



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI  
Delegatura w Bydgoszczy

LBY.410.016.03.2017  
P/17/060

# WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI  
Delegatura w Bydgoszczy  
ul. Wały Jagiellońskie 12, 85-950 Bydgoszcz  
T +48 52 567 58 00, F +48 52 567 58 60  
[lby@nik.gov.pl](mailto:lby@nik.gov.pl)



## 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	Maciej Gajdzik, doradca techniczny, upoważnienie do kontroli nr LBY/142/2017 z 20 września 2017 r.  Beata Odjas, starszy inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LBY/144/2017 z 25 września 2017 r.
Jednostka kontrolowana	Specjalistyczny Szpital Miejski im. Mikołaja Kopernika w Toruniu <sup>1</sup> , ul. Batorego 17/19, 87-100 Toruń
Kierownik jednostki kontrolowanej	Krystyna Zaleska, Dyrektor Specjalistycznego Szpitala Miejskiego im. Mikołaja Kopernika w Toruniu <sup>2</sup>

(dowód: akta kontroli str. 1-4)

## II. Ocena kontrolowanej działalności<sup>3</sup>

### Ocena ogólna

Szpital prowadził odpowiednie, skuteczne działania w zakresie zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych, realizując wymogi dotyczące powołania i funkcjonowania zespołu i komitetu kontroli zakażeń szpitalnych oraz wdrażając standardy kontroli zakażeń. Zespół kontroli zakażeń rzetelnie prowadził wewnętrzny nadzór epidemiologiczny. Wykonywane badania mikrobiologiczne zapewniały przeprowadzanie oceny zakażeń oraz oceny sytuacji epidemiologicznej Szpitala. Prowadzono rejestr zakażeń szpitalnych oraz rzetelnie monitorowano zakażenia szpitalne.

Stwierdzona nieprawidłowość dotyczyła przekroczenia terminu 24 godzin przy zgłaszaniu dodatniego wyniku badania w kierunku biologicznego czynnika chorobotwórczego oraz podejrzenia lub rozpoznania zakażenia, choroby zakaźnej lub zgonu z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej. Stanowiło to naruszenie wymogu określonego odpowiednio w art. 27 ust. 1 oraz w art. 29 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób

<sup>1</sup> Dalej: „Szpital”

<sup>2</sup> Dalej: „Dyrektor Szpitala”.

<sup>3</sup> Najwyższa Izba Kontroli stosuje 3-stopniową skalę ocen: pozytywna, pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości, negatywna. Jeżeli sformułowanie oceny częściowej według proponowanej skali byłoby niemożliwe lub nadmiernie utrudnione, albo taka ocena nie dawałaby prawdziwego obrazu funkcjonowania kontrolowanej jednostki w zakresie objętym kontrolą, stosuje się ocenę opisową.

zakaźnych u ludzi<sup>4</sup>. Zastrzeżenia NIK dotyczyły ponadto nierzetelnie sporządzonych sprawozdań o działalności szpitala ogólnego MZ-29 za 2015 i 2016 r.

### III. Opis ustalonego stanu faktycznego

#### 1. Organizacja nadzoru nad zakażeniami

Opis stanu  
faktycznego

1.1. Stosownie do wymogów określonych w art. 14 ustawy o zwalczaniu zakażeń, w Szpitalu powołano zespół kontroli zakażeń szpitalnych<sup>5</sup> oraz komitet kontroli zakażeń szpitalnych<sup>6</sup>. W regulaminie organizacyjnym Szpitala uwzględniono istnienie Zespołu i Komitetu oraz wskazano Dział Higieny i Epidemiologii jako komórkę organizacyjną odpowiedzialną za współudział w realizacji ich zadań.

(dowód: akta kontroli str. 49)

1.2. W okresie objętym kontrolą<sup>7</sup> w skład Zespołu powołano 15 pracowników. Stosownie do wymogów określonych w art. 15 ust. 1 ustawy o zwalczaniu zakażeń w skład Zespołu wchodził lekarz (jako przewodniczący), trzy pielęgniarki z tytułem specjalisty w zakresie pielęgniarstwa epidemiologicznego oraz diagnosta laboratoryjny jako specjalista do spraw mikrobiologii<sup>8</sup>.

(dowód: akta kontroli str. 128,130, 132)

1.3. Przewodniczący Zespołu<sup>9</sup> oraz wchodzące w skład Zespołu pielęgniarki byli zatrudnieni na podstawie umów o pracę, w pełnym wymiarze czasu pracy, na czas nieokreślony. Z wchodzącym w skład Zespołu diagnostą laboratoryjnym zawarto umowę cywilnoprawną o udzielanie świadczeń zdrowotnych, w której wskazano godziny pracy, zakres zadań oraz miejsce świadczenia pracy.

(dowód: akta kontroli str. 79-80, 91-94, 104, 110, 117-127)

1.4. Przewodniczący Zespołu pełnił równocześnie funkcję zastępcy dyrektora do spraw leczenia. Wchodzące w skład Zespołu pielęgniarki były zatrudnione na stanowiskach kierownika Działu Higieny i Epidemiologii oraz młodszych asystentów do spraw higieny szpitalnej. Diagnosta laboratoryjny pełnił równocześnie obowiązki koordynatora Zakładu Mikrobiologii.

(dowód: akta kontroli str. 80, 94, 104, 110,117)

1.5. Przewodniczący Zespołu spełniał wymogi określone w § 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 maja 2010 r. w sprawie kwalifikacji członków zespołu kontroli zakażeń szpitalnych<sup>10</sup>, posiadając co najmniej trzyletnie doświadczenie w wykonywaniu zawodu lekarza w szpitalu oraz tytuł specjalisty w zakresie organizacji ochrony zdrowia.

