



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Bydgoszczy

LBY. 410.016.01.2017

P/17/060

TEKST JEDNOLITY

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli	P/17/060 - Zakażenia w podmiotach leczniczych
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Bydgoszczy
Kontrolerzy	1. Andrzej Grzymysławski – specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LBY/153/2017 z 12 października 2017 r. 2. Jacek Kalas – główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LBY/154/2017 z 12 października 2017 r. 3. Marcin Mościcki – specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LBY/155/2017 z 12 października 2017 r. (dowód: akta kontroli str. 1-6)
Jednostka kontrolowana	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Radziejowie, 88-200 Radziejów, ul. Szpitalna 3 ¹
Kierownik jednostki kontrolowanej	Zbigniew Skonieczny – Dyrektor SPZOZ ² (dowód: akta kontroli str. 7)

II. Ocena kontrolowanej działalności³

Ocena

W ocenie Najwyższej Izby Kontroli system nadzoru i kontroli nad zakażeniami szpitalnymi w SPZOZ był nieefektywny. W okresie objętym kontrolą⁴, powołane przez Dyrektora zespół i komitet kontroli zakażeń szpitalnych nie podjęły realizacji powierzonych im obowiązków. Zespół w szczególności nie prowadził kontroli wewnętrznych dotyczących zakażeń i ordynacji antybiotykowej, nie weryfikował przekazywanych kart zakażenia szpitalnego, nie oceniał skuteczności wdrożonych procedur epidemiologicznych oraz nie analizował danych dotyczących zachorowalności, chorobowości i śmiertelności z powodu zakażeń szpitalnych.

NIK pozytywnie ocenia fakt, że SPZOZ posiadał wdrożone procedury zapobiegania zakażeniom. W Szpitalu zapewniono możliwość wykonywania badań laboratoryjnych w ciągu całej doby, a rejestr zakażeń szpitalnych był prowadzony na bieżąco i zawierał wymagane informacje.

¹ Dalej: „SPZOZ” lub „Szpital”.

² Dalej: „Dyrektor”.

³ 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.

⁴ Kontrolą objęto lata 2016–2017 (do czasu zakończenia kontroli), z uwzględnieniem okresów wcześniejszych, jeśli zdarzenia mające wówczas miejsce miały wpływ na kontrolowaną działalność.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Organizacja nadzoru nad zakażeniami

Opis stanu
faktycznego

1.1. Zarządzeniem Dyrektora⁵ w SPZOZ zostały powołane zespół kontroli zakażeń szpitalnych⁶ oraz komitet kontroli zakażeń szpitalnych⁷.

(dowód: akta kontroli str. 15-38)

1.2. Zgodnie z art. 15 ust. 1 pkt. 1-3 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi⁸, w skład Zespołu powołano: lekarza specjalistę (jako przewodniczącego), pielęgniarkę epidemiologiczną, położną epidemiologiczną oraz diagnostę - specjalistę mikrobiologii medycznej.

(dowód: akta kontroli str. 37-38)

1.3. Wchodzące w skład Zespołu pielęgniarka i położna były zatrudnione na podstawie umów o pracę w pełnym wymiarze czasu pracy, lekarz i diagnosta na podstawie umów cywilno-prawnych, w których określono zakres i miejsce świadczenia usług, a w przypadku umowy z lekarzem także dni i godziny świadczenia usług. W umowie zlecenia zawartej z diagnostą laboratoryjnym nie określono terminów realizacji zleconych usług i wymiaru czasu ich świadczenia.

(dowód: akta kontroli str. 42-53)

1.4. Zadania wchodzących w skład Zespołu: lekarza, pielęgniarki i położnej były łączone z innymi obowiązkami w Szpitalu. Dyrektor podał w wyjaśnieniach, że wynikało to z braku środków finansowych na zatrudnienie osób realizujących wyłącznie obowiązki członków zespołu oraz że system finansowania opieki zdrowotnej nie przewiduje możliwości pozyskania środków na realizację zadań członków Zespołu i Komitetu, w tym na finansowanie wynagrodzeń z tytułu pełnienia tych funkcji.

Przewodniczący Zespołu, podał w swoich wyjaśnieniach, że funkcja przewodniczącego Zespołu „(...) jest funkcją społeczną (bez wynagrodzenia)”.

(dowód: akta kontroli str. 11, 14, 42-65, 462-463)

1.5. Przewodniczący Zespołu posiadał: ponad trzyletnie doświadczenie w wykonywaniu zawodu lekarza w szpitalu oraz dwuletnie doświadczenie w pracy w zespole kontroli zakażeń szpitalnych, specjalizację w zakresie otolaryngologii i anesteziologii oraz tytuł specjalisty medycyny ratunkowej, ukończył⁹ kurs specjalistyczny dla lekarzy przewodniczących zespołów kontroli zakażeń szpitalnych i posiadał świadectwo jego ukończenia.

(dowód: akta kontroli str. 44-50, 81-86)

1.6. Pielęgniarka epidemiologiczna spełniała wymagania określone w § 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 maja 2010 r. w sprawie kwalifikacji członków zespołu kontroli zakażeń szpitalnych¹⁰, tj. posiadała wyższe wykształcenie

⁵ Zarządzenie nr 14/2015 Dyrektora Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Radziejowie z dnia 1 kwietnia 2015 r. w sprawie powołania zespołu i komitetu kontroli zakażeń szpitalnych, wdrożenia i zapewnienia funkcjonowania systemu zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych. Dalej: „zarządzenie w sprawie zakażeń”.

⁶ Dalej: „Zespół”.

⁷ Dalej: „Komitet”.

⁸ Dz. U. z 2016 r. poz. 1866, ze zm., dalej: „ustawa o zwalczaniu zakażeń”.

⁹ Przed 31 grudnia 2015 r.

¹⁰ Dz. U. z 2014 r. poz. 746; dalej: „rozporządzenie w sprawie kwalifikacji”.

w dziedzinie pielęgniarstwa, specjalizację w zakresie pielęgniarstwa epidemiologicznego oraz ponad trzyletnie doświadczenie w zawodzie pielęgniarki.

(dowód: akta kontroli str. 51, 70-76)

1.7. W składzie Zespołu zapewniono wymaganą liczbę pielęgniarek lub położnych epidemiologicznych, tj. nie mniejszą niż jedna na dwieście łóżek szpitalnych¹¹.

(dowód: akta kontroli str. 22, 30, 51-65, 445-461)

1.8. Specjalista diagnosta mikrobiologii spełniał wymagania określone w § 4 rozporządzenia w sprawie kwalifikacji, tj. posiadał specjalizację w dziedzinie mikrobiologii oraz co najmniej dwuletnie doświadczenie w zawodzie diagnosty laboratoryjnego w szpitalnym laboratorium mikrobiologicznym.

