NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Departament Zdrowia

KZD.410.005.03.2017
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	Rafał Zyzik, Specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr KZD/40/2017 z dnia 2017-09-13
Jednostka kontrolowana	Specjalistyczny Szpital Wojewódzki w Ciechanowie, ul. Powstańców Wielkopolsk. 2, 06-400 Ciechanów, dalej „Szpital" lub „SSW".
Kierownik jednostki kontrolowanej	Andrzej Kamasa - Dyrektor Szpitala[1]

(dowód: akta kontroli str. 3,135)

II. Ocena kontrolowanej działalności

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 okresie objętym kontrolą, w placówce działał Komitet Kontroli Zakażeń Szpitalnych (dalej: „KKZS"), Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych (dalej: „ZKZS") i Zespół do spraw antybiotykoterapii. Szpital planował i prowadził działania w zakresie zapobiegania i zwalczania zakażeń, w tym m.in. kontrole stanu sanitarnego sprzętu medycznego i pomieszczeń szpitalnych oraz ordynacji antybiotykowej, a także szkolenia personelu w zakresie profilaktyki i zwalczania zakażeń szpitalnych. Prowadzono rejestr zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych. Dokonywano analiz skuteczności prowadzonych działań i stosowanych metod leczenia, a Państwowemu Powiatowemu Inspektorowi Sanitarnemu (dalej: „PPIS") przekazywano informacje o czynnikach alarmowych oraz o podejrzeniu/stwierdzeniu zakażenia lub choroby zakaźnej.

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

- nierzetelnym wypełnianiu kart oceny ryzyka wystąpienia zakażenia u niektórych pacjentów przyjmowanych na hospitalizację,
- nierzetelnym i z opóźnieniem wypełnianiu kart rejestracji zakażenia szpitalnego,
- powierzeniu funkcji przewodniczącego ZKZS lekarzowi, który nie posiadał wymaganych kwalifikacji,
- dopuszczeniu do pracy osób wykonujących zawód medyczny narażonych na zakażenie bez obowiązkowych szczepień ochronnych przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B.

Jako przykład dobrej praktyki NIK wskazuje nadanie pielęgniarce epidemiologicznej uprawnień do wydawania zaleceń kierownikom jednostek organizacyjnych dotyczących działań profilaktycznych z zakresu zakażeń szpitalnych i określania zapotrzebowania na zakup środków związanych z profilaktyką zakażeń szpitalnych.

---

[1] Od 1 lutego 2017 r. Poprzednio, tj. w okresie od 25 października 2016 r. do 31 stycznia 2017 r. p. o. Dyrektora Szpitala. Obowiązki Dyrektora Szpitala pełnili:
- Małgorzata Turawska w okresie od 11 października 2016 r. do 25 października 2016 r.,
- Tadeusz Bochnia w okresie od 1 lipca 2015 do 11 października 2016 r.,
Hanna Jaroszewska była Dyrektorem Szpitala, w okresie od 1 października 2009 r. do 30 czerwca 2015 r.

[2] Dz. U. z 2016 r. poz. 1866 ze zm.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

Opis stanu faktycznego

1. Organizacja nadzoru nad zakażeniami w podmiocie leczniczym

1.1. Szpital, będący samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej, wpisany został przez Wojewodę Mazowieckiego do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą[3] 16 marca 1993 r. Podmiotem tworzącym SSW w Ciechanowie jest Samorząd Województwa Mazowieckiego. Szpital posiadał od 25 października 2012 r. certyfikat akredytacyjny, potwierdzający spełnienie standardów akredytacyjnych[4] dla lecznictwa szpitalnego.

Na koniec 2015 r. Szpital dysponował 635 łóżkami, na koniec 2016 r. – 576, a na koniec czerwca 2017 r. – 572 łóżkami. W badanym okresie leczonych było odpowiednio 32.052 pacjentów, 30.075 i 15.197 pacjentów[5]. Średnie wykorzystanie łóżek wynosiło odpowiednio 90,5% 87,4% i 83,0%.

(dowód: akta kontroli str. 158-178, 384-411)

1.2. Dyrektor Szpitala, stosownie do postanowień art. 15 ustawy o zwalczaniu zakażeń, zarządzeniem Nr 12 z dnia 2 marca 2014 r.[6], powołał Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych oraz zarządzeniem Nr 27/2014 z dnia 3 czerwca 2014 r. Komitet Kontroli Zakażeń Szpitalnych.[7] W zarządzeniach tych określono zadania, tryb spotkań oraz odpowiedzialność za wykonanie zadań.

(dowód: akta kontroli str. 69 - 86)

1.3. Zgodnie z Regulaminem Organizacyjnym, w Szpitalu funkcjonowało Samodzielne Stanowisko do spraw Higieny i Epidemiologii Szpitalnej, które bezpośrednio podlegało Dyrektorowi Szpitala. Na tym stanowisku zatrudnione były dwie osoby – koordynator oraz specjalista ds. higieny i epidemiologii. Zakresy ich obowiązków obejmowały zadania pielęgniarki epidemiologicznej określone w „Ramowym zakresie czynności" opracowanym w 1996 r. przez Zespół ds. Zakażeń Szpitalnych przy Biurze Naczelnej Pielęgniarki Kraju[8]. Ponadto pielęgniarce epidemiologicznej nadano uprawnienia polegające na wydawaniu zaleceń kierownikom jednostek organizacyjnych dotyczących działań profilaktycznych z zakresu zakażeń szpitalnych i określania zapotrzebowania na zakup środków związanych z profilaktyką zakażeń szpitalnych. Nie uprawniono natomiast pielęgniarki do wnioskowania do Dyrekcji o udzielanie kar w przypadku stwierdzenia rażących zaniedbań na stanowisku pracy mających wpływ na wystąpienie zakażenia szpitalnego.

(dowód: akta kontroli str. 15-63, 120-124)

1.4. Stosownie do przepisów art. 15 ust. 1 pkt 1-3 ustawy o zwalczaniu zakażeń, w skład ZKZS[9] powołano m.in. lekarza (Przewodniczący zespołu), trzy pielęgniarki epidemiologiczne zatrudnione na stanowisku specjalisty ds. higieny i epidemiologii oraz diagnostę laboratoryjnego jako specjalistę ds. mikrobiologii (mikrobiolog szpitalny).

(dowód: akta kontroli str. 69 – 86,110-112)

---

[3] Nr księgi rejestrowej: 000000007323.

[4] Akredytacja, o której mowa w art. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2016 r. poz. 2135). W raporcie z wizyty akredytacyjnej z dnia 15 czerwca 2012 r. Szpital otrzymał 79% pkt. W raporcie z wizyty akredytacyjnej z 23 stycznia 2016 r. Szpital otrzymał 70% punków i tym samym nie spełniał warunków do otrzymania certyfikatu.

[5] Leczeni z ruchem chorych.