(dowód: akta kontroli str. 75, 77)

---

<sup>4</sup> Dz. U. z 2016 r. poz. 1866, ze zm., dalej: „ustawa o zwalczaniu zakażeń”.

<sup>5</sup> Pełna nazwa: „Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych i Polityki Antybiotykowej”, dalej także: „Zespół”.

<sup>6</sup> Dalej także: „Komitet”.

<sup>7</sup> Lata 2016-2017 (do czasu zakończenia kontroli) z uwzględnieniem okresów wcześniejszych, jeżeli zdarzenia mające wówczas miejsce miały wpływ na kontrolowany okres.

<sup>8</sup> Przewodniczący Zespołu nie posiadał takiej specjalizacji.

<sup>9</sup> Zatrudniony w wymiarze ¼ etatu na czas nieokreślony na stanowisku starszego asystenta oraz w wymiarze ¾ etatu w okresie do 14 kwietnia 2019 r. na stanowisku zastępcy dyrektora do spraw leczenia.

<sup>10</sup> Dz. U. z 2014 r. poz. 746, dalej: „rozporządzenie w sprawie kwalifikacji”.

1.6. Pielęgniarki wchodzące w skład Zespołu spełniały wymogi określone w § 3 rozporządzenia w sprawie kwalifikacji, tj. posiadały tytuł pielęgniarki specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego, średnie medyczne lub wyższe wykształcenie w dziedzinie pielęgniarstwa oraz co najmniej trzyletnie doświadczenie w zawodzie pielęgniarki wykonywanym w szpitalu.<sup>11</sup>

(dowód: akta kontroli str. 83-89, 97-98, 105, 107)

1.7. W badanym okresie Szpital dysponował 251 łózkami. Stosownie do wymogu określonego w art. 15 ust. 1 pkt 2 ustawy o zwalczaniu zakażeń<sup>12</sup> w skład Zespołu wchodziły trzy pielęgniarki epidemiologiczne.

(dowód: akta kontroli str. 36)

1.8. Wchodzący w skład Zespołu specjalista do spraw mikrobiologii spełniał wymagania określone w § 4 rozporządzenia w sprawie kwalifikacji, posiadając specjalizację z zakresu mikrobiologii oraz co najmniej dwuletnie doświadczenie w zawodzie diagnosty laboratoryjnego w szpitalnym laboratorium mikrobiologicznym.

(dowód: akta kontroli str. 116)

1.9 Pracownik pełniący funkcję przewodniczącego Zespołu przy wypełnianiu swoich obowiązków w tym zakresie podlegał bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala. Jednocześnie przewodniczący Zespołu był zatrudniony na stanowisku zastępcy dyrektora do spraw lecznictwa i w związku z tym sprawował bezpośredni nadzór nad Działem Higieny i Epidemiologii<sup>13</sup>.

(dowód: akta kontroli str. 81, 95)

1.10. Zakres zadań pracowników Działu Higieny i Epidemiologii obejmował w szczególności: [1] opracowywanie programu kontroli zakażeń szpitalnych, [2] nadzorowanie i monitorowanie stanu sanitarno-epidemiologicznego szpitala, [3] opracowywanie standardów i procedur w zakresie profilaktyki i zwalczania zakażeń szpitalnych, [4] prowadzenie rejestru zakażeń szpitalnych, [5] prowadzenie szkoleń personelu, [6] prowadzenie dokumentacji zespołu kontroli zakażeń szpitalnych, [7] uczestniczenie w planowaniu opieki nad pacjentem z zakażeniem, [8] określanie zapotrzebowania na zakup środków związanych z profilaktyką zakażeń szpitalnych<sup>14</sup>. Nie określono w nim możliwości wnioskowania o udzielenie kar w przypadku stwierdzenia rażących zaniedbań na stanowisku pracy mających wpływ na wystąpienie zakażenia szpitalnego. Zgodnie z regulaminem organizacyjnym do zadań Działu Higieny i Epidemiologii należało egzekwowanie przestrzegania procedur akredytacyjnych dotyczących kontroli zakażeń i higienicznych.

(dowód: akta kontroli str. 95-96, 101-102, 11-112, 49)

1.11. Stosownie do wymogu określonego w art. 15 ust. 3 ustawy o zwalczaniu zakażeń w skład komitetu kontroli zakażeń szpitalnych wchodził: Dyrektor Szpitala,

---

<sup>11</sup> Kierownik Działu Higieny i Epidemiologii oraz jeden z młodszych asystentów do spraw higieny szpitalnej ukończyły liceum medyczne; drugi młodszy asystent do spraw higieny szpitalnej posiadał wykształcenie wyższe. Wszystkie posiadały tytuł pielęgniarki specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego.

<sup>12</sup> W skład zespołu kontroli zakażeń szpitalnych wchodzi pielęgniarka lub położna, jako specjalista do spraw epidemiologii lub higieny i epidemiologii, w liczbie nie mniejszej niż jedna na 200 łóżek szpitalnych.

<sup>13</sup> Komórka organizacyjna, w której były zatrudnione pielęgniarki wchodzące w skład Zespołu.

<sup>14</sup> Por. ramowy zakres czynności opracowany w 1996 r. przez Zespół ds. Zakażeń Szpitalnych przy Biurze Naczelnej Pielęgniarki Kraju.

pracownicy kierujący oddziałami Szpitala, Blokiem Operacyjnym, Izłą Przyjęć i Apteką Szpitalną, członkowie Zespołu<sup>15</sup>, Naczelną Pielęgniarką oraz Lekarzem Medycyny Pracy<sup>16</sup>. Łącznie w skład Komitetu wchodziły 22 osoby.

