszty badań mikrobiologicznych na profilaktykę przeciwzakażeniową wyniosły[27]:

- w 2016 r. – 249,3 tys. zł (dla całego Szpitala), w tym 236,5 tys. zł – dla oddziałów szpitalnych,
- w 2017 r. (I półrocze) – 121,8 tys. zł (dla całego Szpitala), w tym 116,5 tys. zł – dla oddziałów szpitalnych.

Udział kosztów badań mikrobiologicznych w kosztach świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków ze środków publicznych wynosił, zarówno w 2016 r., jak i I półroczu 2017 r. 0,3%.
(akta kontroli str. 285-287, 435-452)

2.3. Prowadzenie rejestru zakażeń szpitalnych

Opis stanu faktycznego

2.3.1. Rejestr zakażeń szpitalnych prowadzony był metodą czynną, w formie elektronicznej.

Rejestr zakażeń szpitalnych 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, informacje niezbędne do sprawowania nadzoru epidemiologicznego.

W celu stosowania i dokumentowania czynnej rejestracji zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych, tj. oceny ryzyka zakażenia i weryfikacji pacjentów w zakresie zakażeń szpitalnych, wprowadzono[28]: „Kartę oceny ryzyka zakażenia przy przyjęciu pacjenta do szpitala", „Kartę podejrzenia zakażenia układu moczowego", „Kartę podejrzenia zakażenia miejsca operowanego", „Kartę Rejestracji czynnika alarmowego", „Kartę rejestracji zakażenia szpitalnego", „Kartę antybiotykoterapii, „Formularz okołooperacyjnej polityki antybiotykowej OPA", „Kartę pomocniczą monitorowania czynników ryzyka w oddziałach Szpitala Wolskiego".

Czynności związane z bieżącym monitorowaniem zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych realizowała Sekcja Epidemiologii Szpitalnej, wyznaczeni w oddziałach szpitalnych lekarze łącznikowi i pielęgniarki łącznikowe oraz lekarze sprawujący opiekę medyczną nad pacjentami.

Według § 9 zarządzenia Dyrektora Szpitala w sprawie prowadzenia czynnego nadzoru i rejestracji zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych, karta rejestracyjna zakażenia szpitalnego zakładana jest przez lekarza, który po jej wypełnieniu, wydrukowaniu i podpisaniu, niezwłocznie przekazuje do Sekcji Epidemiologii Szpitalnej[29]. Sekcja Epidemiologii Szpitalnej po weryfikacji karty przez przewodniczącego ZKZS przy współpracy z lekarzem sprawującym opiekę nad pacjentem, wprowadza dane z karty do rejestru zakażeń szpitalnych, a następnie oryginalną kartę przekazuje do archiwum szpitalnego celem dołączenia do historii choroby pacjenta. Karta rejestracji czynnika alarmowego zakładana jest każdorazowo w przypadku wyhodowania czynnika alarmowego[30].

(akta kontroli str. 126-128, 699-742)

W trakcie kontroli badaniu poddano 60 zarejestrowanych zakażeń szpitalnych w: II Oddziale Chorób Wewnętrznych (20 zakażeń), Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii (20 zakażeń), Oddziale Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej z Częścią Urazową (20 zakażeń).

Karty zgłoszenia zakażenia szpitalnego dotyczące zakażeń występujących u pacjentów II Oddziału Chorób Wewnętrznych (20 zakażeń) oraz Oddziału Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej z Częścią Urazową (20 zakażeń) były wypełnione zgodnie z obowiązującym w Szpitalu wzorem tego dokumentu.

W przypadku badanych 20 zakażeń występujących pacjentów Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii (20 zakażeń) nie sporządzono kart zgłoszenia zakażenia szpitalnego,

---

[27] Brak danych dotyczących kosztów badań mikrobiologicznych za 2015 r.

[28] Zarządzeniem nr 125/2013 Dyrektora Szpitala Wolskiego z dnia 30 kwietnia 2013 r. w sprawie prowadzenia czynnego nadzoru i rejestracji zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych.

[29] Za przekazanie karty odpowiedzialna jest sekretarka medyczna danego oddziału.