(dowód: akta kontroli str. 42-43, 66-69, 86)

1.9. Pielęgniarka epidemiologiczna podlegała bezpośrednio Zastępcy Dyrektora do spraw medycznych. Dyrektor podał w swoich wyjaśnieniach, że było to związane z posiadaniem wiedzy medycznej przez bezpośredniego przełożonego pielęgniarki epidemiologicznej¹².

(dowód: akta kontroli str. 12, 36, 57)

1.10. Określony w formie pisemnej zakres obowiązków i uprawnień pielęgniarki epidemiologicznej obejmował w szczególności: [1] nadzorowanie i monitorowanie stanu sanitarno-epidemiologicznego szpitala, [2] opracowywanie standardów i procedur w zakresie profilaktyki i zwalczania zakażeń szpitalnych, [3] prowadzenie szkolenia personelu, [4] prowadzenie dokumentacji zespołu kontroli zakażeń szpitalnych, [5] określanie zapotrzebowania na zakup środków związanych z profilaktyką zakażeń szpitalnych¹³.

(dowód: akta kontroli str. 54-59)

1.11. Stosownie do wymogu określonego w art. 15 ust. 3 ustawy o zwalczaniu zakażeń w skład Komitetu wchodził: Zastępca Dyrektora ds. medycznych (jako przedstawiciel Dyrektora), ordynatorzy oddziałów, kierownik apteki szpitalnej, przewodniczący oraz członkowie Zespołu, naczelną pielęgniarka, lekarz wykonujący zadania służby medycyny pracy oraz starszy sterylizator koordynujący.

(dowód: akta kontroli str. 37-38)

1.12. W Szpitalu zapewniono możliwość wykonywania badań laboratoryjnych w ciągu całej doby¹⁴. Materiał do badań z oddziałów szpitalnych mógł być przyjmowany przez całą dobę przez pracowników pracowni diagnostyki laboratoryjnej, pracujących w systemie zmianowym.

(dowód: akta kontroli str. 25-27, 42-43, 105-119)

1.13. W okresie objętym kontrolą wszyscy pracownicy Szpitala wykonujący czynności, w trakcie których dochodzi do kontaktu z materiałem biologicznym pochodzenia ludzkiego lub sprzętem skażonym tym materiałem, byli zaszczepieni

¹¹ Zgodnie z art. 15 ust. 1 pkt. 2 ustawy o zwalczaniu zakażeń. W okresie objętym kontrolą liczba łóżek w Szpitalu nie przekraczała 143.

¹² Dyrektor nie był lekarzem.

¹³ Por. „ramowy zakres czynności” opracowany w 1996 r. przez Zespół ds. Zakażeń Szpitalnych przy Biurze Naczelnej Pielęgniarki Kraju.

¹⁴ Stosownie do art. 14 ust. 1 pkt. 3 lit. c ustawy o zwalczaniu zakażeń oraz § 215 ust. 1 i 3 regulaminu organizacyjnego SPZOZ, w którym określono, że dział diagnostyki działa nieprzerwanie całorocznie, a diagnostyka laboratoryjna przyjmuje materiał do badań z oddziałów szpitalnych przez całą dobę.

przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B¹⁵. W latach 2016-2017¹⁶ żaden z pracowników nie korzystał z zapewnionej przez Szpital możliwości szczepień przeciw grypie¹⁷.

(dowód: akta kontroli str. 126-127)

1.14. W Szpitalu opracowano i 23 sierpnia 2016 r. wdrożono „Procedurę postępowania po ekspozycji zawodowej na krew i inny potencjalnie infekcyjny materiał” (QP-E-006)¹⁸. Zapoznanie się z tą procedurą potwierdziło swoim podpisem 85 ze 158 zobowiązanych do jej stosowania osób zatrudnionych w Szpitalu w latach 2016-2017 (do 30 czerwca)¹⁹.

(dowód: akta kontroli str. 120-125, 253-269)

1.15. W komórkach organizacyjnych Szpitala znajdowały się trzy urządzenia klimatyzacyjne²⁰, które w latach 2016-2017 (do 30 czerwca) podlegały przeglądowi, czyszczeniu lub dezynfekcji i wymianie elementów instalacji nie rzadziej niż co 12 miesięcy.

(dowód: akta kontroli str. 190-198)

1.16. W okresie objętym kontrolą Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny w Bydgoszczy²¹ przeprowadził jeden raz badanie ciepłej wody w Szpitalu na obecność bakterii z rodzaju *Legionella sp.*²². Próbkę do badań pobrano 18 października 2017 r., w trakcie kontroli NIK. Pismem z 2 listopada 2017 r. PWIS powiadomił SPZOZ o wszczęciu postępowania administracyjnego w związku ze stwierdzeniem „przekroczenia dopuszczalnych wartości ciepłej wody”. Do dnia zakończenia kontroli NIK²³ do SPZOZ nie wpłynęły wyniki kontroli PWIS.

W związku z powyższym, 7 listopada 2017 r. Dyrektor powiadomił PWIS o podjęciu działań w celu wyeliminowania ewentualnego skażenia mikrobiologicznego, polegających na podgrzaniu wody w instalacji szpitalnej do temperatury 80°C oraz zleceniu przeglądu urządzeń generujących dwutlenek chloru.

(dowód: akta kontroli str. 128-138, 183-189)

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w powyższym zakresie stwierdzono następujące nieprawidłowości:

1. W Szpitalu nie udokumentowano zapoznania się z procedurą postępowania poekspozycyjnego 73 ze 158 zobowiązanych do jej stosowania pracowników²⁴. W efekcie pracownicy ci nie potwierdzili, że posiadają wiedzę o obowiązującym w Szpitalu sposobie postępowania w przypadku zranienia ostrym narzędziem oraz przeniesienia zakażenia w wyniku ekspozycji na krew lub inny potencjalnie zakaźny materiał biologiczny.

¹⁵ Wg stanu na koniec 2015 r., 2016 r. i I półrocza 2017 r. było to odpowiednio: 154, 154 i 158 osób.

¹⁶ W okresie do 30 października 2017 r.

¹⁷ Informacja o możliwości szczepień przeciw grypie była udostępniona w formie ogłoszeń (komunikatów) skierowanych do wszystkich pracowników Szpitala.

¹⁸ Dalej: „procedura postępowania poekspozycyjnego”.

¹⁹ Zagadnienie to przedstawiono szerzej w części wystąpienia pokontrolnego dotyczącej stwierdzonych nieprawidłowości.

²⁰ Tj.: centrala klimatyzacyjna bloku operacyjnego oraz klimatyzatory ścienna w izbie przyjęć i laboratorium. W pozostałych pomieszczeniach Szpitala, takich jak oddziały i apteka, przewidziano wentylację grawitacyjną.

²¹ Dalej: „PWIS”.

²² Ponadto wykonywanie badań w powyższym zakresie SPZOZ zlecał z własnej inicjatywy laboratorium zewnętrznemu. Wyniki tych badań w 2016 r. i pierwszym półroczu 2017 r. nie wskazywały na obecność bakterii rodzaju *Legionella sp.*

²³ Tj. do 7 listopada 2017 r.