(dowód: akta kontroli 135-138, 813, 815-817)

1.12. Stosownie do wymogu określonego w art. 14 ust. 1 pkt. 3 lit. c ustawy o zwalczaniu zakażeń w Szpitalu zapewniono możliwość wykonywania badań laboratoryjnych w ciągu całej doby. Działający w Szpitalu Zakład Mikrobiologii był czynny od poniedziałku do piątku w godzinach od 7.00 do 18.00, zaś w soboty, niedziele i święta – od 8.00 do 10.00 albo dłużej, w zależności od ilości dostarczonych badań. W celu zapewnienia całodobowego dostępu do diagnostyki mikrobiologicznej w zakresie bardzo pilnych badań, w stanach zagrożenia zdrowia lub życia pacjenta, zatrudnieni w Zakładzie Mikrobiologii asystenci pełnili dyżury pod telefonem. W systemie dyżurów uczestniczyło pięć z ośmiu osób, zatrudnionych w Zakładzie Mikrobiologii.

(dowód: akta kontroli str. 242, 246)

1.13. W Szpitalu zapewniano szczepienia pracowników przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu B<sup>17</sup>. W 2015 r. zaszczepione przeciw wzv typu B były 534 osoby<sup>18</sup>, w 2016 - 541 osób, a według stanu na koniec czerwca 2017 r. - 554 osoby. W 2015 r. wyszczepionych przeciwko wzv typu B było 95,53% pracowników medycznych, w 2016 r. - 93,28%, a w pierwszym półroczu 2017 r. - 93,74%.

(dowód: akta kontroli str. 601, 821-826)

1.14. Stosownie do wymogów określonych w § 9 ust. 1 i 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 czerwca 2013 r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienie ostrymi narzędziami używanymi przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych<sup>19</sup>, w Szpitalu wdrożono procedurę postępowania po ekspozycji zawodowej<sup>20</sup> oraz procedurę działań profilaktycznych zapobiegających wypadkom przy pracy<sup>21</sup>. Osoby zatrudnione w Szpitalu potwierdzały fakt zapoznania się z powyższymi procedurami podpisując odpowiednie oświadczenie.

(dowód: akta kontroli str. 220-238)

1.15. W Szpitalu działało 28 jednostek klimatyzacyjnych oraz 10 instalacji wentylacji. Stosownie do wymogu określonego w § 39 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność

---

<sup>15</sup> W tym kierownik działu diagnostyki mikrobiologicznej.

<sup>16</sup> Wykonujący zadania służby medycyny pracy w rozumieniu ustawy z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy (Dz. U. z 2014 r. poz. 1184, ze zm.).

<sup>17</sup> Dalej: „wzv typu B”.

<sup>18</sup> Zatrudnione w obszarach świadczenia opieki.

<sup>19</sup> Dz. U. poz. 696.

<sup>20</sup> „Procedura postępowania po ekspozycji zawodowej na krew lub inny materiał biologicznie potencjalnie zakaźny” (KZ 1.9.) oraz zarządzenie Nr 63/2013 Dyrektora Specjalistycznego Szpitala Miejskiego im. M. Kopernika w Toruniu z dnia 18 grudnia 2013 w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienie ostrymi narzędziami używanymi przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w Specjalistycznym Szpitalu Miejskim.

<sup>21</sup> Zarządzenie Nr 30/2004 Dyrektora Specjalistycznego Szpitala Miejskiego im. M. Kopernika w Toruniu z dnia 16 grudnia 2006 r. w sprawie trybu zgłaszania wypadków przy pracy i podejmowania działań profilaktycznych zapobiegających wypadkom.

leczniczą<sup>22</sup>, urządzenia podlegały okresowemu przeglądowi, czyszczeniu lub dezynfekcji, lub wymianie elementów instalacji nie rzadziej niż co 12 miesięcy.

(dowód: akta kontroli str. 187-188, 834, 936, 938)

1.16. Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Toruniu przeprowadził 21 lipca 2014 r. badanie wody na obecność bakterii *Legionella sp.* Ustalenia dotyczące stwierdzonej liczby mikroorganizmów były podstawą wydania 19 sierpnia 2014 r. decyzji w sprawie spełnienia wymogów jakości wody<sup>23</sup> oraz – 29 lipca 2016 r. – decyzji w sprawie wyłączenia z eksploatacji niektórych urządzeń do rozpylania ciepłej wody<sup>24</sup>. W związku z powyższymi decyzjami Szpital przeprowadzał stosowane badania oraz podjął wymagane działania.

(dowód: akta kontroli str. 818-820, 922-935, 936-937)

Ustalone  
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości.

Uwagi dotyczące  
badanej działalności

W Szpitalu nie gromadzono danych na temat szczepień pracowników przeciwko grypie.

NIK zwraca uwagę, że zgodnie ze standardem kontroli zakażeń KZ 1.8 Szpital powinien zapewnić szczepienia w szczególności przeciwko grypie dla wszystkich osób zatrudnionych w obszarach opieki; Szpital powinien też gromadzić informacje o poziomie wyszczepienia pracowników, jak również o absencji chorobowej z powodu grypy.

(dowód: akta kontroli str. 601)

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie kontrolowaną działalność w zbadanym zakresie.