[30] Za wypełnienie karty odpowiada lekarz sprawujący opiekę nad pacjentem. Karta po wypełnieniu przez lekarza, wydrukowaniu i podpisaniu niezwłocznie jest przekazywana do sekcji epidemiologii Szpitalnej. Sekcja Epidemiologii Szpitalnej wprowadza dane do rejestru czynników alarmowych.

a pielęgniarka epidemiologiczna dokonała wpisu do rejestru zakażeń szpitalnych na podstawie karty zgłoszenia czynnika alarmowego.

Poddano również badaniu sposób oceny ryzyka wystąpienia zakażenia przy przyjęciu pacjenta do Szpitala (50 pierwszych pacjentów spośród przyjętych do Szpitala w maju i czerwcu 2017 r. – łącznie 100). W historiach choroby 51 pacjentów znajdowały się „Karty oceny ryzyka zakażenia przy przyjęciu pacjenta do szpitala", podpisane przez lekarza, w których była dokonana ocena ryzyka zakażenia. W historiach choroby 49 pacjentów nie było „Kart oceny ryzyka zakażenia przy przyjęciu pacjenta do szpitala", ponieważ dla tych pacjentów nie założono Kart (przebywali w SOR krócej niż 24 godziny).

2.3.2. W sprawozdaniach ZLK-5 Zgłoszenie podejrzenia lub rozpoznania zgonu z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej z 2015 r., wykazano 3 zgony z powodu zakażeń szpitalnych. Przyczyną tych zgonów była: według kod ICD 10 - A40.1 Posocznica wywołana przez paciorkowce grupy B (1 zgon), Kod ICD 10 - J.44 Przewlekła zaporowa choroba płuc z zakażeniem dolnych dróg oddechowych (1 zgon). Dodatkowo podano przyczynę wtórną tego zgonu: kod ICD 10 - A04.7 Zapalenie jelita cienkiego i grubego wywołane przez Clostridium difficile, kod ICD - 10 J15.0 Zapalenie płuc wywołane pałeczką zapalenia płuc Klebsiella pneumonia (NDM) - 1 zgon. Dodatkowo wskazano rozpoznanie: kod ICD 10 - J.15.0 Zapalenie płuc wywołane pałeczką zapalenia płuc Klebsiella pneumoniae jako przyczynę wtórną tego zgonu. Natomiast w Sprawozdaniu z działalności szpitala ogólnego MZ – 29 za 2015 r. wykazano tylko 2 zgony z powodu zakażeń szpitalnych.

W sprawozdaniach ZLK-5 Zgłoszenie podejrzenia lub rozpoznania zgonu z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej z 2016 r., wykazano 3 zgony z powodu zakażeń szpitalnych. Przyczyną tych zgonów była: kod ICD 10 - A41.5 Posocznica wywołana przez inne bakterie Gram-ujemne (1 zgon), kod ICD 10 - A.40.2 Nieokreślone zapalenie płuc; niewydolność serca, nie określona; zatrzymanie krążenia nie określone (1 zgon), kod ICD – 10 - A04.7 Nieokreślone zapalenie płuc. Zapalenie jelita cienkiego i grubego wywołane przez Clostridium difficile. Zatrzymanie krążenia nie określone (1 zgon). Natomiast w Sprawozdaniu z działalności szpitala ogólnego MZ – 29 za 2016 r. wykazano 1 zgon z powodu zakażeń szpitalnych.

Ponadto, z analizy danych przekazanych kontroli NIK dotyczących wykazu osób zmarłych w Szpitalu w 2016 r. wynika, że zakażenie szpitalne nie było bezpośrednią przyczyną zgonu żadnego z 35 pacjentów Szpitala, z zakażeniem szpitalnym, który zmarli w 2016 r.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że w roku 2015 do sprawozdania MZ – 29 zakwalifikowano pacjentów z określonym w rozpoznaniu alertpatogenem będącym pierwotną przyczyną zgonu, a w przypadku zgonu pacjenta z rozpoznaniem ICD 10 - J.44. uwzględniono przyczynę wyjściową, oraz, że w 2016 r. dwóch pacjentów nie zostało podanych w sprawozdaniu MZ-29 ponieważ przy przyjęciu nie był określony patogen.