[6] Aktualny skład Zespołu został powołany zarządzeniem Nr 88 z dnia 24 listopada 2016 r.

[7] Aktualny skład Komitetu określony został aneksem Nr 3 do zarządzenia z 29 marca 2017 r.

[8] Współuczestniczenie w zakresie wypracowywania strategii szpitala – czytaj: opracowywanie programu kontroli zakażeń szpitalnych; nadzorowanie i monitorowanie stanu sanitarno-epidemiologicznego szpitala – czytaj: opracowywanie harmonogramu kontroli, przygotowywanie zaleceń pokontrolnych, przekazywanie wyników kontroli kierownictwu zakładu; wypracowywanie standardów w zakresie profilaktyki zakażeń szpitalnych; prowadzenie rejestru zakażeń szpitalnych; przeprowadzanie dochodzeń epidemiologicznych; prowadzenie szkoleń personelu; prowadzenie dokumentacji ZKZS; prowadzenie nadzoru nad ochroną zdrowia personelu; nadzorowanie i monitorowanie pracy personelu szpitala – czytaj: przestrzeganie standardów i procedur obowiązujących w Szpitalu.

[9] Łącznie 11 osób.

Ustalone nieprawidłowości

W toku kontroli ustalono, że od 24 listopada 2016 r. funkcję przewodniczącego ZKZS pełnił lekarz, który posiadał specjalizację w dziedzinie chorób wewnętrznych, ponad 3-letnie doświadczenie w wykonywaniu zawodu lekarza oraz ukończony kurs specjalistyczny dla lekarzy przewodniczących zespołu kontroli zakażeń szpitalnych. Lekarz o takich kwalifikacjach mógł pełnić tę funkcję do końca 2015 r.

Zgodnie z art. 67 pkt 1 ustawy o zwalczaniu zakażeń, do dnia 31 grudnia 2015 r. przewodniczącym ZKZS mógł być lekarz, który posiada specjalizację inną niż określona na podstawie art. 15 ust. 5 ww. ustawy i ukończył kurs specjalistyczny w zakresie epidemiologii i kontroli zakażeń szpitalnych.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że w 2015 r. lekarz, spełniający kryteria ustawowe, będąca wówczas przewodniczącą ZKZS, była niezdolna do pracy w 2015 r. i przez połowę roku 2016, w związku z tym, nie mogła faktycznie pełnić swojej funkcji, mimo że formalnie nadal stanowisko to zajmowała. Szpital zmuszony był podjąć starania w celu uzupełnienia obsady.

Zdaniem NIK, niezależnie od podnoszonych okoliczności, przywołane przepisy ustawy o zwalczaniu zakażeń, nakładają na Dyrektora Szpitala obowiązek zapewnienia w składzie ZKZS, jako przewodniczącego, lekarza posiadającego wymagane kwalifikacje.

(dowód: akta kontroli str. 144-148)

1.5. Osoby wchodzące w skład ZKZS zatrudnione były w Szpitalu w latach 2016 – 2017 (do czasu zakończenia kontroli NIK) na podstawie umowy o pracę w pełnym wymiarze godzin.

(dowód: akta kontroli str. 110-134)

1.6. Pielęgniarki epidemiologiczne oraz specjalista ds. mikrobiologii posiadali kwalifikacje wymagane § 3 i § 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 maja 2010 r. w sprawie kwalifikacji członków ZKZS.

(dowód: akta kontroli str. 110-134)

1.7. W skład KKZS wchodzili pracownicy Szpitala, o których mowa w art. 15 ust. 3 ustawy o zwalczaniu zakażeń, tj. m.in. Przewodniczący ZKZS oraz członkowie ZKZS, lekarz medycyny pracy, przełożona pielęgniarek i położnych oraz wyznaczeni przez Dyrektora kierownicy komórek organizacyjnych Szpitala. Przedstawicielem Dyrektora w KKZS był Zastępca Dyrektora ds. Medycznych, który w Jego imieniu sprawował nadzór nad KKZS.

(dowód: akta kontroli str. 80-81)

1.8. W Szpitalu zapewniono, zgodnie z art. 14 ust. 1 pkt 3c ustawy o zwalczaniu zakażeń, możliwość wykonywania badań laboratoryjnych w ciągu całej doby. Szpital prowadził laboratorium analityczne, świadczące całodobowo usługi w zakresie diagnostyki laboratoryjnej. Badania mikrobiologiczne wykonywane były natomiast przez Zakład Bakteriologii czynny siedem dni w tygodniu.

(dowód: akta kontroli str.563-564)

1.9. Rejestr wyszczepienia pracowników został opracowany we wrześniu 2015 r., w związku z przygotowaniem Szpitala do akredytacji. Dane do rejestru pozyskano od pracowników oddziałów i uzupełniono przy udziale Działu Kadr i Płac, pielęgniarki POZ oraz sekretarki medycznej. Rejestr prowadzony był przez osoby zatrudnione na Samodzielnym Stanowisku ds. Higieny i Epidemiologii w podziale na poszczególne grupy zawodowe. Raz w roku był aktualizowany na podstawie informacji z Działu Kadr, Poradni Medycyny Pracy i informacji uzyskanych od nowo przyjętych pracowników.

W wrześniu 2016 r. ZKZS wnioskował do Dyrekcji o przeprowadzenie szczepień pracowników przeciwko grypie. Po zebraniu deklaracji odstąpiono od przeprowadzania szczepień z uwagi na znikome zainteresowanie. Na ponad 1200 zatrudnionych chętnych było 48 osób.

(dowód: akta kontroli str. 179 -185)

Ustalone nieprawidłowości

1. Zgodnie z § 3 pkt 12 lit. f rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 sierpnia 2011 r. w sprawie obowiązkowych szczepień[10], obowiązek poddania się szczepieniom ochronnym przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B obejmuje osoby wykonujące zawód medyczny narażone na zakażenie, które nie były szczepione przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B. Z rejestru wyszczepienia pracowników przeciwko WZW typu B wynika, że w 2016 r. niezaszczepionych było 35 pracowników z 1083, tj. 3,2%, a o 147 pracownikach (13,6%) brak było informacji. Wśród niezaszczepionych pracowników było m.in. czterech lekarzy, cztery pielęgniarki, jedna położna oraz trzech ratowników medycznych.

Zastępca Dyrektora ds. medycznych, wyjaśniając zaistniałą sytuację, przyznał, że w przypadku nieszczepionych pracowników zalecane jest jego wykonanie na koszt pracodawcy.

(dowód: akta kontroli str. 186-188)

1.10. W Szpitalu, zgodnie z § 9 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, opracowano i wdrożono procedurę postępowania poekspozycyjnego[11].