## 2. Zapobieganie i zwalczanie zakażeń szpitalnych

Opis stanu  
faktycznego

2.1. W drodze zarządzenia<sup>25</sup> Dyrektor Szpitala powierzyła Zespołowi realizację zadań, o których mowa w art. 11 ust. 2 ustawy o zwalczaniu zakażeń, tj. w szczególności: [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, [3] wdrożenie i nadzór nad procedurami zapobiegającymi zakażeniom i chorobom zakaźnym związanym z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, w tym dekontaminacji oraz [4] prowadzenie kontroli wewnętrznej w zakresie realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych.

<sup>22</sup> Dz. U. poz. 739.

<sup>23</sup> Szpital został zobowiązany do podjęcia działań w celu doprowadzenia jakości wody ciepłej do stanu zgodności z wymogami określonymi w punkcie 1 tabeli D w załączniku nr 1 oraz w załączniku nr 7 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 marca 2007 r. w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi (Dz. U. Nr 61, poz. 417, ze zm.), opracowania i wdrożenia procedury wewnętrznej kontroli instalacji oraz prowadzenia badań kontrolnych jakości ciepłej wody i informowania o jej wynikach Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Toruniu.

<sup>24</sup> Wyłączenie z eksploatacji urządzenia do rozpylania ciepłej wody w Oddziale Hematologii oraz wyłączenia na bieżąco z eksploatacji urządzenia do rozpylania ciepłej wody użytkowej w oddziałach, na których obecność pałeczek *Legionella sp.* przekroczy w badaniach 1000 jkt/100 ml wody.

<sup>25</sup> Zarządzenie Nr 12/2014 Dyrektora Specjalistycznego Szpitala Miejskiego im. M. Kopernika w Toruniu z dnia 4 lutego 2014 r. w sprawie powołania oraz określenia zadań Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych i Polityki Antybiotykowej, dalej: „zarządzenie w sprawie Zespołu”.

(dowód: akta kontroli str. 128-129)

W okresie objętym kontrolą Dyrektor Szpitala powierzyła<sup>26</sup> Zespołowi: [1] prowadzenie badań w zakresie nadzoru epidemiologicznego środowiska szpitalnego, [2] udział w opracowywaniu oraz nadzorze nad wdrożeniem i przestrzeganiem standardów i zasad postępowania dla czynności dotyczących profilaktyki i kontroli zakażeń, [3] sprawowanie nadzoru nad pacjentem izolowanym z powodu zakażenia szpitalnego lub spowodowanego czynnikiem alarmowym w zakresie pielęgnacji, zasad i sposobu izolacji oraz [4] wnioskowanie do Dyrektora Szpitala w sytuacji ryzyka epidemiologicznego o zmianę organizacji pracy w szpitalu.

(dowód: akta kontroli str. 130-132)

Dyrektor Szpitala podała w swoich wyjaśnieniach, że komitet kontroli zakażeń szpitalnych nie opiniował zarządzenia w sprawie powołania oraz określenia zadań Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych i Polityki Antybiotykowej.

(dowód: akta kontroli str. 845)

2.2. Członkowie zespołu kontroli zakażeń szpitalnych brali udział m.in. w opracowaniu i weryfikacji 63 obowiązujących w Szpitalu procedur związanych z kontrolą zakażeń<sup>27</sup>. Procedury te dotyczyły preparatów dezynfekcyjnych, antyseptycznych, myjąco-dezynfekujących, myjących, nadzoru nad stanem sanitarno-epidemiologicznym, mycia i dezynfekcji rąk, powierzchni i sprzętu użytkowego, Stacji Łóżek z Dezynfektoria, transportu materiału biologicznego do badań laboratoryjnych, mycia, dezynfekcji i sterylizacji sprzętu medycznego wielokrotnego użycia i narzędzi chirurgicznych, bielizny szpitalnej/odzieży roboczej/środków ochrony indywidualnej, ekspozycji zawodowej, izolacji pacjentów, czynników (drobnoustrojów) alarmowych, ogniska epidemicznego, zgłaszania chorób i zakażeń do Państwowego Inspektora Sanitarnego, przeniesienia pacjenta z Oddziału Intensywnej Terapii Medycznej i Anestezjologii do innego oddziału, racjonalnej polityki antybiotykowej. Stosownie do wymogu określonego w § 2 ust. 2 zarządzenia w sprawie Zespołu do jego zadań należy między innymi prowadzenie kontroli wewnętrznej w zakresie realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych oraz przedstawienie wyników i wniosków z tej kontroli Dyrektorowi Szpitala i Komitetowi Kontroli Zakażeń.

(dowód: akta kontroli str. 285-290)

2.3. Preparaty stosowane w procesie mycia, dezynfekcji i sterylizacji sprzętu medycznego zostały wskazane w „Procedurze stosowania preparatów dezynfekcyjnych, antyseptycznych, myjących i myjąco-dezynfekujących” (standard KZ 1-4), opracowanej i sprawdzonej przez pracowników Działu Higieny i Epidemiologii – członków Zespołu. W załączniku KZ 1-4-1 określono nazwę

---

<sup>26</sup> Zarządzenie nr 6/2016 Dyrektora Specjalistycznego Szpitala Miejskiego im. M. Kopernika w Toruniu z dnia 29 stycznia 2016 r. w sprawie powołania oraz określenia zadań Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych i Polityki Antybiotykowej oraz zarządzenie nr 21/2016 Dyrektora Specjalistycznego Szpitala Miejskiego im. M. Kopernika w Toruniu z dnia 11 marca 2016 r. zmieniające zarządzenie Nr 6/2016.