(akta kontroli str. 182-184, 475-486, 743-783, 812, 913)

Ustalone nieprawidłowości

1. W rejestrze zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych, prowadzonym w wersji elektronicznej, wykazano zakażenia występujące w niektórych oddziałach szpitalnych, na podstawie wyników badań mikrobiologicznych oraz indywidualnych kart rejestracji czynnika alarmowego, a nie na podstawie kart rejestracji zakażenia szpitalnego, co było niezgodne z § 3 ust. 1 rozporządzenia 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[31] oraz z § 9 zarządzenia nr 125/2013 Dyrektora Szpitala Wolskiego z dnia 30 kwietnia 2013 r. w sprawie prowadzenia czynnego nadzoru i rejestracji zakażeń szpitalnych.

Według stanu na dzień 31 października 2017 r. Sekcja Epidemiologii Szpitalnej nie posiadała 171 kart rejestracji zakażenia szpitalnego, dla zakażeń które wystąpiły u pacjentów w 2016 r. oraz 93 kart dotyczących zakażeń szpitalnych, które wystąpiły u pacjentów w I półroczu 2017 r. Ponadto, niektóre karty rejestracji zakażenia szpitalnego

[31] Dz. U. Nr 294, poz. 1741.

zostały przekazane z oddziałów szpitalnych do Sekcji Epidemiologii Szpitalnej, po 3 – 30 dniach, a nawet 180 dniach, od wystąpienia u pacjenta objawów zakażenia szpitalnego.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że rejestr zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych jest prowadzony na bieżąco na podstawie wyników badań mikrobiologicznych, oraz że opóźnienie zdawalności kart rejestracji zakażenia szpitalnego z oddziałów szpitalnych wynika z dużego obciążenia pracą lekarzy (w tym wpisy do dokumentacji medycznej i wypełnianie rozlicznych wymaganych załączników). Ponadto, Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że przyjęte rozwiązanie prowadzenia rejestru zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych przez Sekcję Epidemiologii Szpitalnej na podstawie wyników badań mikrobiologicznych jest dla rejestru lepszym rozwiązaniem, gdyż na tej podstawie żadne zakażenie w Szpitalu nie zostanie w rejestrze pominięte.

2. W latach 2016 – 2017 (I półrocze) przekazano PPIS sprawozdania ZLK – 1 „Zgłoszenie podejrzenia lub rozpoznania zakażenia lub choroby zakaźnej" z opóźnieniem wynoszącym od 2 dni do 45 dni oraz sprawozdania ZLK – 5", z opóźnieniem wynoszącym od 5 dni do 39 dni, w stosunku do terminu określonego w art. 27 ust. 1 ustawy o zwalczaniu zakażeń.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że opóźnienie zdawalności kart ZLK-1 oraz ZLK-5 wynika z dużego obciążenia lekarzy, którzy są odpowiedzialni za wypełnianie tych kart oraz, że pacjent jest podmiotem działań medycznych, dlatego też dokumentacja pacjenta dotycząca bezpośrednio leczenia jest priorytetowa.

(akta kontroli str. 129-181, 213-214, 784-811)

2.4. Monitorowanie i raportowanie zakażeń szpitalnych

2.4.1. W latach od 2015 do 2017 r. (I półrocze) w Szpitalu hospitalizowano 36 091 pacjentów i u 961 z nich wykryto zakażenie szpitalne, z tego:
- w 2015 r. u 305 pacjentów, co stanowiło 2,4% pacjentów hospitalizowanych (12 676),
- w 2016 r. u 440 pacjentów, co stanowiło 2,9% pacjentów hospitalizowanych (15 427),
- w 2017 r. (I półrocze) zakażenie szpitalne wykryto u 216 pacjentów, co stanowiło 2,7% pacjentów hospitalizowanych (7 988).

Wśród zakażeń szpitalnych[32] w latach 2015 – 2017 dominowały zakażenia układu moczowego (214 przypadków[33]). Istotny udział miały też zakażenia układu pokarmowego (213[34]), zapalenia płuc (34[35]), zakażenia miejsca operowanego (29[36]), sepsa (26)[37].