(dowód: akta kontroli str. 189-196)

1.11. W latach 2016 – 2017 (do kontroli NIK) Szpital dokonywał wymaganych przeglądów (w tym czyszczenie, dezynfekcja i wymiana filtrów) instalacji i urządzeń wentylacji mechanicznej i klimatyzacji nie rzadziej niż co 12 miesięcy, dokumentując te czynności protokołami.

(dowód: akta kontroli str. 197-361)

1.12. W latach 2016 – 2017 (I półrocze) Szpital kontrolowany był przez PPIS w Ciechanowie w zakresie jakości ciepłej wody. W wyniku przeprowadzonych badań wody na obecność pałeczek Legionella w miesiącu lutym, marcu, maju i wrześniu 2016 r. oraz miesiącu kwietniu, maju i lipcu 2017 r. nie stwierdzono przekroczenia dopuszczalnych norm, w tym zakresie. Wydano zalecenia utrzymywania odpowiedniej temperatury.

(dowód: akta kontroli str. 362-382, 531-544)

2. Zapobieganie i zwalczanie zakażeń szpitalnych

Opis stanu faktycznego

2.1. Realizacja nadzoru epidemiologicznego przez podmiot leczniczy.

2.1.1. W latach 2016 – 2017 (do 30 września) do zadań ZKZS należało m.in. opracowanie i aktualizacja systemu zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych, w tym monitorowania narastania oporności na antybiotyki, prowadzenie kontroli wewnętrznej w zakresie oceny ryzyka występowania zakażeń związanych z wykonywaniem świadczeń zdrowotnych, prowadzenie szkoleń personelu w zakresie kontroli zakażeń szpitalnych. Ponadto do zadań ZKZS należało przeprowadzanie konsultacji pacjentów podejrzanych lub chorujących na chorobę zakaźną. Obowiązki powierzone ZKZS, przez Dyrektora w drodze zarządzenia, były zgodne z wymogami art. 11 ust. 2 ustawy o zwalczaniu zakażeń. KKZS nie zgłosił uwag i opinii do treści tego zarządzenia.

(dowód: akta kontroli str. 69, 460-465)

2.1.2. Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych, zgodnie z § 15 ust. 2 pkt 1 ww. ustawy, opracował, aktualizował i wdrożył system zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych. W badanym okresie zostały opracowane procedury zapobiegające zakażeniom szpitalnym, w tym m.in. mające na celu: zniszczenie drobnoustrojów na skórze, błonach śluzowych i ranach oraz dążenie do jałowości pomieszczeń, narzędzi, materiałów opatrunkowych i odzieży. Nadzór nad przestrzeganiem tych procedur prowadził Zespół w ramach kontroli wewnętrznych. W Szpitalu obowiązywały łącznie 42 procedury i algorytmy postępowania dotyczące nadzorowania stanu sanitarno-epidemiologicznego. Wszystkie były wprowadzone zarządzeniami Dyrektora Szpitala.

---

[10] Dz. U. z 2016 r. poz. 849 ze zm.

[11] P-6.4-01-05 z dnia 12 grudnia 2103 r. wprowadzona zarządzeniem Nr 63/2013.

(dowód: akta kontroli str. 421-458, 460-465)

2.1.3. W Szpitalu opracowano instrukcje czyszczenia, mycia, dezynfekcji sprzętu i powierzchni, stosowanych środków dezynfekcyjnych oraz bezpiecznego transportu odpadów medycznych i zapoznano z nimi osoby pracujące przy tych czynnościach. W latach 2016 – 2017 sterylizację sprzętu wykonywała w Szpitalu, Centralna Sterylizatornia.

(dowód: akta kontroli str. 421-458)

2.1.4. Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych, realizując nałożone na niego zadanie określone w art. 15 ust. 2 pkt 2 ustawy o zwalczaniu zakażeń, przeprowadzał w latach 2016 – 2017 (I półrocze) kontrole wewnętrzne dotyczące realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych[12]. Zakres planowanych kontroli wewnętrznych wykonywanych przez ZKZS obejmował m.in. realizację procedur redukujących ryzyko zakażenia w tym, higieny rąk, stosowanie preparatów dezynfekcyjnych, środków ochrony osobistej, postępowanie z odpadami, postępowanie w przypadku powierzchni skażonej czynnikiem biologicznym, dezynfekcji skóry przed wkłuciem, pobraniem krwi z żyły, postępowanie ze sprzętem i narzędziami po użyciu, postępowanie z brudną bielizną, stosowanie izolacji, ocenę ryzyka zakażenia, realizację wytycznych WSSE w Warszawie z 18 października 2016 r. dotyczących postępowania w przypadku stwierdzenia zakażenia/identyfikacji Klebsiella pneumoniae NDM, ocenę realizacji postępowania w ognisku epidemicznym, ocenę realizacji procedury izolacji, ocenę sytuacji epidemiologicznej, ocenę realizacji usług pralniczych, obieg brudnej i czystej pościeli, a także realizację procedury profilaktyki okołozabiegowej. Protokoły z kontroli przekazywane były Dyrekcji Szpitala oraz omawiano je na zebraniach KKZS. Zespół monitorował również średnie zużycie środków dezynfekcyjnych na bazie alkoholu w przeliczeniu na jedno łóżko szpitalne, które w poszczególnych latach 2015 – 2017 (I półrocze) wynosiło odpowiednio: 8,3 l, 12,8 l i 18,4 l[13].

(dowód: akta kontroli str. 460-485 557-559 650-711)

2.1.5. W latach 2016 – 2017 (I półrocze) ZKZS sporządzał półroczne i roczne raporty o zakażeniach szpitalnych i drobnoustrojach alarmowych, obejmujące wykaz zakażeń szpitalnych oraz biologicznych czynników chorobotwórczych (alarmowych) w poszczególnych jednostkach organizacyjnych Szpitala, w tym analizę wskaźnika lekoopornych czynników alarmowych. Do raportu rocznego za 2016 r. załączono analizę zakażeń miejsca operowanego. Raporty te, po zatwierdzeniu przez Przewodniczącego ZKZS, przekazywane były Dyrektorowi.

(dowód: akta kontroli str.650-711)

2.1.6. W latach 2016 – 2017 (I półrocze) Szpital prowadził szkolenia swoich pracowników w zakresie profilaktyki zakażeń szpitalnych. Organizowano je na podstawie rocznych planów szkoleń sporządzanych przez pielęgniarkę epidemiologiczną i zatwierdzanych przez Dyrektora. W badanym okresie, przeprowadzono ogółem 62 takie szkolenia (43 w 2016 r. i 19 w I połowie 2017 r.), w których uczestniczyło 1.022 osoby ze wszystkich jednostek organizacyjnych Szpitala.

(dowód: akta kontroli str.463-465)

2.1.7. ZKZS szkolił z zakresu zakażeń wszystkich nowo przyjętych do pracy w Szpitalu Pracowników. Szkolenia obejmowały m.in. przestrzeganie obowiązujących procedur dotyczących higieny rąk, postępowania z odpadami, źródła i rodzaje zakażeń szpitalnych. Odbycie szkolenia potwierdzone było na liście szkoleń i karcie obiegowej.