<sup>27</sup> W dniu 19 lipca 2016 r. Szpital uzyskał certyfikat akredytacyjny, potwierdzający spełnienie w zakresie działalności standardów akredytacyjnych dla lecznictwa szpitalnego, o jakich mowa w obwieszczeniu Ministra Zdrowia z dnia 18 stycznia 2010 r. w sprawie standardów akredytacyjnych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania szpitali (Dz. Urz. Ministra Zdrowia Nr 2, poz. 24), dalej: „standardy akredytacyjne”. Procedury akredytacyjne zostały wprowadzone zarządzeniem Nr 70/2015 z dnia 30 grudnia Dyrektora Specjalistycznego Szpitala Miejskiego im. M. Kopernika w Toruniu zmieniającym zarządzenie Nr 53/2011 z dnia 6 września 2011 r. w sprawie wprowadzenia Procedur Akredytacyjnych.



i stężenie preparatu, zakres jego działania, czas dezynfekcji oraz sposób użycia. Ponadto w Szpitalu obowiązywała „Procedura sprzątnia i dekontaminacji pomieszczeń szpitalnych” (standard KZ 1.3) oraz procedury postępowania z odpadami medycznymi zakaźnymi, specjalnymi, komunalnymi i komunalnymi odpadami opakowaniowymi, medycznymi pozostałymi, niebezpiecznymi, nie niebezpiecznymi, dokumentacji odpadu (standardy ŚO13-1-7). Do każdej procedury akredytacyjnej dołączono oświadczenie, że podpisany odpowiedzialny pracownik zapoznał się z jej treścią oraz zobowiązuje się do jej stosowania.

(dowód: akta kontroli str. 383-392, 290)

Zadania w zakresie czyszczenia, mycia, dezynfekcji sprzętu i powierzchni oraz transportu odpadów medycznych były wykonywane przez pracowników Szpitala<sup>28</sup> oraz przez pracowników podmiotu gospodarczego, z którym Szpital zawarł odpowiednią umowę. Umowa ta zawierała postanowienia dotyczące przestrzegania obowiązujących w Szpitalu zasad i procedur związanych z zapobieganiem zakażeniom, akceptacji środków myjących i dezynfekcyjnych przez Kierownika Działu Higieny i Epidemiologii, przechowywania dokumentacji używanych preparatów, prowadzenia dokumentacji wykonywanych czynności oraz udostępniania jej do kontroli.

(dowód: akta kontroli str. 304-382, 393-399)

Szpital prowadził badania mikrobiologiczne potwierdzające skuteczność stosowanych preparatów do czyszczenia, mycia, dezynfekcji sprzętu i powierzchni<sup>29</sup>. W 2016 r. przeprowadzono 20 kontroli czystości mikrobiologicznej środowiska szpitalnego, a pierwszym półroczu 2017 r. – 10 takich kontroli.

(dowód: akta kontroli str. 607, 611)

2.4. W Szpitalu wprowadzono „Procedurę prowadzenia działań redukujących ryzyko zakażeń (KZ 1)”, w której opisano postępowanie redukujące ryzyko zakażeń, stosownie do wymogów określonych w standardzie akredytacyjnym.

(dowód: akta kontroli str. 910-915)

2.5. Kontrole wewnętrzne odbywały się zgodnie z wymogami określonymi w § 2-4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 maja 2010 r. w sprawie zakresu, sposobu i częstotliwości prowadzenia kontroli wewnętrznej w obszarze realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych<sup>30</sup>, w oparciu o procedurę akredytacyjną<sup>31</sup>. Kontrole prowadzono zgodnie z planem kontroli oraz potrzebami wynikającymi z sytuacji epidemiologicznej. Czynności kontrolne przeprowadzały osoby wchodzące w skład Zespołu. W 2016 r. Zespół przeprowadził 11 kontroli stosowania antybiotykowej profilaktyki okołozabiegowej oraz siedem kontroli, w których pobrano materiał do badań mikrobiologicznych w celach epidemiologicznych. W I połowie 2017 r. Zespół przeprowadził dziewięć kontroli z pobraniem materiału do badań mikrobiologicznych. Ponadto Zespół prowadził badania punktowe zakażeń związanych z opieką zdrowotną i badania stosowania antybiotyków<sup>32</sup>. Kontrole wewnętrzne w badanym okresie przeprowadzali także

---

<sup>28</sup> Według stanu na 30 czerwca 2017 r. – 18 osób.

<sup>29</sup> „Procedura monitorowania czystości mikrobiologicznej środowiska szpitalnego” (KZ 1.1.-2).

<sup>30</sup> Dz. U. Nr 100, poz. 646, dalej: „rozporządzenie w sprawie kontroli wewnętrznej”.

<sup>31</sup> „Procedura prowadzenia kontroli wewnętrznej w obszarze realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych” (KZ 1.1. – 1).

<sup>32</sup> W 2016 r. stwierdzono, że 33,27% pacjentów otrzymało jeden lub więcej leków przeciwdrobnoustrojowych, w szpitalach biorących udział w badaniu leki przeciwdrobnoustrojowe otrzymywało 29%.

pracownicy Działu Higieny i Epidemiologii<sup>33</sup>. Kontrole wewnętrzne obejmowały ocenę prawidłowości i skuteczności działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych. Przeprowadzono je za pomocą kwestionariuszy, w których odnotowywane były wnioski i zalecenia pokontrolne. Raporty z kontroli były akceptowane przez przewodniczącego Zespołu, a następnie przedstawiane Dyrektor Szpitala oraz Komitetowi. Dokonywano także przeglądów stosowanych procedur. Jednocześnie liczba zakażeń szpitalnych nieznacznie zmniejszyła się - z 358 przypadków w 2015 r. - do 328 przypadków w 2016 r.

(dowód: akta kontroli str. 616-617, 619-620, 607-613).