Najwyższy wskaźnik zachorowalności występował corocznie w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii (OAIT) i wynosił: w 2015 r. – 42,2% (57 pacjentów z wykrytym zakażeniem przy 135 hospitalizacjach), w 2016 r. – wskaźnik ten wzrósł do 62,1% (82 pacjentów z zakażeniem przy 138 hospitalizacjach), w 2017 r. – wskaźnik ten wynosił 46,3% (31 pacjentów z zakażeniem przy 138 hospitalizacjach).

Spośród oddziałów zachowawczych najwyższe wskaźniki zakażeń szpitalnych wystąpiły w Oddziale Geriatrycznym: w 2015 r. – 4,7% (6 pacjentów z zakażeniem przy 128 hospitalizacjach), w 2016 r. – 8,5% (81 pacjentów z zakażeniem przy 948 hospitalizacjach), w 2017 r. (I półrocze) wskaźnik wynosił 6,6% (32 pacjentów z zakażeniem przy 488 hospitalizacjach).

Spośród oddziałów zabiegowych najwyższe wskaźniki zachorowalności wystąpiły w Oddziale Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej z Częścią Urazową: w 2015 r. – 1,9% (37 pacjentów z zakażeniem przy 1 881 hospitalizacji), w 2016 r. – 2,0% (74 pacjentów z zakażeniem przy 1 972 hospitalizacjach), w 2017 r. (I półrocze) – 2,1% (24 pacjentów z zakażeniem przy 320 hospitalizacjach).

Szpital dysponował jedną izolatką, w której możliwa była izolacja zakażonego pacjenta oraz salami jednoosobowymi w II Oddziale Chorób Wewnętrznych, Oddziale Geriatrycznym,

---

[32] Zakażenia miejsca operowanego, zakażenia układu moczowego, zapalenia płuc, Sepsa, zakażenia układu pokarmowego, pozostałe zakażenia.
[33] 61 zakażeń w roku 2015; 108 zakażeń w roku 2016, 45 zakażeń w I półroczu 2017 r.
[34] 61 zakażeń w roku 2015, 93 zakażeń w roku 2016, 59 zakażeń w I półroczu 2017 r.
[35] 20 zakażeń w roku 2015, 11 zakażeń w roku 2016, 3 zakażeń w I półroczu 2017 r.
[36] 14 zakażeń w roku 2015, 14 zakażeń w roku 2016, 1 zakażenie w I półroczu 2017 r.
[37] 13 zakażeń w roku 2015, 11 zakażeń w roku 2016, 1 zakażenia w I półroczu 2017 r.

Oddziale Kardiologicznym, Oddziale Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej z Częścią Urazową, Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii, SOR. Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że „W przypadku konieczności izolacji pacjentów zakażonych jedna z sal wieloosobowych dedykowana jest pacjentowi/pacjentom z zakażeniem alert patogenami, gdzie stosuje się odpowiednie procedury epidemiologiczne".

(akta kontroli str. 224, 276-281, 473)

2.4.2. W okresie 2015 – 2017 (I półrocze) udział patogenów alarmowych w zakażeniach szpitalnych wynosił 94,2%.

Spośród wyizolowanych 928 patogenów alarmowych, wyszczególnionych w załączniku nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie listy czynników alarmowych (...) – największy udział w zakażeniach szpitalnych miały: Enterobacteriaceae spp. wytwarzające betalaktamazy o rozszerzonym spektrum substratowym (np. ESBL, AMPc, KPC) lub oporne na karbapenemy lub inne dwie grupy leków lub polimyksyny – stanowiły 37,0% łącznej liczby zakażeń szpitalnych, Acinetobacter spp. oporne na karbapenemy lub inne dwie grupy leków lub polimyksyny – stanowiły 20,3% zakażeń szpitalnych, Clostridium difficile – stanowiły 18,4% zakażeń szpitalnych, Staphylococcuc aureus oporny na metacyklinę (MRSA) lub glikopeptydy (VISA lub VRSA) lub oksazolidynony - stanowił 13,9% zakażeń szpitalnych, Entorococcuc spp. oporne na glikopeptydy (VRE) – stanowiły 7,1% zakażeń szpitalnych, Pseudomonas aeruginosa oporny na karbapenemy lub inne dwie grupy leków lub polimyksyny – stanowiły 16,2% zakażeń szpitalnych, rotawirus – stanowił 1,2% zakażeń szpitalnych, Clostridium perfringens – 0,5% zakażeń szpitalnych.