(dowód: akta kontroli str. 462-465)

2.1.8. W latach 2016 – 2017 (do 30 września) ZKZS przeprowadził łącznie 155 konsultacji osób, u których stwierdzono zakażenie (odpowiednio w poszczególnych latach – 80 i 75). Konsultacje dotyczyły wyhodowania szczepów drobnoustrojów lekoopornych, zasadności izolacji oraz zasad postępowania w przypadku zakażenia. Tym samym ZKZS realizował zadania określone w art. 15 ust. 2 pkt 4 ustawy o zwalczaniu zakażeń.

---

[12] Przeprowadzono 27 kontroli w 2016 r. i 39 w 2017 r.

[13] Wg wskaźnika WHO w litrach/ 1000 osobodni.

(dowód: akta kontroli str. 462-465)

2.1.9. Posiedzenia ZKZS odbywały się nie rzadziej niż raz w miesiącu. Wyznaczoną stałą porą spotkań były poniedziałki o godz.13^{00}. Dodatkowe spotkania były uzależnione od sytuacji epidemiologicznej. W spotkaniach ZKZS uczestniczył diagnosta laboratoryjny z Zakładu Bakteriologii. Udział w spotkaniach potwierdzano podpisem. W 2016 r. Zespół odbył 36 spotkań i 45 w 2017 r.

(dowód: akta kontroli str. 462-465)

2.1.10. W latach 2016 – 2017 (do 30 września) KKZS realizował zadania określone w art. 15 ust. 4 ustawy, tj. opracowywał kierunki systemu zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych, dokonywał ocen wyników kontroli wewnętrznej przedstawianych przez ZKZS oraz podejmował działania w zakresie aktualizacji standardów farmakoprofilaktyki i farmakoterapii zakażeń i chorób zakaźnych w Szpitalu. Spotkania KKZS, w okresie od stycznia 2016 r. do końca września 2017 r., odbyły się trzykrotnie, raz w każdym półroczu.

(dowód: akta kontroli str.567-570)

2.1.11. W Szpitalu, zarządzeniem Dyrektora Nr 19 z dnia 18 marca 2016 r., powołano Zespół ds. farmakoterapii, którego Przewodniczącym został lekarz wchodzący w skład KKZS i jednocześnie wykonujący obowiązki lekarza medycyny pracy. Do głównych zadań Zespołu należało m.in. przegląd i ocena istniejących i funkcjonujących w Szpitalu instrukcji, formularzy leczenia i pielęgnowania w zakresie farmakoterapii, opracowanie i nadzór nad Receptariuszem Szpitalnym, bieżąca ocena szpitalnej listy antybiotyków oraz wskazań do ich stosowania, a także konsultacje pacjentów w zakresie właściwego stosowania antybiotyków.

Zarządzeniem Dyrektora Szpitala Nr 30 z dnia 29 marca 2017 r. został powołany także Zespół ds. antybiotykoterapii, w skład którego powołano m.in. osoby będące jednocześnie członkami KKZS i ZKZS, w tym jego przewodnicząca oraz kierownika Apteki Szpitalnej, kierownika Zakładu Bakteriologii, konsultanta Szpitala ds. mikrobiologii. Do zadań tego Zespołu należało m in. opracowanie szpitalnej listy antybiotyków oraz wskazań do ich stosowania, opracowanie propozycji wytycznych dotyczących diagnostyki i leczenia zakażeń w szpitalu, bieżąca ocena szpitalnej listy antybiotyków, analiza i opiniowanie wniosków o wprowadzenie nowych antybiotyków do receptariusza, opracowanie i monitorowanie zasad antybiotykowej profilaktyki okołooperacyjnej, konsultacje pacjentów w zakresie właściwego stosowania antybiotyków, organizacja lub przeprowadzania szkoleń dla lekarzy w zakresie racjonalnej antybiotykoterapii.

(dowód: akta kontroli str. 567-570)

Uwaga dotycząca kontrolowanej działalności

Zgodne z art. 14 ust. 1 pkt 3e ustawy o zwalczaniu zakażeń, kierownik podmiotu leczniczego zobowiązany jest do organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych, w sposób zapewniający ograniczenie narastania lekooporności biologicznych czynników chorobotwórczych w wyniku niewłaściwego stosowania profilaktyki i terapii antybiotykowej. Ustalenia NIK wskazują, że wszystkie leki były zamawiane przez oddziały szpitalne na podstawie receptariuszy bez wskazania pacjenta. Apteka Szpitalna nie posiadała wiedzy, co dzieje się z lekiem po jego wydaniu.

Konsultant ds. zakażeń szpitalnych i polityki antybiotykowej w Szpitalu[14] wyjaśnił, że zcentralizowanie dystrybucji antybiotyków przez Aptekę Szpitalną na konkretnych pacjentów pozwoliłoby na bieżący monitoring rozdysponowanych dawek na oddziały, a tym samym, redukcję błędów i nadużywania antybiotyków.

Dyrektor ds. medycznych stwierdził, że aktualnie stosowane jest monitorowanie retrospektywne, ilościowe stosowania antybiotyków w oddziałach szpitalnych, jakie grupy antybiotykowe są stosowane, jakie są trendy i czy interwencje przyniosły spodziewane zmiany zużycia antybiotyków, a także porównywanie z innymi ośrodkami o tym samym profilu pacjentów. Aktualnie rozważamy wdrożenie elektronicznego monitorowania

[14] W Audycie z dnia 28 maja 2017 r. wskazał na uporządkowanie profilaktyki antybiotykowej w powiązaniu z premedykacją na oddziale Ortopedii.

dystrybucji antybiotyków w oddziałach szpitalnych, z możliwością zlecania antybiotyków bezpośrednio na pacjenta.

W ocenie NIK zasadne jest zbieranie informacji o ordynacji i zużyciu antybiotyków, z uwzględnieniem poszczególnych pacjentów, w celu przeciwdziałania ich nieuzasadnionemu podawaniu i powstawaniu lekooporności.

(dowód: akta kontroli str. 583-599)

2.2. Realizacja świadczeń w zakresie badań mikrobiologicznych.

Opis stanu faktycznego

2.2.1. W latach 2015 – 2017 (I półrocze) w Szpitalu wykryto łącznie 558 przypadków zakażeń szpitalnych, w tym: 214 w 2015 r., 199 w 2016 r. i 145 w I półroczu 2017 r. W przypadku wszystkich zakażeń wykonano badania mikrobiologiczne (100%).