²⁴ Zgodnie z § 1 ust. 3 rozporządzenia w sprawie bhp, pod pojęciem pracowników rozumie się także osoby fizyczne wykonujące pracę na innej podstawie niż stosunek pracy, doktorantów, studentów i uczniów niebędących pracownikami oraz wolontariuszy, a także osoby prowadzące pod nadzorem pracodawcy lub w miejscu wyznaczonym przez pracodawcę działalność gospodarczą na własny rachunek

Zgodnie z § 9 ust. 1 rozporządzenia z dnia 6 czerwca 2013 r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy²⁵, pracodawca opracowuje i wdraża procedurę postępowania poekspozycyjnego, a w myśl § 6 pkt. 4 lit. b tego rozporządzenia pracodawca informuje pracowników o zasadach postępowania w przypadku narażenia, zgodnie z tą procedurą.

W ocenie NIK, przyczyną powyższego był niewystarczający nadzór nad realizacją obowiązku informowania pracowników Szpitala²⁶ o obowiązujących ich zasadach postępowania. Potwierdzały to złożone przez Dyrektora wyjaśnienia, w których podał, że nie są mu znane przyczyny niezapoznania części pracowników Szpitala z procedurą postępowania poekspozycyjnego.

(dowód: akta kontroli str. 120-125, 215, 253-254, 257-269, 403-414)

Uwagi dotyczące
badanej działalności

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, iż w umowie zawartej przez SPZOZ z diagnostą laboratoryjnym²⁷ nie określono wymiaru czasu realizacji zleconych usług, jak również nie określono zasad kontroli stopnia i efektywności wykonania tych usług. Brak uregulowań w tym zakresie może uniemożliwić Szpitalowi skuteczne dochodzenie wykonania usług, kontrolę stopnia i efektywności ich realizacji w kontekście kontroli zakażeń szpitalnych oraz obniżenia wynagrodzenia w sytuacji niewykonania lub częściowego wykonania zleconych zadań.

(dowód: akta kontroli str. 42-43)

Dyrektor podał w wyjaśnieniach, że powyższy sposób określenia obowiązków diagnosty w umowie wynikał z zamiaru zapewnienia realizacji zadań diagnosty w dowolnym czasie, w zależności od potrzeb Szpitala, przy ryczałtowym wynagrodzeniu; podał, że w praktyce diagnosta pełnił nadzór nad badaniami w pracowni diagnostyki mikrobiologicznej w co drugą środę miesiąca w godzinach od ósmej do czternastej, a w pozostałe dni pozostawał w gotowości do stawienia się w Szpitalu na wezwanie.

(dowód: akta kontroli str. 11-13)

Ocena cząstkowa

Dyrektor Szpitala zapewnił, aby skład Zespołu i Komitetu kontroli zakażeń szpitalnych spełniał warunki określone w art. 15 ust. 1 i 3 ustawy o zwalczaniu zakażeń. NIK pozytywnie ocenia fakt, że wszyscy pracownicy Szpitala narażeni na zakażenie w wyniku ekspozycji zawodowej byli zaszczepieni przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B oraz mieli możliwość zaszczepienia się przeciw grypie, a SPZOZ posiadał wdrożoną procedurę postępowania poekspozycyjnego. Jako nieprawidłowe oceniono, że część pracowników Szpitala nie potwierdziło faktu zapoznania się z procedurą postępowania poekspozycyjnego.

2. Zapobieganie i zwalczanie zakażeń szpitalnych

Opis stanu
faktycznego

2.1. Realizacja nadzoru epidemiologicznego

Zarządzeniem w sprawie zakażeń Dyrektor powierzył Zespołowi zadania określone w art.11 ust. 2 pkt. 1 i 2²⁸ oraz w art. 15 ust. 2 ustawy o zwalczaniu zakażeń.

²⁵ Dz. U. z 2013 r. poz. 696, dalej: „rozporządzenie w sprawie bhp”.

²⁶ Przez przełożonych tych pracowników.

²⁷ Tj. umowie, o której mowa w punkcie 1.3. niniejszego wystąpienia pokontrolnego.

²⁸ Tj. zadania obejmujące:

1) ocenę ryzyka wystąpienia zakażenia związanego z wykonywaniem świadczeń zdrowotnych;

2) monitorowanie czynników alarmowych i zakażeń związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywanych świadczeń.

Komitet zapoznał się z projektem zarządzenia w sprawie zakażeń i nie zgłosił do niego uwag. W okresie objętym kontrolą zarządzenie to nie podlegało zmianom. Dyrektor podał w swoich wyjaśnieniach, że jego intencją przy wydawaniu powyższego zarządzenia było przekazanie Zespołowi kompetencji wskazanych w ww. przepisach ustawy o zwalczaniu zakażeń.

(dowód: akta kontroli str. 215)

Zespół nie podjął działalności określonej w art. 15 ust. 2 ustawy o zwalczaniu zakażeń.

Wdrożone w Szpitalu 24 procedury epidemiologiczne zostały opracowane przez pielęgniarkę epidemiologiczną i zatwierdzone przez Zastępcę Dyrektora ds. medycznych.

Dobór preparatów stosowanych w procesie mycia, dezynfekcji i sprzątnięcia nie był uzgadniany z Zespołem, a jedynie z pielęgniarką epidemiologiczną²⁹. Zespół nie dokonywał oceny ryzyka wystąpienia zakażenia związanego z wykonywaniem świadczeń zdrowotnych ani kontroli wewnętrznej, o której mowa w 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 zakaźnych³⁰.

Zespół nie wykonywał kontroli wyposażenia pomieszczeń (w których wykonywane były badania i zabiegi) w dozowniki z mydłem w płynie i dozowniki ze środkiem dezynfekcyjnym, zgodnie z wymogami § 36 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą³¹.

(dowód: akta kontroli str. 215-217)

Szpital posiadał wyniki badań potwierdzające analizowanie skuteczności działania preparatów stosowanych w procesie mycia, dezynfekcji i sterylizacji sprzętu medycznego oraz sprzątnięcia i dekontaminacji pomieszczeń szpitalnych. Kontrole w tym zakresie wykonywane były co sześć miesięcy przez pracowników pracowni diagnostyki mikrobiologicznej.

(dowód: akta kontroli str. 220-230, 236)

Dyrektor zatwierdzał roczne harmonogramy szkoleń na lata 2016 i 2017, obejmujące szkolenia w zakresie problematyki zakażeń szpitalnych. Wszystkie zaplanowane szkolenia zostały przeprowadzone. Dodatkowo w oddziałach Szpitala prowadzono szkolenia wewnętrzne dotyczące zakażeń szpitalnych, nie ujęte w powyższych harmonogramach.

W okresie objętym kontrolą w Szpitalu zatrudniono 18 osób. W przypadku trzech osób³², Szpital nie dysponował potwierdzeniem zapoznania ich z objętymi badaniami obowiązującymi w danym oddziale procedurami epidemiologicznymi³³.