W latach od 2015 do 2017 (I półrocze) w Szpitalu operowano łącznie 5.429 pacjentów, a u 285 z nich (5,2 %) doszło do zakażenia szpitalnego.

Spośród 449 pacjentów, których operowano w tym okresie i objęto okołooperacyjną profilaktyką antybiotykową, u jednego z nich wystąpiło zakażenie szpitalne, spośród 4.980 pacjentów operowanych, którym profilaktycznie nie podano antybiotyk, u 284 z nich wystąpiło zakażenie szpitalne.

(akta kontroli str. 282-284)

Z wyjaśnień Dyrektora Szpitala wynika, że w SOR nie działał tzw. „sepsis team". W okresie objętym kontrolą miało miejsce 45 przypadki rozpoznania sepsy, w tym: w II Oddziale Chorób Wewnętrznych – 20, Oddziale Geriatrycznym – 13, I Oddziale Chorób Wewnętrznych – 7, OAiIT – 4, Oddziale Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej z Częścią Urazową – 1. Szpital nie przedstawił danych dotyczących liczby pacjentów ze wstrząsem septycznym zmarłych w trakcie pobytu w Szpitalu w tym okresie.

(akta kontroli str.214, 317-318, 320)

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. Nieterminowo przekazano PPIS sprawozdania ZLK – 1 „Zgłoszenie podejrzenia lub rozpoznania zakażenia lub choroby zakaźnej.

NIK zwraca uwagę, że nie przeszkolono nowo przyjętych pracowników z zakresu zakażeń szpitalnych oraz ZKZS nie dokumentował konsultacji pacjentów podejrzanych o zakażenie szpitalne.

3. Realizacja zaleceń i wniosków pokontrolnych państwowej inspekcji sanitarnej

Opis stanu faktycznego

W latach 2016 r. – 2017 (I połowa) PPIS przeprowadziła w Szpitalu 8 kontroli w zakresie zakażeń szpitalnych oraz w zakresie stanu sanitarno-higienicznego Szpitala, w tym:

- w lipcu 2016 r. kontrolę w I Oddziale Chorób Wewnętrznych w związku ze zgłoszeniem ogniska epidemicznego o etiologii Klebsiella pneumoniae MBL,
- w lipcu 2016 kontrolę w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii w związku ze zgłoszeniem ogniska epidemicznego o etiologii Klebsiella pneumoniae MBL,

– we grudniu 2016 r. w II Oddziale Chorób Wewnętrznych w związku ze zgłoszeniem ogniska epidemicznego o etiologii Clostridium difficile.

W następstwie kontroli stanu higieniczno-sanitarnego została wydana jedna decyzja w zakresie niespełnienia wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą w: pomieszczeniach dla pracowników firmy sprzątającej w Pawilonie 7 (niezapewnienie zmywalności powierzchni ścian i podłóg), w Zakładzie Patomorfologii na poziomie pierwszym (na ścianie klatki schodowej do magazynu formaliny ubytki farby), w Zakładzie Patomorfologii w korytarzu przy sali sekcyjnej nieodpowiednie umocowanie płytek glazury), w pomieszczeniu służącym do przechowywania odpadów niebezpiecznych (brak kratki ściekowej oraz niezapewnienie zmywalności ścian i podłóg), w Aptece Szpitalnej (brak szaf z rozdziałem odzieży ochronnej i wierzchniej dla pracowników). Decyzja została wykonana, a jej wykonanie potwierdzone przez PPIS.

Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny nie podejmował decyzji o czasowym zamknięciu oddziału szpitalnego z powodu „potwierdzonego epidemicznego wzrostu liczby zakażeń szpitalnych".

W latach 2016 – 2017 (I półrocze) przekazano do PPIS trzy raporty wstępne o podejrzeniu ogniska epidemicznego w Szpitalu oraz trzy raporty końcowe z wygaszenia ogniska.