Wykryte zakażenia dotyczyły:

- zakażenia miejsca operowanego (8,4%) – 47 przypadków, w tym 13 na OIOM, jeden na oddziałach zachowawczych i 33 – na zabiegowych),
- zakażenia układu moczowego (12,2%) – 68, w tym 25 na OIOM, 35 na oddziałach zachowawczych, 7 na oddziałach zabiegowych oraz jeden na Oddziale Neonatologicznym,
- zapalenia płuc (3,9%) – 22, w tym odpowiednio: 3, 18, jeden i zero,
- sepsa (16,8%) – 94, w tym odpowiednio: 51, 39, 3 i jeden,
- zakażenie układu pokarmowego (31,2%), w tym odpowiednio: osiem, 117, 38, 11,
- pozostałe zakażenia (26,5%) - 148, w tym odpowiednio: 90, 39, i 19.

(dowód: akta kontroli str. 580, 651-711)

2.2.2. W latach 2015 – 2016 lekarze nie stwierdził, aby zakażenie szpitalne było bezpośrednią przyczyną śmierci pacjenta w Szpitalu.

(dowód: akta kontroli str.149-198, 499-510)

2.2.3. W latach 2016 – 2017 (I półrocze) ZKZS, co pół roku, otrzymywał z laboratorium mikrobiologicznego tzw. mapę mikrobiologiczną, zawierającą m.in. liczbę pacjentów, u których zidentyfikowano wybrane mikroorganizmy, rodzaje materiałów, z których wykonano badanie (tj. np. wymaz z gardła, z rany, nosa, krew, ropa, moczu), liczbę wykonanych badań, łączną liczbę identyfikacji w danym oddziale szpitalnym, w tym w podziale na wybrane mikroorganizmy.

(dowód: akta kontroli str. 562-564)

2.2.4. Zakład Bakteriologii codziennie telefonicznie przekazywał informacje dotyczące wyhodowanych patogenów alarmowych pielęgniarce epidemiologicznej, która miała wgląd na bieżąco do wszystkich badań mikrobiologicznych. W okresach półrocznych były przygotowywane raporty dotyczące epidemiologii i lekowrażliwości bakterii chorobotwórczych. Diagnosta laboratoryjny, pełniąc dyżur medyczny, telefonicznie informował lekarza dyżurnego o wychodowanych drobnoustrojach z jałowych miejsc ciała np. z posiewu krwi, drobnoustrojach wytwarzających nabyte mechanizmy oporności z materiałów istotnych klinicznie oraz o wyhodowaniach pałeczek G (-) wytwarzających nabyte karbapenemazy np. MBL, KPC zarówno z materiałów istotnych klinicznie jak też z wymazów z odbytu (kolonizacja).

Do dnia 30 września 2017 r. zgłoszenie dodatniego wyniku badania w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych na formularzu ZLB-1 było przekazywane telefonicznie do PPIS w Ciechanowie, a następnie w formie papierowej za pośrednictwem Kancelarii Szpitala. Dopiero od 1 października 2017 r. jest przekazywane drogą elektroniczną. W Zakładzie Bakteriologii był prowadzony w formie papierowej rejestr, w którym odnotowywane są następujące informacje: imię, nazwisko, PESEL, czynnik etiologiczny, oddział, data wypełnienia formularza i przekazania do Kancelarii Szpitala. Liczba pozycji w rejestrze wynosiła: 465 w 2015 r., 455 w 2016 r. i 632 (do dnia 9 listopada 2017 r.).

(dowód: akta kontroli str. 562-564)

2.3. Prowadzenie rejestru zakażeń szpitalnych.

2.3.1. W latach 2016 – 2017 (I półrocze) Szpital prowadził, zgodnie z art. 14 ust. 2 ustawy, rejestr zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych. Prowadzeniem tego rejestru zajmowała się pielęgniarka epidemiologiczna. Rejestr składał się ze zbioru kart zgłoszenia zakażenia, zawierających m.in. informacje określone w art. 14 pkt 5 ustawy, tj. imię i nazwisko pacjenta, jego datę urodzenia, numer PESEL, określenie płci, adres zamieszkania, rozpoznanie kliniczne zakażenia szpitalnego lub czynnika alarmowego wraz z charakterystyką podstawowych objawów klinicznych, czynnika chorobotwórczego oraz okoliczności związanych z założeniem karty, a także informacje niezbędne do sprawowania nadzoru epidemiologicznego. Dodatkowo, w komputerowej bazie danych prowadzony był wykaz kart, do którego mają dostęp tylko koordynator i pielęgniarka epidemiologiczna. W 2015 r. w wykazie było 674 karty, w tym 266 kart zakażeń wewnętrznych i 207 zakażeń zewnętrznych, w 2016 łącznie 1.251 kart, tym 195 zakażeń wewnętrznych i 238 zewnętrznych, a w 2017 r. (I połowa) – 1.257 kart, w tym 144 karty zakażeń wewnętrznych oraz 343 karty zakażenia zewnętrznego. Kopia karty trafiała do historii choroby pacjenta. Wykaz zawierał także „karty rejestracyjne czynnika alarmowego". Prowadzony wykaz miał charakter pomocniczy w wyszukiwaniu kart i opracowywaniu danych statystycznych.

(dowód: akta kontroli str. 486-489)

2.3.2. Analiza 60 losowo wybranych indywidualnych kart rejestracji zakażenia szpitalnego, sporządzonych w latach 2015 – 2017 (do 30 września), tj. 1,9% kart z tego okresu, wykazała m.in., że:

- wypełniono je w formie elektronicznej, na obowiązującym w Szpitalu formularzu,
- zawierały informacje określone w art. 14 ust. 5 ustawy o zwalczaniu zakażeń, w tym dane pacjenta,
- posiadały m.in. zapisy o dacie przyjęcia pacjenta do Szpitala oraz o dacie jego wypisu lub zgonu, informacje o czynnikach ryzyka i postaci klinicznej zakażenia,
- zostały wypełnione przez lekarza prowadzącego pacjenta na oddziale.

(dowód: akta kontroli str.490-493)

Ustalone nieprawidłowości

Indywidualne karty rejestracji zakażenia szpitalnego nie były sporządzane w pełni rzetelnie, bowiem:

- w sześciu kartach (10%) nie zostały opisane czynniki ryzyka,
- w siedmiu kartach (11,6%) nie została opisana postać kliniczna zakażenia,
- w jednej karcie (1,6%) nie zostało opisane rozpoznanie zakażenia,
- w jednej karcie (1,6%) nie zostało odnotowane wykonanie badania mikrobiologicznego,
- w 28 kartach (46,7 %) nie zostało opisane stosowanie antybiotykoterapii,
- w jednej karcie (1,6%) nie było daty i podpisu lekarza prowadzącego,
- w 17 kartach (28,3%) nie podano daty pierwszych objawów,
- w jednej karcie (1,6%) nie było daty wykonania badania mikrobiologicznego,
- w 7 kartach (11,7 %) brak daty wystawienia karty przez lekarza prowadzącego,
- w 13 kartach (21,7 %) stwierdzono wystawienie karty przez lekarza prowadzącego, z opóźnieniem wynoszącym od 8 do 67 dni, licząc od daty wyniku badania mikrobiologicznego do wystawienia karty (podpisu przez lekarza prowadzące).