(dowód: akta kontroli str. 246-252)

W Szpitalu opracowano procedury dotyczące czyszczenia, mycia, dezynfekcji sprzętu i powierzchni, stosowanych środków dezynfekcyjnych, bezpiecznego

²⁹ Z czynności „uzgadniania” nie była sporządzana pisemna dokumentacja.

³⁰ Dz. U. Nr 100, poz. 646.

³¹ Dz.U. poz. 739.

³² Lekarz zatrudniony w Oddziale Wewnętrznym, pielęgniarka zatrudniona na bloku operacyjnym oraz pracownik laboratorium.

³³ Tj., dotyczącymi higieny rąk, odpadów medycznych oraz zakażeń szpitalnych.

transportu odpadów medycznych. Na podstawie kart zapoznania się przez pracowników z czterema procedurami epidemiologicznymi stwierdzono, że:

- z obowiązującymi we wszystkich oddziałach procedurą: „Mycie i dezynfekcja rąk” (QP-E-002) zapoznało się 122 ze 158 pracowników medycznych; a z procedurą „Postępowanie po ekspozycji zawodowej na krew i inny potencjalny materiał (IPIM)” (QP-E-006) – 85 ze 158 pracowników medycznych;
- z obowiązującą na pięciu oddziałach³⁴ procedurą „Zapobieganie zakażeniom wewnątrzoddziałowym” (QP-E-016) zapoznało się 71 ze 121 pracowników medycznych, którzy powinni zapoznać się z tą procedurą;
- z obowiązującą na Izbie Przyjęć procedurą „Plan higieny dla karettek pogotowia i ambulansu RR w Dziale Pomocy Doraźnej” (QP –E-014) zostało zapoznanych 27 pracowników, tj. wszyscy zobowiązani do jej stosowania;
- z kontrolowanymi procedurami nie został zapoznany żaden lekarz.

(dowód: akta kontroli str. 216, 253-254)

Zużycie środków dezynfekcyjnych na bazie alkoholu na jedno łóżko szpitalne wyniosło: 7,0 l w 2015 r., 9,9 l w 2016 r. oraz 7,3 l w I półroczu 2017 r.

(dowód: akta kontroli str. 236-237, 299-313)

Komitet nie realizował zadań określonych w art. 15 ust. 4 pkt. 1-3 ustawy o zwalczaniu zakażeń, obejmujących w szczególności opracowywanie planów i kierunków systemu zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych oraz opracowywanie i aktualizację standardów farmakoprofilaktyki i farmakoterapii zakażeń i chorób zakaźnych w szpitalu³⁵.

(dowód: akta kontroli str. 320)

Aktualizacją receptariusza szpitalnego zajmowała się Komisja do Spraw Gospodarki Lekami i Optymalizacji Leczenia³⁶. Receptariusz zawierał zasady oraz instrukcje dotyczące zlecenia antybiotyków, tj. wskazania do stosowania, zalecane dawkowanie. Antybiotyki podzielone były na trzy grupy dostępności: lek zalecany (LZ), lek rezerwowy³⁷ (LR) i lek rezerwowy zastrzeżony (LRZ)³⁸. Do zadań ww. komisji nie należało opracowywanie i przedstawianie wytycznych dotyczących diagnostyki i leczenia zakażeń szpitalnych.

Komitet nie uczestniczył w opracowywaniu i aktualizacji standardów farmakoprofilaktyki i farmakologii zakażeń i chorób zakaźnych. Zespół nie współpracował z Komisją do Spraw Gospodarki Lekami i Optymalizacji Leczenia.

(dowód: akta kontroli str. 215, 320, 322-354)

W Szpitalu nie były prowadzone kontrole wewnętrzne dotyczące zasadności ordynacji antybiotyków.

(dowód: akta kontroli str. 215)

³⁴ Oddział Pediatryczny z Pododdziałem Neonatologicznym, Oddział Ginekologiczno-Położniczy, Oddział Wewnętrzny, Oddział Chirurgiczny, Oddział Reumatologiczny.

³⁵ Zagadnienie to przedstawiono szerzej w części wystąpienia pokontrolnego dotyczącej stwierdzonych nieprawidłowości.

³⁶ Powołana zarządzeniem nr 30/2007 Dyrektora Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej z dnia 13 lipca 2007 r. w sprawie powołania Komisji do Spraw Gospodarki lekami i Optymalizacji Leczenia.

³⁷ Zastosowanie wymagało zgody ordynatora oddziału.

³⁸ Wymaga akceptacji jednej z następujących osób: przewodniczącego Komisji ds. Gospodarki Lekami i Optymalizacji Leczenia albo Zastępcy Dyrektora ds. medycznych.

2.2. Realizacja świadczeń w zakresie badań mikrobiologicznych

W 2016 r. odsetek pacjentów zakażonych, u których wykonano badania mikrobiologiczne, wyniósł 54,72%, a w pierwszym półroczu 2017 r. - 53,49%. Liczba badań mikrobiologicznych w przeliczeniu na jedno łóżko szpitalne³⁹ w 2016 r. wyniosła 16,37, a w pierwszym półroczu 2017 r. - 8,9.

(dowód: akta kontroli str. 442)

W okresie objętym kontrolą na oddziałach zachowawczych dominowały zakażenia układu pokarmowego oraz zakażenia kwalifikowane jako pozostałe zakażenia. Na oddziałach zabiegowych dominowały zakażenia miejsca operowanego, zakażenia układu moczowego oraz zakażenia kwalifikowane jako pozostałe zakażenia. Zakażenia kwalifikowane jako „pozostałe zakażenia” stanowiły w 2015 r. 61% zakażeń szpitalnych, w 2016 r. - 56%, a w pierwszej połowie 2017 r. 70%.

(dowód: akta kontroli str. 424)

W okresie objętym kontrolą Szpital nie zidentyfikował żadnego zgonu, którego przyczyną byłoby zakażenie szpitalne.

(dowód: akta kontroli str. 425, 450, 458)

Zespół nie opracował procedury postępowania w przypadku występowania w poszczególnych oddziałach Szpitala czynników alarmowych wymienionych w załączniku nr 1 do rozporządzenia 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 szpitala⁴⁰.

(dowód: akta kontroli str. 215)

Pracownicy pracowni diagnostyki mikrobiologicznej raz na pół roku przeprowadzali analizę badań mikrobiologicznych, obejmującą mapowanie wyhodowanych patogenów alarmowych.

(dowód: akta kontroli str. 220-230)

Stosownie do wymogu określonego w § 1 ust. 2 pkt. 2 zarządzenia w sprawie zakażeń, monitorowanie i rejestrację zakażeń szpitalnych oraz patogenów alarmowych miał prowadzić Zespół, który nie realizował jednak ww. obowiązku. Karty rejestracji patogenu alarmowego były przechowywane przez pielęgniarkę epidemiologiczną. Wszystkie karty zawierały daty i podpisy osób wypełniających kartę, ale żadna nie zawierała podpisu i daty „osoby weryfikującej kartę”.