W latach 2016 – 2017 (I półrocze) Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny (PWIS) nie przeprowadzał kontroli Szpitala w zakresie zakażeń szpitalnych[38].

(akta kontroli str. 318, 341-343, 641-660, 914-942)

Ocena cząstkowa

Kontrole inspekcji sanitarnej nie wykazały niewłaściwego stanu sanitarno-epidemiologicznego pomieszczeń Szpitala, w których były udzielane świadczenia zdrowotne, jak również nieprawidłowości w zakresie zgłaszania i wygaszania ogniska epidemicznego.

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

Opis stanu faktycznego

4.1. W latach 2015 – 2017 (I półrocze) w Szpitalu hospitalizowano 83.112 pacjentów, w tym: w 2015 r. – 33.299 pacjentów, w 2016 r. – 33.338 pacjentów, w 2017 r. (do dnia 30 czerwca) – 16.475 pacjentów.
Najwięcej pacjentów hospitalizowano w Oddziałach: I Chorób Wewnętrznym (odpowiednio w każdym roku: 3.384, 3.130 i 1.580 pacjentów), Kardiologicznym (3.122, 3.370 i 1.889 pacjentów), II Chorób Wewnętrznych (1 801, 1 761, 895 pacjentów).

Hospitalizacja ogółem w tym okresie wyniosła: w 2015 r. – 124.508 osobodni, z tego hospitalizacja pacjentów zakażonych 18.335 dni, w 2016 r. – 129.273 osobodni, z tego hospitalizacja pacjentów zakażonych 21.209 osobodni, w 2017 r. (I półrocze) – 65.514 osobodni, z tego hospitalizacja pacjentów zakażonych 10.317 osobodni.

Średnia długość pobytu w Szpitalu pacjentów, u których w trakcie pobytu w Szpitalu wykryto zakażenie wynosiła w poszczególnych latach 2015 – 2017 (I półrocze):
- w OAiIT – odpowiednio: 20 dni, 23 dni, 22 dni,
- w oddziałach zachowawczych – odpowiednio: 8 dni, 7 dni, 8 dni,
- w oddziałach zabiegowych – odpowiednio: 21 dni, 23 dni, 22 dni.

Wartość zawartych umów z NFZ o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne[39] i wartość wykonanych świadczeń w ramach tych umów[40] wyniosły:
– w 2015 r. – 69.486,5 tys. zł (wartość umów) i 76.754,2 tys. zł (wartość świadczeń),
– w 2016 r. – 71.335,0 tys. zł (wartość umów) i 80.187,8 tys. zł (wartość świadczeń),

[38] Przeprowadzona w Szpitalu kontrola PWIS w 2016 r. dotyczyła wydania zezwolenia na uruchomienie i stosowanie aparatu RTG.
[39] Dla 10 oddziałów szpitalnych.
[40] Koszty świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

– w 2017 r. (I półrocze) – 35.488,6 tys. zł (wartość umów) i 41.579,5 tys. zł (wartość wykonanych świadczeń).

Średni koszt osobodnia w oddziałach wyliczony dla hospitalizacji sfinansowanych przez NFZ wyniósł w 2015 r. – 616,46 zł, w 2016 r. - 620,30 zł a w I połowie 2017 r. - 634,67 zł.

Najwyższy średni koszt osobodnia był w OAiIT i wynosił w roku 2015 – 2.056,45 zł, w roku 2016 – 1.800,28 zł, w I półroczu 2017 r. – 1.924,20 zł. Średni koszt osobodnia w oddziałach zachowawczych wynosił w poszczególnych latach 2015 – 2017 (I półrocze) odpowiednio: 558,65 zł, 549,08 zł, 555,88 zł, a w oddziałach zabiegowych: 1.238,67 zł, 1.248,71 zł, 1.237,52 zł.

Szacunkowe koszty związane z przedłużeniem hospitalizacji pacjentów, u których wystąpiło zakażenie szpitalne wyniosły: w 2015 r. – 155,2 tys. zł, w 2016 r. – 133,3 tys. zł, w I półroczu 2017 r. – 155,2 tys. zł.