(dowód: akta kontroli str.490-494)

Przewodnicząca ZKZS wyjaśniając przyczynę zaakceptowania nierzetelnie wypełnionych kart stwierdziła, że 31 kart dotyczyło pacjentów w ciężkim stanie klinicznym, nieprzytomnych w związku z czym brak było możliwości zebrania wywiadu i określenia czynników ryzyka oraz brak możliwości podania daty pierwszych objawów zachorowania. Ponadto dodała, że *karty rejestracji zakażenia szpitalnego są przeze mnie oglądane i zatwierdzane nie na bieżąco, ze względu na system pracy obowiązujący w szpitalu i pełnienie przeze mnie obowiązków starszego asystenta Oddziału Wewnętrznego. Odnotowanie w karcie rejestracji zakażenia szpitalnego stosowanych antybiotyków nie ma wpływu na leczenie i użycie antybiotyków.*

(dowód: akta kontroli str. 495-497)

Zdaniem NIK, karty rejestracji podejrzenia zakażenia, spełniają rolę dokumentów źródłowych rejestru zakażeń szpitalnych. Karty zawierające tylko szczątkowe dane, przekazywane ze znacznym opóźnieniem dochodzącym do dwóch miesięcy od rozpoznania zakażenia, uniemożliwiają rzetelną ocenę sytuacji epidemicznej w zakresie zakażeń szpitalnych.

Ponadto, udokumentowane w kartach rejestracyjnych zakażenia szpitalnego dwa przypadki oznaczone cyfrą 310 pacjenta hospitalizowanego w Oddziale Wewnętrznym oraz oznaczone cyfrą 1066 pacjenta hospitalizowanego w Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii, opisane zostały przez lekarza jako zgony z powodu zakażenia szpitalnego. Zgony te, nie zostały wykazane w rocznym Sprawozdaniu o działalności szpitala ogólnego MZ – 29 za 2016 r. mimo, że Szpital zobowiązany był do ich wykazania.

Dopiero wnikliwa analiza całej dokumentacji medycznej pacjentów, przeprowadzona przez kierownictwo Szpitala podczas kontroli NIK, wykazała, że w obu przypadkach zakażenie nie było przyczyną zgonu.

Ujawnienie tych przypadków podczas kontroli wskazuje, że lekarze nie przykładali wagi do tworzenia dokumentów źródłowych, popełniając błędy przy kwalifikacji zakażenia.

(dowód: akta kontroli str.499-510)

Opis stanu faktycznego

2.3.3. Zgodnie art. 14 ust. 1 pkt 2 ustawy o zwalczaniu zakażeń, zobowiązującym do wdrożenia i zapewnienia funkcjonowania systemu zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych, obejmującego m.in. ocenę ryzyka występowania zakażeń szpitalnych dnia 13 grudnia 2016 r. wprowadzono procedurę P-6.4-01-23 „Monitorowanie przypadków/podejrzeń zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych". Podczas przyjmowania pacjenta do Szpitala kartę wypełnia pielęgniarka SOR, a jeśli w chwili przyjęcia jest utrudniony kontakt z pacjentem pielęgniarka oddziału. Na podstawie zebranych danych pielęgniarka kwalifikuje pacjenta do grupy ryzyka wystąpienia zakażenia. W latach 2015 – 2017 (I półrocze) do Szpitala przyjęto ogółem 77.324 pacjentów, w tym: 32.052 w 2015 r., 30.075 w 2016 r. i 15.197 w I półroczu 2017 r. W tym okresie, zakażenie szpitalne stwierdzono u 558 pacjentów, tj. 0,72% przyjętych do Szpitala.

(dowód: akta kontroli str. 511—512, 580)

Ustalone nieprawidłowości

Poddano weryfikacji 100 historii chorób pacjentów przyjętych do oddziałów szpitalnych w I połowie listopada 2017 r. Stwierdzono, że każda historia choroby zawierała kartę oceny ryzyka wystąpienia zakażenia, natomiast w 15 przypadkach nie określono w niej grupy ryzyka, co było niezgodne z art. 14 ust. 1 pkt 2 ustawy o zwalczaniu zakażeń.

(dowód: akta kontroli str. 513-521)

Dyrektor wyjaśnił, że nieokreślenie grupy ryzyka w Karcie Oceny Ryzyka Zakażenia wynika z niestaranności w prowadzeniu zapisów w dokumentacji przez personel pielęgniarski i z chwilą stwierdzenia tego faktu, Z-ca Dyrektora ds. Pielęgniarstwa ustnie pouczyła personel pielęgniarski SOR o konieczności i obowiązku skrupulatnego przestrzegania procedury. Dodał, że Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych przeprowadził kontrole wewnętrzne dotyczące realizacji tej procedury. Za I półrocze 2016 r. odnotowano 22,3% kart wypełnionych częściowo, natomiast za II półrocze 2016 r. odnotowano 11,6% kart wypełnionych częściowo.

W ocenie NIK, pomimo przekazania raportów Dyrekcji Szpitala, nieprawidłowość ta nadal może występować. Z ustaleń kontroli wynika, że Pielęgniarka epidemiologiczna nie posiada w zakresie swoich praw wnioskowania do Dyrektora o ukaranie odpowiedzialnych pracowników za rażące zaniedbania w stosowaniu procedur zapobiegających występowaniu zakażeń szpitalnych. Nadanie tego rodzaju uprawnień zalecił Zespół ds. Zakażeń Szpitalnych przy Biurze Naczelnej Pielęgniarki Kraju w 1996 r. Zdaniem NIK, posiadanie takiego prawa znacząco wzmocni skuteczność realizowanego nadzoru.

(dowód: akta kontroli str. 513-521)

2.4. Monitorowanie i raportowanie zakażeń szpitalnych.

Opis stanu faktycznego

2.4.1. W latach 2015 – 2017 (I półrocze) wskaźnik zachorowalności w Szpitalu w poszczególnych latach wynosił odpowiednio: 1,26, 1,23, 3,45[15].

Wskaźnik zachorowalności w oddziałach Szpitala przedstawiał się następująco:

- Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii – odpowiednio: 48,3, 48,6, 43,6;
- Oddziały Zachowawcze – odpowiednio: 1,8, 1,8, 5,7;
- Oddziały Zabiegowe – odpowiednio: 0,4, 0,4, 0,8;
- Oddział Noworodkowy – odpowiednio: 0,8, 0,4, 1,5.