(dowód: akta kontroli str. 314, 357-358)

Diagnosta laboratoryjny na bieżąco przekazywał wyniki badań lekarzom prowadzącym⁴¹ oraz pielęgniarce epidemiologicznej.

(dowód: akta kontroli str. 220)

Stosownie do wymogu określonego w art. 29 ust. 1 ustawy o zwalczaniu zakażeń, w 2016 r. pracownicy pracowni diagnostyki laboratoryjnej przekazali Państwowemu Powiatowemu Inspektorowi Sanitarnemu w Radziejowie⁴² 53 zgłoszenia⁴³ uzyskania dodatniego wyniku badania w kierunku biologicznego czynnika chorobotwórczego,

³⁹ W oddziałach szpitalnych.

⁴⁰ Dz. U. Nr 294, poz. 1741

⁴¹ Cz. I Karty rejestracji patogenu alarmowego.

⁴² Dalej: „PPIS”.

⁴³ Na drukach ZLB-1.

a w pierwszym półroczu 2017 r. – 43 takie zgłoszenia, nie później niż w ciągu 24 godzin od uzyskania pozytywnego wyniku badania.

(dowód: akta kontroli str. 220, 359-379)

2.3. Prowadzenie rejestru zakażeń szpitalnych

W Szpitalu nie opracowano procedury dotyczącej sposobu zbierania, dokumentowania i przekazywania informacji dotyczących rozpoznanych przypadków zakażeń szpitalnych. Według wyjaśnień pielęgniarki epidemiologicznej, praktyka w zakresie obiegu informacji dotyczących zakażeń szpitalnych wyglądała następująco: [1] diagnosta laboratoryjny na bieżąco przekazywał informacje zarówno lekarzowi prowadzącemu i pielęgniarce epidemiologicznej; [2] pielęgniarka oddziałowa/łącznikowa po otrzymaniu karty z pracowni mikrobiologii wraz z lekarzem uzupełniała treść karty i przekazywała ją do pielęgniarki epidemiologicznej; [3] jeśli wyhodowano patogen alarmowy, albo po upływie 72 godzin pacjent otrzymał antybiotyk, pielęgniarka oddziałowa/łącznikowa wypełniała kartę rejestracji zakażenia szpitalnego/indywidualną kartę rejestracji zakażenia szpitalnego (w formie druku w Oddziale Chirurgicznym; na pozostałych oddziałach od maja 2017 r. karta wypełniana w formie elektronicznej, umożliwiającej niezwłoczny dostęp pielęgniarce epidemiologicznej); [4] w formie pisemnej karta rejestracji zakażenia szpitalnego przekazywana miała być przez pielęgniarkę łącznikową do weryfikacji przez przewodniczącego zespołu kontroli zakażeń szpitalnych, albo osobę przez niego upoważnioną; dokument w formie elektronicznej powinien być weryfikowany po wydrukowaniu; [5] karty były przechowywane przez pielęgniarkę epidemiologiczną, na bieżąco prowadzącą rejestr zgłaszanych patogenów alarmowych i zakażeń szpitalnych; [6] pielęgniarki łącznikowe codziennie rano zgłaszały pielęgniarce epidemiologicznej informacje o wykrytych zakażeniach; [7] po otrzymaniu takiej informacji pielęgniarka epidemiologiczna dokonywała weryfikacji (na oddziale) stwierdzonego przypadku.

(dowód: akta kontroli str. 215, 380)

W Szpitalu rejestr zakażeń szpitalnych prowadzony był na bieżąco. Zawierał dane wskazane w art. 14 ust. 5 ustawy o zwalczaniu zakażeń⁴⁴. W celu zbierania danych do rejestru w oddziałach szpitalnych ustanowiono funkcję pielęgniarek łącznikowych.

(dowód: akta kontroli str. 315-318, 380)

W okresie objętym kontrolą sporządzono 49 kart rejestracji patogenu alarmowego: 31 w 2016 r. i 18 w I półroczu 2017 r. Wszystkie karty zawierały datę i podpisy osób wypełniających kartę.

W 2016 r. oraz w pierwszym półroczu 2017 r. sporządzono po 50 kart rejestracji zakażenia szpitalnego/indywidualnej karty rejestracji zakażenia szpitalnego. Żadna z tych kart nie posiadała „daty, pieczętki i podpisu przewodniczącego zespołu” ds. kontroli zakażeń szpitalnych (co w formie elektronicznej odpowiadało „podpisowi osoby weryfikującej”).

(dowód: akta kontroli str. 314)

Na podstawie próby 100 kart chorób pacjentów⁴⁵ stwierdzono, że w trzech przypadkach nie przeprowadzono wywiadu epidemiologicznego⁴⁶. Dyrektor podał

⁴⁴ W szczególności imię i nazwisko, datę urodzenia, numer PESEL, płeć, adres miejsca zamieszkania.

⁴⁵ Przyjętych do Szpitala w maju 2016 i w maju 2017 r., odpowiednio numery 2745-2794 oraz 3358-3407 księgi głównej.

w swoich wyjaśnieniach, że brak wywiadu epidemiologicznego w powyższych przypadkach był spowodowany stanem zdrowia przyjmowanych pacjentów.

(dowód: akta kontroli str. 381, 409)

W okresie od stycznia 2015 do czerwca 2017 r. w Szpitalu zarejestrowano 176 przypadków zakażeń szpitalnych.

(dowód: akta kontroli str. 211-213, 425)

2.4. Monitorowanie i raportowanie zakażeń szpitalnych

Współczynnik zachorowalności w Szpitalu w okresie od stycznia 2015 do czerwca 2017 r. wynosił 1,13 w 2015 r., 0,71 w 2016 r. oraz 1,39 w pierwszej połowie 2017 r. Najwyższy współczynnik odnotowano w Oddziale Chorób Wewnętrznych⁴⁷, a najniższy (0) w Oddziale Noworodkowym⁴⁸.

(dowód: akta kontroli str. 434)

Zespół nie dokonywał oceny skuteczności wdrożonych procedur zapobiegających szerzeniu się zakażeń szpitalnych oraz nie wykonał analizy danych dotyczących zachorowalności, chorobowości i śmiertelności z powodu zakażeń szpitalnych.

(dowód: akta kontroli str. 215)

Według wyjaśnień Zastępcy Dyrektora ds. medycznych, w Szpitalu najczęstszym sposobem zapobiegania szerzeniu się szpitalnych zakażeń dróg oddechowych, w tym zapaleń płuc, było mycie rąk.

(dowód: akta kontroli str. 321)

Szpital dysponował pomieszczeniami pozwalającymi na izolację pacjenta. Na każdym z kontrolowanych oddziałów znajdowały się dwa takie pomieszczenia. W Szpitalu obowiązywała procedura postępowania w przypadku przyjęcia chorego z zakażeniem mikrobiologicznym⁴⁹.