2.6. W latach 2016-2017 plany szkoleń ustalane były na podstawie zarządzenia Dyrektora Szpitala<sup>34</sup>. Szkolenia personelu Szpitala prowadzone były zgodnie ze standardem kontroli zakażeń KZ 5, tj. większość personelu Szpitala dwa razy w roku uczestniczyła w szkoleniach na temat zakażeń. Członkowie Zespołu przeprowadzili 12 bloków szkoleniowych w 2016 r. oraz dziewięć w pierwszym półroczu 2017 r. W 2016 r. w szkoleniach uczestniczyło 678 członków personelu medycznego i 35 innych pracowników, zaś w pierwszym półroczu 2017 r. – 251 członków medycznego oraz 69 innych pracowników.

(dowód: akta kontroli str. 155, 157-159, 175, 177-182, 827)

2.7. Szkolenia zatrudnianych pracowników z zakresu obowiązujących procedur odbywały się w ramach kursu „Zapewnienie bezpieczeństwa epidemiologicznego pacjentom i personelowi – wybrane zagadnienia”. W 2016 r. w takim szkoleniu uczestniczyły 64 osoby, a w I półroczu 2017 r. - 22 osoby. Umowa z podmiotem świadczącym na terenie Szpitala usługi sprzątnięcia zawierała postanowienia zobowiązujące do szkolenia pracowników z zakresu zakażeń szpitalnych.

(dowód: akta kontroli str. 306, 909)

2.8. Kontrole wyposażenia pomieszczeń w dozowniki z mydłem w płynie i dozowniki ze środkiem były prowadzone w ramach bieżącego nadzoru nad stanem sanitarno-higienicznym pomieszczeń szpitalnych, oceny realizacji procedury higienicznego mycia i dezynfekcji rąk oraz bieżącego nadzoru nad realizacją usługi świadczonej przez firmę zewnętrzną w zakresie utrzymania czystości. Sprawdzenie wyposażenia stanowiło także element kontroli procedury higienicznej izolacji w zakażeniach szerzących się drogą kropelkową. Ponadto dwa razy do roku w Szpitalu sporządzano raporty zużycia preparatów do dezynfekcji rąk.

---

<sup>33</sup> Zakres przedmiotowy kontroli w 2016 r. obejmował [1] czystość mikrobiologiczną środowiska szpitalnego, [2] kontrolę efektywności mycia endoskopów giętkich w automatycznej myjni ETD 4 – Pracownia endoskopowa, [3] zużycie preparatów do dezynfekcji rąk oraz liczbę dezynfekcji na dobę na jednego pacjenta, [4] kontrolę mikrobiologiczną skóry rąk personelu, [5] realizację procedury higienicznego mycia rąk, [6] realizację procedury izolacji chorych zakażonych oraz pacjentów o podwyższonym ryzyku zakażenia, [7] stanu sanitarno-epidemiologicznego (odpowiednio: 20, 44, 2, 28, 40, 30, 41 kontroli). W pierwszym półroczu 2017 r. przeprowadzone kontrole dotyczyły [1] czystości mikrobiologicznej środowiska szpitalnego, [2] efektywności mycia endoskopów giętkich w automatycznej myjni ETD 4 – Pracownia endoskopowa, [3] realizacji procedury higienicznego mycia i dezynfekcji rąk, [4] skuteczności procesu sterylizacji [5] zużycia preparatów do dezynfekcji rąk oraz liczby dezynfekcji na dobę na jednego pacjenta w oddziałach, [6] stanu sanitarno-epidemiologicznego, [7] izolacji chorych zakażonych oraz pacjentów o podwyższonym ryzyku zakażenia (odpowiednio: 16, 37, 12, 1, 1, 5, 63 kontroli).

<sup>34</sup> Zarządzenia Nr 19/2016 Dyrektora Specjalistycznego Szpitala Miejskiego im. M. Kopernika w Toruniu z dnia 2 marca 2016 r. oraz zarządzenie Nr 23/2017 Dyrektora Specjalistycznego Szpitala Miejskiego im. M. Kopernika z dnia 4 maja 2017 r. w sprawie ustalania zasad ponoszenia przez Specjalistyczny Szpital Miejski im. M. Kopernika kosztów związanych z podnoszeniem kwalifikacji zawodowych pracowników i uczestnictwem w szkoleniach.

(dowód: akta kontroli str. 802, 934)

2.9. W 2015 r. zużycie środka dezynfekcyjnego do higieny rąk na bazie alkoholu w przeliczeniu na jedno łóżko szpitalne wyniosło 4,41 l, w 2016 r. - 4,6 l, a w pierwszym półroczu 2017 r. - 2,5 l.

(dowód: akta kontroli str. 758)

2.10. Osoby podejrzane o zakażenie szpitalne lub chorobę zakaźną oraz osoby, u których rozpoznano zakażenie, były konsultowane przez Zespół. W badanym okresie konsultowanych było 318 pacjentów.

(dowód: akta kontroli str. 845)

2.11. Posiedzenia zespołu kontroli zakażeń szpitalnych odbywały się na podstawie zatwierdzonego przez Dyrektora Szpitala Programu Zapobiegania i Zwalczania Zakażeń Szpitalnych. Na lata 2016-2017 planowano odbycie 12 posiedzeń Zespołu (raz w miesiącu). W 2016 r. faktycznie odbyło się 15 posiedzeń Zespołu. Natomiast do końca czerwca 2017 r. odbyło się osiem posiedzeń<sup>35</sup>. Co do zasady w posiedzeniach Zespołu brał udział diagnosta laboratoryjny<sup>36</sup>. Posiedzenia Zespołu były dokumentowane w formie protokołu.