(dowód: akta kontroli str. 555, 793)

2.4.2. W latach 2015 – 2017 (I półrocze) w Szpitalu stwierdzono łącznie 336 przypadków wyizolowania patogenów alarmowych[16], w tym 164 w 2015 r., 97 w 2016 r. i 100 w I półroczu 2017 r., tj. w 60,2% wszystkich przypadków zakażeń szpitalnych w badanym okresie. W 114 przypadkach były to szczepy chorobotwórcze laseczki beztlenowej Clostridium difficile oraz wytwarzane przez nie toksyny A i B (odpowiednio: 60, 11 i 43), w 96 przypadkach - biologiczne czynniki chorobotwórcze izolowane z krwi lub płynu mózgowo-rdzeniowego odpowiedzialne za uogólnione lub inwazyjne zakażenia (30, 48 i 18), w 52 przypadkach – pałeczki Gram-ujemne Enterobacteriaceae wytwarzające beta-laktamazy o rozszerzonym spektrum substratowym lub oporne na karbapenemy, lub inne dwie grupy leków lub polimyksyny (odpowiednio: 24, 19 i 9), w 34 – rotawirus (16, 4 i 14), w 10 przypadkach gronkowiec złocisty (Staphylococcus aureus) oporny na metycylinę (MRSA) lub glikopeptydy (VISA lub VRSA) lub oksazolidynony (odpowiednio (4, 4 i 2) w siedmiu – wirus syncytialny (odpowiednio: 0, 0 i 7); w pięciu przypadkach - grzyby Aspergillus (odpowiednio 4, 1 i 0); a także w jednym – dwoinka zapalenia płuc Streptococcus pneumoniae oporna na cefalosporyny III generacji lub penicylinę (2016 r.) i grzyby Candida oporne na flukonazol lub inne leki z grupy azoli lub kandyn (2016).

(dowód: akta kontroli str.565, 794)

2.4.3. W latach 2016 – 2017 (I półrocze) Szpital dokonywał zgłoszeń, o których mowa w art. 27 ust. 1 ustawy o zwalczaniu zakażeń, przekazując PPIS informacje o podejrzeniu lub rozpoznaniu choroby zakaźnej lub zgonu z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej. Sposób powiadomienia został opisanymi w części 2.2.4. niniejszego wystąpienia. W latach 2016 – 2017 (I półrocze) w Szpitalu wystąpiło osiem ognisk epidemicznych (ognisk zakażenia szpitalnego[17]), z czego:

- cztery ogniska w 2016 r., w tym trzy wywołane przez Klebsiella pneumoniae MBL+[18] na oddziałach: Neurologicznym, Chirurgii Ogólnej i Wewnętrznym oraz jedno wywołane pałeczkami Salmonella infantis na Oddziale Neonatologicznym;
- cztery ogniska w I półroczu 2017 r., w tym trzy wywołane przez Klebsiella pneumoniae MBL+ na oddziałach: Neurologicznym, Chirurgii Ogólnej i Wewnętrznym oraz jedno wywołane przez Clostridium diffiicile na Oddziale Chirurgii Ogólnej.

(dowód: akta kontroli str. 650-711)

2.4.4. W latach 2015 – 2017 (I półrocze) w Oddziałach zabiegowych Szpitala operowano łącznie 10.619 pacjentów, w tym 3.727 w 2015 r., 4.569 w 2016 r. i 2.323 w I półroczu 2017 r. Antybiotyk przed operacją podano 7.210 pacjentom, (tj. 67,9%), w tym: 2.292 pacjentom w 2015 r., (tj. 61,5%), 3.222 w 2016 r., (tj. 70,5%) i 1.696 w I półroczu 2017 r., (tj. 73,0%). Wśród pacjentów, którym podano antybiotyk, do zakażenia szpitalnego doszło łącznie u 60 pacjentów, (tj. 0,8%), w tym: 18 w 2015 r. (tj. 0,8%), 21 2016 r. (tj. 0,6%) i 21 w I półroczu 2017 r. (tj. 1,2%), natomiast wśród operowanych pacjentów, którym nie podano

---

[15] Zachorowalność = zapadalność (ang. incidence) oznacza liczbę nowych przypadków zachorowań w określonym przedziale czasu w badanej populacji.

[16] Wyszczególnionych w Załączniku nr 1 do rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2011 r. w sprawie listy czynników alarmowych, rejestrów zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych oraz raportów o bieżącej sytuacji epidemiologicznej szpitala (Dz. U. Nr 294, poz.1741).

[17] Wystąpienie co najmniej dwóch epidemiologicznie powiązanych przypadków zachorowań, w których czynnikiem etiologicznym jest taki sam drobnoustrój o identycznym lub podobnym profilu oporności lub identycznym profilu genetycznym.

[18] Biologiczny czynnik chorobotwórczy.

profilaktycznie antybiotyku do takich zakażeń doszło łącznie u 28 pacjentów (tj. 0,8%), w tym: u 3 pacjentów w 2015 r. (0,2%), u 12 w 2016 r. (tj. 0,8%) i 13 pacjentów w I półroczu 2017 r. (tj. 1,2%).

W badanym okresie w Szpitalu nie podawano pacjentom antybiotyku podczas znieczulenia anestezjologicznego.

(dowód: akta kontroli str. 589-595)

2.4.5. W latach 2015 – 2017 (I półrocze) w Szpitalu zdiagnozowano 96 przypadków sepsy (posocznicy), z tego 30 w 2015 r., 48 w 2016 r. i 18 w I połowie 2017 r. W latach 2016 - 2017 (I półrocze) zmarło 6 pacjentów, u których wyjściową przyczyną zgonu była posocznica (według kodu ICD-10 A41.5 i A41.8), tj. jeden przypadek w 2016 r. i pięć w 2017 r. Pacjenci mieli założone karty rejestracji zakażenia szpitalnego podczas leczenia.

(dowód: akta kontroli str. 555)

3. Realizacja zaleceń i wniosków pokontrolnych państwowej inspekcji sanitarnej

Opis stanu faktycznego

W latach 2016-2017 (I półrocze) w Szpitalu PPIS przeprowadziła łącznie 54[19] kontrole, które dotyczyły spełniania wymogów rozporządzenia w sprawie wymagań dla pomieszczeń i urządzeń, a także realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych, o których mowa w art. 13 ustawy o zwalczaniu zakażeń. W związku z wystąpieniem ośmiu ognisk epidemicznych PPIS przeprowadził w Szpitalu 10 kontroli doraźnych obejmujących m.in. sprawdzenie stanu sanitarno-higienicznego w oddziałach szpitalnych oraz przestrzegania przez personel obowiązujących procedur w zakresie ochrony pacjentów przed przenoszeniem się zakażeń wewnątrzzakładowych. W pięciu kontrolach stwierdzono ogółem 14 nieprawidłowości i wydano 14 zaleceń pokontrolnych. W przypadku pozostałych pięciu kontroli nie stwierdzono nieprawidłowości, ale w przypadku kontroli doraźnej, w związku z wystąpieniem ogniska zakażenia szpitalnego wywołanego Clostridium difficile w Oddziale Chirurgii Ogólnej, wydano dwa zalecenia, które zostały wykonane.