(dowód: akta kontroli str. 236-237)

Szpital nie dysponował dowodami dokonania zgłoszeń właściwemu państwowemu inspektorowi sanitarnemu przypadków podejrzenia lub rozpoznania zakażenia chorobami określonymi w załączniku nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z 10 lipca 2013 r. w sprawie zgłoszeń podejrzenia lub rozpoznania zakażenia, choroby zakaźnej lub zgonu z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej⁵⁰.

Na podstawie dokumentów znajdujących się w Oddziale Wewnętrznym oraz w Oddziale Dziecięcym⁵¹ oraz jednej karty zakażenia wytworzonej w Oddziale Reumatologicznym stwierdzono, że w okresie od stycznia 2015 r. do czerwca 2016 r. Szpital miał przekazać PPIS 483 opisane wyżej zgłoszenia⁵².

⁴⁶ Numery w księdze głównej: 2779, 2778, 2773.

⁴⁷ 2,25 w 2015 r.; 1,88 w 2016 r.; 3,49 w pierwszej połowie 2017 r.

⁴⁸ Tj. w Pododdziale Neonatologicznym Oddziału Pediatrycznego.

⁴⁹ Nr QP-E-007.

⁵⁰ Dz. U. poz. 848; dalej: „rozporządzenie w sprawie zgłoszeń”. Zagadnienie to przedstawiono szerzej w części wystąpienia pokontrolnego, dotyczącej stwierdzonych nieprawidłowości.

⁵¹ W Oddziale Wewnętrznym prowadzony był odrębny „rejestr zakażeń” obejmujący: przypadki zakażeń, przypadki włączenia antybiotyku po 72 godzinach oraz chorób (lub podejrzeń chorób), które muszą być zgłoszone do PPIS. W tym rejestrze ujęto: imię i nazwisko, patogen alarmowy, datę przyjęcia pacjenta, datę wypisu, fakt zgłoszenia do pielęgniarki epidemiologicznej i/lub sanepidu. Brak było daty i godziny stwierdzenia podejrzenia choroby oraz daty i godziny zgłoszenia do PPIS. W Oddziale Dziecięcym odrębny rejestr obejmował: imię i nazwisko, adres, PESEL, datę urodzenia, datę rozpoznania choroby (nie podejrzenia), datę wypisu oraz datę zgłoszenia do PPIS.

⁵² 179 w 2015 r.; 184 w 2016 r.; 120 w pierwszej połowie 2017 r.

(dowód: akta kontroli str. 382, 443-444)

W 2015 r. udział patogenów alarmowych w zakażeniach szpitalnych ogółem wyniósł 28,95%. W kolejnych latach wskaźnik ten wynosił odpowiednio: w 2016 r. – 62%, a w I poł. 2017 r. – 36%.

(dowód: akta kontroli str. 435-437)

W 2015 r. w Szpitalu przeprowadzono 747 operacji. W przypadku 93,8% operowanych pacjentów przed zabiegiem podano profilaktycznie antybiotyki. W 2016 r. odbyło się 870 operacji, którym w 95,6% przypadków towarzyszyła profilaktyka antybiotykowa. W pierwszej połowie 2017 r. przeprowadzono 420 operacji, a w 96,2% przypadków podano profilaktycznie antybiotyki. W okresie objętym kontrolą nie odnotowano przypadków zakażenia szpitalnego u operowanych pacjentów, u których nie zastosowano profilaktyki antybiotykowej. Odsetek operowanych pacjentów, którym podano profilaktycznie antybiotyki i u których wystąpiły zakażenia szpitalne, wyniósł: w 2015 r. – 0,6%, w 2016 r. – 0,7%, a w pierwszym półroczu 2017 r. - 2,5%.

(dowód: akta kontroli str. 438)

W Szpitalu – ramach stosowanej okołoperacyjnej procedury antybiotykowej – antybiotyk nie był podawany podczas znieczulenia anestezyjologicznego.

(dowód: akta kontroli str. 237)

W Szpitalu nie powołano zespołu szybkiego reagowania w przypadkach sepsy⁵³. Zastępca Dyrektora wyjaśnił, że wszystkie procedury związane z podejrzeniem sepsy były wykonywane w oddziałach szpitalnych oraz w izbie przyjęć.

(dowód: akta kontroli str. 321)

W Szpitalu wystąpiły dwa przypadki sepsy. Zostały one rozpoznane w Oddziale Chorób Wewnętrznych.

(dowód: akta kontroli str. 424)

Zastępca Dyrektora ds. medycznych podał w swoich wyjaśnieniach, że we wszystkich oddziałach oraz w szpitalnej izbie przyjęć antybiotyki o szerokim spektrum działania były podawane według charakterystyki produktu leczniczego; natomiast pracownia diagnostyki mikrobiologicznej posługiwała się instrukcją wykonania posiewów materiałów od chorych⁵⁴, w tym z krwi.

(dowód: akta kontroli str. 321, 384-402)

Szpital nie posiadał zbiorczych danych, u ilu pacjentów rozpoznano wstrząs septyczny oraz jaki odsetek pacjentów ze wstrząsem septycznym, w latach objętych kontrolą, zmarł w trakcie pobytu w Szpitalu.

Pielęgniarka epidemiologiczna podała w swoich wyjaśnieniach, że w Szpitalu nie sporządzano sprawozdawczości dotyczącej zakażeń szpitalnych, w których analizowana byłaby posocznica jako jeden z czynników zakażeń szpitalnych.

(dowód: akta kontroli str. 321, 383)

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w powyższym zakresie stwierdzono następujące nieprawidłowości:

⁵³ Ang. Sepsis Team.

⁵⁴ L.dz. QI-LA-M-088.

1. Zespół i Komitet kontroli zakażeń szpitalnych nie podjęły realizacji obowiązków określonych w art. 15 ust. 2 i 4 ustawy o zwalczaniu zakażeń, a Dyrektor nie wykonywał nadzoru nad działalnością tych gremiów, co stanowiło naruszenie art. 14 ust. 1 pkt 1 ww. ustawy.

Dyrektor, wyjaśniając brak swoich działań nadzorczych oraz brak podjęcia merytorycznych działań przez Zespół i Komitet, podał że nie prowadził bezpośrednich działań nadzorczych, uważając że sprawują je przewodniczący Zespołu i Komitetu. Przewodniczący Komitetu wyjaśnił, że członkowie Komitetu „(...) cały czas podejmują działania pozaetatowe mające przeciwdziałać zakażeniom wewnątrzszpitalnym”. Ponadto wskazał, że członkowie Komitetu współpracują ze sobą na bieżąco.

Przewodniczący Zespołu podał w swoich wyjaśnieniach, że Zespół „(...) działał w zakresie swoich możliwości”. Jednocześnie przyznał, że „(...) zawsze jest możliwość poprawy pracy Zespołu”.

(dowód: akta kontroli str. 215, 405, 462-463)

2. SPZOZ nie dysponował dowodami zapoznania części pracowników Szpitala z obowiązującymi procedurami epidemiologicznymi⁵⁵.