(dowód: akta kontroli str. 189-213)

2.12. Stosownie do wymogów określonych w art. 15 ust. 4 pkt 1-3 ustawy o zwalczaniu zakażeń, Komitet zaopiniował opracowany przez Zespół program zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych na 2016 i 2017 r., prowadził ocenę wyników kontroli wewnętrznej przedstawianych przez Zespół oraz aktualizował standardy profilaktyki i leczenia zakażeń.

(dowód: akta kontroli str. 786-793)

2.13. Stosownie do wymogu określonego w standardzie kontroli zakażeń KZ 4 posiedzenia Komitetu odbywały się nie rzadziej niż raz na pół roku. W posiedzeniach brała udział Dyrektora Szpitala oraz Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa. Posiedzenia Komitetu były dokumentowane w formie protokołu.

(dowód: akta kontroli str. 214-219)

2.14. W Szpitalu powołano Komitet Terapeutyczny<sup>37</sup>, właściwy do opracowania receptariusza szpitalnego. Szpital posiadał własny receptariusz (Szpitalną Listę Leków) oraz instrukcję w sprawie gospodarki środkami farmaceutycznymi i materiałami medycznymi<sup>38</sup>. Stosowane w Szpitalu leki (w tym antybiotyki) podzielone zostały na trzy grupy dostępności: [1] niewymagające akceptacji kierownika oddziału, [2] wymagające takiej zgody leki rezerwowe oraz [3] leki spoza Szpitalnej Listy Leków, wymagające zgody Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa.

(dowód: akta kontroli str. 412-435)

Elementem polityki antybiotykowej Szpitala były schematy antybiotykowej profilaktyki okołozabiegowej w urologii, ortopedii, chirurgii, neurochirurgii

---

<sup>35</sup> W dniu 9 lutego 2017 r. odbyły się dwa spotkania Zespołu w związku z ogniskiem epidemiologicznym na Oddziale Hematologii.

<sup>36</sup> Nie uczestniczył on jedynie w posiedzeniu 22 marca 2016 r.

<sup>37</sup> Zarządzenie Nr 36 Dyrektora Specjalistycznego Szpitala Miejskiego im. M. Kopernika z dnia 19 września 2000 r. w sprawie powołania Komitetu Terapeutycznego (ze zm.).

<sup>38</sup> Zarządzenie Nr 73/2015 Dyrektora Specjalistycznego Szpitala Miejskiego im. M. Kopernika z dnia 1 grudnia 2015 r. w sprawie gospodarki środkami farmaceutycznymi i materiałami medycznymi.

i kardiologii<sup>39</sup>. Zasady stosowania antybiotyków zostały także określone w obowiązujących w Szpitalu procedurach akredytacyjnych, dotyczących postępowania w przypadku podejrzenia albo wystąpienia: zapalenia płuc (KZ 6-1), zakażenia układu moczowego (KZ 6-2), zakażenia krwi (KZ 6-3), zakażenia ośrodkowego układu nerwowego (standard KZ 6-4), zakażenia wewnątrzbrzusznego (KZ 6-5), złamania otwartego (KZ 6-6) oraz postępowania z pacjentem z gorączką neutropeniczną (KZ 6-7). W Szpitalu wprowadzono procedurę monitorowania i rejestracji zakażeń szpitalnych oraz czynników alarmowych<sup>40</sup>. W procedurach tych zawarto wytyczne dotyczące diagnostyki i leczenia (w tym schematy leczenia, odpowiednie do poszczególnych rodzajów zakażenia).

(dowód: akta kontroli str. 435-475, 539-584)

Receptariusz szpitalny był wielokrotnie aktualizowany, w tym również w zakresie chemioterapeutyków.

(dowód: akta kontroli str. 848-893)

2.15. Komitet uczestniczył w opracowywaniu i aktualizacji standardów farmakoprofilaktyki i farmakoterapii zakażeń i chorób zakaźnych w Szpitalu, stosownie do wymogów określonych w art. 15 ust. 4 pkt 3 ustawy o zwalczaniu zakażeń. Przykładem było poszerzenie katalogu pacjentów, którym obowiązkowo przy przyjęciu do Szpitala należało pobrać materiał do badań mikrobiologicznych<sup>41</sup>.

(dowód: akta kontroli str. 476-482)

2.16. Zespół współpracował z Komitetem Terapeutycznym w związku ze zmianami receptariusza szpitalnego. W szczególności w Szpitalu przeprowadzono retrospektywną analizę zużycia antybiotyków, sporządzając roczne raporty ich zużycia i stosowania antybiotykowej polityki okołozabiegowej oraz półroczne raporty z kontroli stosowania antybiotyków w wybranych oddziałach.

(dowód: akta kontroli str. 528-538, 663-667, 669)

W Szpitalu wprowadzono obowiązek stosowania antybiotykowej profilaktyki okołozabiegowej<sup>42</sup>.

(dowód: akta kontroli str. 476-475)

W Szpitalu w czerwcu i listopadzie 2016 r. przeprowadzono szkolenia dla personelu medycznego w zakresie racjonalnej antybiotykoterapii; w 2017 r. szkolenie takie odbyło się w listopadzie 2017 r.

(dowód: akta kontroli str. 155, 179)

Ustalenia dotyczące analizy najczęściej występujących zakażeń w Szpitalu zostały opisane w punkcie 2.19., a dotyczące nadzoru nad stosowaniem antybiotyków – w punkcie 2.14. niniejszego wystąpienia pokontrolnego.