PPIS w Ciechanowie wydał sześć decyzji administracyjnych nakazujących usunięcie, w ustalonym terminie, stwierdzonych nieprawidłowości. W drodze decyzji nakazano m.in. natychmiastowe zamknięcie Oddziału Neonatologicznego i Położniczo-Ginekologicznego, w tym zaprzestanie przyjmowania nowych pacjentów i wstrzymanie ruchu wewnątrz oddziałów oraz natychmiastowe odsunięcie od pracy trzech członków personelu Oddziału Neonatologicznego, u których stwierdzono bezobjawowe nosicielstwo pałeczek Salmonella. Pozostałe decyzje dotyczyły usunięcia w określonym terminie stwierdzonych nieprawidłowości.

Łącznie PPIS, w kontrolowanym okresie, wydał 18 decyzji, które miały skutki finansowe, w tym 11 w 2016 r. i 7 w 2017 r. na kwotę 2.197,86 zł. W 2016 r. – 1.485,26 zł a w 2017 r. - 386,60 zł.

W wyniku przeprowadzenia sześciu kontroli sprawdzających stwierdzono wykonanie przez Szpital nakazów zawartych w decyzjach administracyjnych i zaleceń pokontrolnych.

Do czasu zakończenia kontroli Szpital był w trakcie wykonywania jednego zalecenia pokontrolnego PPIS z kontroli przeprowadzonej w styczniu 2016 r.[20]

(dowód: akta kontroli str.530-550)

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

Opis stanu faktycznego

4.1. Szacunkowe koszty[21] poniesione przez Szpital w latach 2015 – 2017 (I półrocze) w związku z przedłużeniem hospitalizacji z powodu zakażeń szpitalnych wyniosły ogółem:

---

[19] 33 w 2016 r. i 21 w 2017 r.

[20] Decyzja EPN-3/09/Z/III, zalecenie – zapewnić pracownikom odpowiednie pomieszczenia do spożywania posiłków.

[21] Wyliczone przez Szpital.

3.288,4 tys. zł w 2015 r., 4.407,2 tys. zł w 2016 r. i 2.677,81 tys. zł w I półroczu 2017 r. Przeciętne wydłużenie hospitalizacji zakażonego pacjenta wyniosło w poszczególnych latach odpowiednio: 7, 9 i 5 dni.

(dowód: akta kontroli str. 555)

4.2. W latach 2015 – 2017 (I półrocze) koszty ogółem Szpitala wyniosły 326.697,7tys. zł, w tym: 125.080,9 tys. zł w 2015 r., 133.281,6 tys. zł w 2016 r. i 68.335,1 tys. zł w I półroczu 2017 r.

Koszty związane z funkcjonowaniem systemu zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych wyniosły ogółem 21.814,2 tys. zł, (w tym: 8.513,9 tys. zł w 2015 r., 9.048,2 tys. zł w 2016 r., 4.251,9 tys. zł w I półroczu 2017 r.), tym:

- 5.348,2 tys. zł – koszty zużycia sprzętu jednorazowego użytku (odpowiednio: 2.906,2 tys. zł, 3.227,4 tys. zł, 2.120,8 tys. zł),
- 2.168,6 tys. zł – koszty sterylizacji i dekontaminacji (1.770,1 tys. zł, 1.439,6 tys. zł i 728,9 tys. zł),
- 1.138,7 tys. zł – koszty zużycia antybiotyków (912,1 tys. zł, 741,1 tys. zł i 397,7 tys. zł),
- 8.981,3 tys. zł – koszty utrzymania czystości i dezynfekcji powierzchni szpitalnych (5.072,9 tys. zł, 5.777,5 tys. zł, 3.203.8 tys. zł),
- 765,6 tys. zł – koszty prania (473,0 tys. zł, 514,4 tys. zł i 251,2 tys. zł),
- 1.215,2 tys. zł – koszty badań mikrobiologicznych (772,9 tys. zł, 810,2 tys. zł i 404,9 tys. zł),
- 157,8 tys. zł – koszty utylizacji odpadów medycznych (99,7 tys. zł, 103,9 tys. zł i 53,1 tys. zł),
- 1.498,9 tys. zł – koszty osobowe zatrudnienia personelu zajmującego się zwalczaniem zakażeń szpitalnych (865.2 tys. zł, 995,9 tys. zł i 503,0 tys. zł).

(dowód: akta kontroli str.555, 795)

Udział kosztów funkcjonowania systemu zwalczania zakażeń szpitalnych w kosztach ogółem wyniósł w latach 2015 – 2017 (I półrocze) 6,68%, a w poszczególnych latach wskaźnik ten wyniósł: 6,81% w 2015 r., 6,79% w 2016 r. (7,03% w I półroczu), 6,22% w I półroczu 2017 r.. Koszty funkcjonowania systemu zwalczania zakażeń szpitalnych stanowiły w 2015 r. 11,13% przychodów z tytułu wykonania świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, 11,64% w 2016 r. (w I półroczu 12,19%), a 11,55% w I półroczu 2017 r. W latach 2015-2017 (I półrocze) wskaźnik ten wyniósł 11,42%.

(dowód: akta kontroli str.555, 795)

4.3. W latach 2016-2017 (I półrocze) prowadzone było przeciw Szpitalowi jedno postępowania sądowe z tytułu zakażeń szpitalnych. Kwota roszczenia 40 tys. zł. wraz z odsetkami za błąd medyczny. Aktualnie sprawa jest na etapie sporządzania opinii przez biegłego.

(dowód: akta kontroli str. 555)

IV. 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[22], wnosi o podjęcie działań mających na celu:

1) rozważenie nadania pielęgniarce epidemiologicznej uprawnień o wnioskowanie do Dyrektora o ukaranie odpowiedzialnych pracowników za rażące zaniedbania w stosowaniu procedur zapobiegających występowaniu zakażeń szpitalnych,

2) wyeliminowanie przypadków nierzetelnego wypełniania karty oceny ryzyka wystąpienia zakażenia u pacjentów przyjmowanych na hospitalizację,

3) uzupełnienie składu Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych o lekarza posiadającego wymaganą specjalizację,

[22] Dz. U. z 2017 r. poz. 524.

4) wyeliminowanie przypadków dopuszczenia do pracy osób wykonujących zawód medyczny bez obowiązkowych szczepień ochronnych przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B,

5) wdrożenie działań eliminujących nierzetelne i nieterminowe sporządzanie kart rejestracji zakażenia szpitalnego.

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 Delegatury NIK w Olsztynie.

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 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 11 grudnia 2017 r.

Najwyższa Izba Kontroli
Departament Zdrowia

Kontroler
Rafał Zyzik
Specjalista kontroli państwowej

.....
Podpis

Dyrektor
Piotr Wasilewski

.....
Podpis