Stosownie do art. 11 ust. 1 ustawy o zwalczaniu zakażeń, „Kierownicy podmiotów leczniczych oraz inne osoby udzielające świadczeń zdrowotnych są obowiązani do podejmowania działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych”. Przyjęte w Szpitalu procedury/instrukcje epidemiologiczne wskazywały, że powinny być stosowane przez personel medyczny.

Dyrektor podał w swoich wyjaśnieniach, że nie są mu znane przyczyny braku zapoznania części pracowników medycznych z obowiązującymi procedurami epidemiologicznymi. W przypadku nowoprzyjętych do pracy, brak zapoznania miał być efektem „przeoczenia i nienależytego dopilnowania przez bezpośrednich przełożonych”.

(dowód: akta kontroli str. 215, 403-405, 408)

3. Szpital nie dysponował dowodami dokonywania zgłoszeń przypadków podejrzenia lub rozpoznania zakażenia. W wyniku tego nie było możliwe zweryfikowanie prawidłowości realizacji przez Szpital ww. obowiązku.

Zgodnie z art. 27 ust. 1 ustawy o zwalczaniu zakażeń, lekarz lub felczer, który podejrzewa lub rozpoznaje zakażenie, chorobę zakaźną lub zgon z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej, jest obowiązany do zgłoszenia tego faktu właściwemu państwowemu inspektorowi sanitarnemu. Zgłoszenia dokonuje się niezwłocznie, nie później jednak niż w ciągu 24 godzin od chwili powzięcia podejrzenia lub rozpoznania zakażenia, choroby zakaźnej lub zgonu z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej.

W § 9 rozporządzenia w sprawie zgłoszeń określono, że zgłoszenia na formularzu, o którym mowa w § 3-7, lekarz, felczer albo kierownik szpitala:

- 1) przesyła przesyłką poleconą w kopertach opatrzonej wyraźnym adresem zwrotnym nadawcy i symbolem "ZLK",
- 2) przesyła za pomocą środków komunikacji elektronicznej w postaci zaszyfrowanej, jeżeli pozwalają na to możliwości techniczne nadawcy i odbiorcy, lub

⁵⁵ W toku kontroli stwierdzono, że: a) nie wszyscy świadczący pracę na oddziałach podlegających kontroli zostali zapoznani z obowiązującymi procedurami epidemiologicznymi, b) na żadnej z kart zapoznania nie było podpisów lekarzy, c) na jednym z oddziałów nie było aktualnej jednej z kontrolowanych procedur epidemiologicznych; d) 25% nowoprzyjętych pracowników medycznych nie zostało zapoznanych z obowiązującymi procedurami epidemiologicznymi.

3) przekazuje bezpośrednio osobie upoważnionej do ich odbioru za pokwitowaniem - w sposób zapewniający ochronę danych osobowych zawartych w zgłoszeniu.

Pielęgniarka epidemiologiczna podała, że w Szpitalu nie określono sposobu dokumentowania potwierdzenia zgłoszenia choroby zakaźnej właściwemu państwowemu inspektorowi sanitarnemu na druku ZLK-1⁵⁶. Na oddziałach Szpitala druki ZLK wypełniane były w jednym egzemplarzu; wypełnione druki przekazywane były do sekretariatu Szpitala, skąd pracownik administracyjny miał je odwozić do PPIS, nie pobierając potwierdzenia przyjęcia takiego zgłoszenia.

(dowód: akta kontroli str. 282, 443-444)

Uwagi dotyczące badanej działalności

W okresie objętym kontrolą świadczenie usług kompleksowego utrzymania czystości na wskazanych obszarach było przedmiotem zamówienia publicznego⁵⁷. NIK zauważa, że zawarta w 2013 r. umowa na świadczenie powyższych usług nie zawierała postanowień zobowiązujących wykonawcę zamówienia do uzgadniania ze Szpitalem doboru środków myjących i dezynfekcyjnych, wykonywania usługi zgodnie z obowiązującymi procedurami, przedstawienia na wniosek Szpitala dokumentów oraz udzielenia wszelkich niezbędnych informacji w zakresie realizacji usługi, prowadzenia dokumentacji wykonywanych czynności oraz przedstawiania jej do wglądu osobom kontrolującym ze strony Szpitala. Umowa zawarta w 2017 r. zawierała powyższe wymogi. Żadna z umów nie nakładała na wykonawcę obowiązku szkolenia pracowników w zakresie zakażeń szpitalnych.

(dowód: akta kontroli str. 270-298)

Ocena cząstkowa

NIK negatywnie ocenia fakt, że powołane przez Dyrektora Zespół oraz Komitet kontroli zakażeń szpitalnych nie podjęły realizacji swoich obowiązków. W szczególności, Zespół nie prowadził kontroli wewnętrznych dotyczących zakażeń oraz zasadności ordynacji antybiotykowej, nie weryfikował przekazywanych kart zakażenia szpitalnego, nie oceniał skuteczności wdrożonych procedur epidemiologicznych oraz nie analizował danych dotyczących zachorowalności, chorobowości i śmiertelności z powodu zakażeń szpitalnych. Szpital nie dysponował dowodami zgłaszania państwowemu inspektorowi sanitarnemu przypadków podejrzenia lub rozpoznania zakażenia oraz dowodami zapoznania właściwych pracowników Szpitala, a w szczególności lekarzy, z obowiązującymi procedurami epidemiologicznymi.

3. Realizacja zaleceń i wniosków pokontrolnych państwowej inspekcji sanitarnej

Opis stanu faktycznego

W latach 2016-2017⁵⁸ PWIS przeprowadził w Szpitalu pięć kontroli, w szczególności w zakresie działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych oraz spełniania wymogów rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą. W następstwie ww. kontroli nie formułowano zaleceń i wniosków pokontrolnych oraz nie wydawano decyzji administracyjnych.

(dowód: akta kontroli str. 140-182)

⁵⁶ W tym zasad dotyczących przekazywania tych zgłoszeń w dni i godziny wolne od pracy dla administracji Szpitala.

⁵⁷ Umowy zawarte 20 lutego 2013 r. i 10 stycznia 2017 r.

⁵⁸ Do 7 listopada 2017 r., tj. zakończenia kontroli NIK.

W okresie objętym kontrolą w Szpitalu nie stwierdzono wystąpienia ognisk epidemicznych, o których mowa w § 5 ust. 1 i 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie listy czynników alarmowych, rejestrów zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych oraz raportów o bieżącej sytuacji epidemiologicznej szpitala. W związku z tym państwowy inspektor sanitarny nie podejmował decyzji o czasowym zamknięciu oddziału szpitalnego.

(dowód: akta kontroli str. 199, 200)

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w powyższym zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości.

Ocena cząstkowa

W związku z brakiem zaleceń i wniosków pokontrolnych PWIS oraz decyzji dotyczących zakażeń szpitalnych podlegających realizacji przez Szpital, NIK odstępuje od oceny w tym zakresie.