Z wyjaśnień Dyrektora Szpitala wynika, że w celu zmniejszenia kosztów leczenia pacjentów zakażonych, podstawowym działaniem jest zapobieganie występowaniu zakażeń szpitalnych, a w przypadku ich wystąpienia, podejmowanie działań epidemiologicznych ograniczających możliwość zakażenia innych.

(akta kontroli str. 303, 324-334)

4.2. Koszty funkcjonowania systemu przeciwdziałania zakażeniom szpitalnym wyniosły:
– w 2015 r. – 5.420,7 tys. zł, w tym koszty oddziałów szpitalnych – 3.688,5 tys. zł,
– w 2016 r. – 5.704,8 tys. zł, w tym koszty oddziałów szpitalnych – 4.087,4 tys. zł,
– w 2017 r. (I półrocze) – 2.874,9 tys. zł, w tym koszty oddziałów szpitalnych – 2 067,0 tys. zł (w I półroczu 2016 r. wynosiły 2.658,3 tys. zł, w tym koszty oddziałów szpitalnych – 1.947,4 tys. zł.

Koszty związane z funkcjonowaniem systemu zwalczania zakażeń w oddziałach szpitalnych stanowiły:
– w 2015 r. – 5,5% przychodów uzyskanych z tytułu wykonania świadczeń finansowanych ze środków publicznych i jednocześnie 4,3% kosztów Szpitala ogółem[41],
– w 2016 r. – 5,9% przychodów uzyskanych z tytułu wykonania świadczeń finansowanych ze środków publicznych i jednocześnie 4,4% kosztów Szpitala ogółem; w I połowie 2016 wskaźnik ten wynosił odpowiednio: 5,9% i 4,3%,
– w 2017 r. (I półrocze) – 6,2% przychodów uzyskanych z tytułu wykonania świadczeń w ramach umów podpisanych z NFZ i jednocześnie 4,2% kosztów Szpitala ogółem.

(dowód: akta kontroli str. 335-340)

W latach 2016 – 2017 (do dnia 15 listopada) nie prowadzono wobec Szpitala postępowań sądowych w związku z zakażeniami szpitalnymi.

(akta kontroli str. 303)

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 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[42], wnosi o:

1. powołanie na przewodniczącego ZKZS lekarza o kwalifikacjach zawodowych wskazanych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 maja 2010 r. w sprawie kwalifikacji członków zespołu kontroli zakażeń szpitalnych,
2. uzupełnienie składu zespołu kontroli zakażeń szpitalnych o drugą pielęgniarkę epidemiologiczną, zgodnie z wymogami w tym zakresie,

[41] Nie zawierają kosztów finansowych i operacyjnych.
[42] Dz. U. z 2015 r., poz. 1096

3. wdrożenie działań mających na celu wyeliminowanie nieterminowego sporządzania kart rejestracji zakażenia szpitalnego przez lekarzy,
4. prowadzenie rejestru zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych na podstawie dokumentów, o których mowa w § 3 ust. 1 rozporządzeniem Ministra Zdrowia dnia 23 grudnia 2011 r. w sprawie listy czynników alarmowych, rejestrów zakażeń szpitalnych oraz w zarządzeniu Dyrektora Szpitala Wolskiego w sprawie prowadzenia czynnego nadzoru i rejestracji zakażeń szpitalnych,
5. terminowe zgłaszanie Powiatowemu Państwowemu Inspektorowi Sanitarnemu zgłoszeń podejrzenia lub rozpoznania zakażenia lub choroby zakaźnej,
6. egzekwowanie od personelu medycznego pisemnego poświadczenia o zapoznaniu się z treścią procedur obowiązujących w Szpitalu w zakresie epidemiologii szpitalnej oraz o zobowiązaniu się do przestrzegania zawartych w nich zapisów,
7. szkolenie wszystkich nowo przyjętych pracowników z obszaru działalności medycznej, z zakresu profilaktyki zakażeń szpitalnych,
8. rozważenie wprowadzenia podległości służbowej pielęgniarki epidemiologicznej bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala.

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.

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 12 grudnia 2017 r.

Kontroler
Danuta Stępkowska
Główny specjalista k.p.

.....
podpis

Dyrektor
Departamentu Zdrowia

Piotr Wasilewski

.....
podpis