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

Opis stanu
faktycznego

Prowadzona w SPZOZ ewidencja księgową nie umożliwia jednoznacznego przypisania ponoszonych przez tą jednostkę kosztów lub ich części do działań związanych wyłącznie z profilaktyką i leczeniem zakażeń szpitalnych. W związku z tym, w Szpitalu nie było możliwe monitorowanie i analizowanie kosztów w ujęciu odnoszącym się tylko do tych działań.

(dowód: akta kontroli str. 209, 210, 214)

Szacunkowe koszty związane z przedłużonym z powodu zakażeń pobytom pacjentów w Szpitalu, określone na podstawie przyjętych przez NIK kryteriów, w 2015 r., 2016 r. i w I półroczu 2017 r. wyniosły odpowiednio: 2,3 tys. zł, 3,9 tys. zł i 4,6 tys. zł na osobę⁵⁹.

(dowód: akta kontroli str. 211-213)

Poniesione przez Szpital wydatki, przyjęte jako koszty profilaktyki i leczenia zakażeń szpitalnych⁶⁰, wyniosły: 997 tys. zł w 2015 r., 1 004 tys. zł w 2016 r. i 558,1 tys. zł w I półroczu 2017 r., co stanowiło odpowiednio: 3,34; 3,14, i 3,35% kosztów Szpitala ogółem oraz 3,7; 3,48 i 3,86% kosztów zrealizowanych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

⁵⁹ W celu oszacowania kosztów związanych z profilaktyką i leczeniem zakażeń w Szpitalu i w poszczególnych jego oddziałach, w oparciu o dane będące w dyspozycji SPZOZ, ustalono w odniesieniu do lat 2015 i 2016 oraz pierwszego półrocza 2017 r. lub wg stanu na koniec tych okresów: 1) liczbę hospitalizowanych pacjentów, 2) wykonanie osobodnia, 3) wartość podpisanych umów z NFZ o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenia szpitalnego i wartość wykonanych świadczeń w ramach tych umów (koszty świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych), 4) średni koszt osobodnia, 5) liczbę hospitalizowanych pacjentów, u których wystąpiło zakażenie szpitalne, 6) średni czas pobytu pacjenta u którego wykryto zakażenie szpitalne, 7) średni koszt pobytu pacjenta z zakażeniem szpitalnym. Na podstawie tych danych ustalono m.in., że średni koszt osobodnia w Szpitalu wynosił: 357 zł w 2015 r., 387 zł w 2016 r. oraz 394 zł w pierwszej połowie 2017 r. Liczba pacjentów w Szpitalu, u których wystąpiło zakażenie szpitalne wyniosła 76 w 2015 r. oraz po 50 w roku 2016 i pierwszym półroczu 2017 r. Średni czas pobytu w Szpitalu pacjenta, u którego wykryto zakażenie szpitalne w 2015 r., 2016 r. i w I półroczu 2017 r. wyniósł odpowiednio: 11,3, 14,9 oraz 16 dni i był o 6,45, 10,3 oraz 11,8 dnia dłuższy od czasu hospitalizacji pacjenta niezakażonego. Przy ww. koszcie osobodnia, wpływało to na zwiększenie kosztów hospitalizacji pacjenta zakażonego średnio o: 2,3 tys. zł, 3,9 tys. zł i 4,6 tys. zł na osobę.

⁶⁰ Do obliczeń przyjęto poniesione przez Szpital w okresie od stycznia 2015 r. do czerwca 2017 r. koszty: wynagrodzenia personelu medycznego związanego ze zwalczaniem zakażeń szpitalnych, w tym: koszty zatrudnienia lekarzy epidemiologów i farmakologów klinicznych, pielęgniarek epidemiologicznych, mikrobiologa (także na podstawie umowy cywilno-prawnej), innych osób (bez personelu związanego z procesem sterylizacji), koszt badań mikrobiologicznych, zużycia antybiotyków, sprzętu jednorazowego użytku, utrzymania czystości i dezynfekcji powierzchni szpitalnych, koszty związane z procesem sterylizacji i dekontaminacji, w tym: materiałów do sterylizacji, utylizacji odpadów medycznych, utrzymania pralni szpitalnej.

(dowód: akta kontroli str. 214)

Koszty badań mikrobiologicznych⁶¹ w 2015 r., 2016 r. i w I półroczu 2017 r. wyniosły odpowiednio: 220,9 tys. zł, 198,2 tys. zł i 100,5 tys. zł, stanowiąc: 0,8%, 0,7% i 0,7% kosztów zrealizowanych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

(dowód: akta kontroli str. 210, 214)

Zastępca Dyrektora ds. medycznych poinformował, że w latach 2016-2017 nie były prowadzone przeciw Szpitalowi postępowania sądowe z tytułu zakażeń szpitalnych.

(dowód: akta kontroli str. 200)

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w powyższym zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości.

IV. Wnioski

Wnioski pokontrolne

Przedstawiając powyższe oceny 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 Kontroli⁶² wnosi o podjęcie następujących działań:

1. Zapewnienie realizacji przypisanych Zespołowi obowiązków, dotyczących w szczególności:
 - kontroli wewnętrznej działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń szpitalnych oraz kontroli zasadności ordynacji antybiotyków,
 - konsultowania osób podejrzanych o zakażenie lub chorobę zakaźną,
 - weryfikowania kart zakażenia szpitalnego,
 - dokonywania oceny skuteczności wdrożonych procedur epidemiologicznych,
 - gromadzenia i analizy danych dotyczących zachorowalności, chorobowości i śmiertelności z powodu zakażeń szpitalnych,
 - rzetelnego dokumentowania powyższych działań.
2. Udokumentowanie zapoznania się wszystkich pracowników Szpitala z zasadami postępowania, wynikającymi z przyjętych procedur epidemiologicznych.
3. Dokumentowanie zgłaszania do właściwego państwowego inspektora sanitarnego przypadków podejrzenia lub rozpoznania zakażeń szpitalnych.

⁶¹ Tj. koszty zatrudnienia mikrobiologów i pozostałe koszty badań mikrobiologicznych.

⁶² Dz. U. z 2017 r., poz. 524 (dalej: „ustawa o NIK”).

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 Bydgoszczy.

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykonania wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK proszę o poinformowanie Najwyższej Izby Kontroli, w terminie 21 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykorzystania uwagi, 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.

Bydgoszcz, 5 grudnia 2017 r.

Najwyższa Izba Kontroli

Delegatura w Bydgoszczy

Dyrektor
Barbara Antkiewicz

kontrolerzy:

Andrzej Grzymysławski
specjalista kontroli państwowej

.....
podpis

Jacek Kalas
główny specjalista kontroli państwowej

.....
podpis

Tekst jednolity wystąpienia pokontrolnego uwzględniający zmiany wprowadzone uchwałą Zespołu Orzekającego Komisji Rozstrzygającej w Najwyższej Izbie Kontroli z dnia 23 stycznia 2018 r.