(dowód: akta kontroli str. 400, 435-475, 539-584)

---

<sup>39</sup> Zarządzenie Nr 17/2017 Dyrektora Specjalistycznego Szpitala Miejskiego im. M. Kopernika z dnia 11 kwietnia 2017 r. w sprawie antybiotykowej profilaktyki okołozabiegowej.

<sup>40</sup> Zarządzenie nr 1/2015 Dyrektora Specjalistycznego Szpitala Miejskiego im. M. Kopernika z dnia 7 stycznia 2015 r. w sprawie monitorowania i rejestracji zakażeń oraz czynników alarmowych.

<sup>41</sup> Zarządzenia Dyrektora Specjalistycznego Szpitala Miejskiego im. M. Kopernika w Toruniu z dnia 9 października 2014 r. (Nr 63/2014), 20 maja 2016 r. (Nr 36/2016) oraz 25 sierpnia 2016 r. (Nr 45/2016) w sprawie obowiązku pobierania materiału do badań mikrobiologicznych.

<sup>42</sup> Zarządzenie nr 17/2017 Dyrektora Specjalistycznego Szpitala Miejskiego im. M. Kopernika w Toruniu z dnia 11 kwietnia 2017 r. w sprawie antybiotykowej profilaktyki okołozabiegowej.

2.17. W Szpitalu od marca 2016 r. przeprowadzano kontrole wewnętrzne stosowania antybiotyków w wybranych oddziałach. W 2016 r. przeprowadzono 29 takich kontroli, zaś w pierwszym półroczu 2017 r. - 18. Kontrole przeprowadzał zespół kontroli zakażeń szpitalnych, dokumentując je w formie protokołu. Wyniki i wnioski zawarte w półrocznych raportach przedstawiano Dyrektor Szpitala.

(dowód: akta kontroli str. 663-668)

2.18. W 2016 r. u 170 pacjentów z 299, u których wykryto zakażenie, a więc u 56,9% pacjentów, wykonano badanie mikrobiologiczne, natomiast w pierwszym półroczu 2017 r. - u 99 ze 166 pacjentów, u których wykryto zakażenie (59,6%). W przeliczeniu na liczbę pacjentów z wykrytym zakażeniem najwięcej badań zostało wykonanych w oddziałach: Rehabilitacji Neurologicznej (14 z 18 pacjentów), Intensywnej Terapii Medycznej i Anestezjologii (20 z 27 pacjentów) oraz Hematologii (35 z 50 pacjentów). Natomiast w przeliczeniu na jedno łóżko szpitalne najwięcej badań mikrobiologicznych wykonano w oddziałach: Intensywnej Terapii Medycznej i Anestezjologii (186), Hematologii (142) oraz Urologii Ogólnej i Onkologicznej (72).

W pierwszym półroczu 2017 r., w przeliczeniu na liczbę pacjentów z wykrytym zakażeniem, najwięcej badań mikrobiologicznych zostało wykonanych w oddziałach: Hematologii (24 z 25 pacjentów), Intensywnej Terapii Medycznej i Anestezjologii (11 z 12 pacjentów) oraz Kardiologii i Intensywnej Opieki Kardiologicznej (10 z 17 pacjentów). Liczba badań mikrobiologicznych w przeliczeniu na jedno łóżko szpitalne była największa na Oddziale Intensywnej Terapii Medycznej i Anestezjologii (89), Hematologii (72) oraz Urologii Ogólnej i Onkologicznej (32).

(dowód: akta kontroli str. 411)

2.19. W 2015 r. zarejestrowano 358 zakażeń szpitalnych, w 2016 roku – 328, zaś w pierwszym półroczu 2017 r. - 198. Najczęściej występującymi zakażeniami szpitalnymi były: zapalenie płuc<sup>43</sup>, zakażenie miejsca operowanego<sup>44</sup> oraz zakażenia zakwalifikowane do kategorii pozostałe<sup>45</sup>. Zapalenie płuc najczęściej występowało w oddziałach: Kardiologii i Intensywnej Opieki Kardiologicznej, Intensywnej Terapii Medycznej i Anestezjologii oraz Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Naczyń<sup>46</sup>. Zakażenia miejsca operowanego występowały w oddziałach zabiegowych<sup>47</sup> oraz w Oddziale Intensywnej Terapii Medycznej i Anestezjologii<sup>48</sup>, Kardiologii i Intensywnej Opieki Kardiologicznej oraz Neurologii<sup>49</sup>. Współczynnik

---

<sup>43</sup> 116 przypadków w 2015 r., 103 przypadki w 2016 r. oraz 59 przypadków w pierwszym półroczu 2017 r.

<sup>44</sup> 79 przypadków w 2015 r., 70 przypadków w 2016 r. oraz 34 przypadki w pierwszym półroczu 2017 r.

<sup>45</sup> 67 przypadków w 2015 r., 69 przypadków w 2016 r. oraz 57 przypadków w pierwszym półroczu 2017 r. (zakażenie dolnych dróg oddechowych, inne niż zapalenie płuc, zakażenie związane z obwodowym cewnikiem naczyniowym, zakażenie związane z centralnym cewnikiem naczyniowym, zakażenia skóry i tkanki podskórnej, zakażenia oka, ucha, nosa lub jamy ustnej, zakażenia kości i stawów, zakażenia ośrodkowego układu nerwowego).

<sup>46</sup> W 2015 r. odpowiednio 21, 20 i 14 spośród 116 przypadków, w 2016 r. odpowiednio 18, 19, 20 spośród 103 przypadków, a w pierwszym półroczu 2017 r. odpowiednio 10, 5, 16 spośród 59 przypadków.

<sup>47</sup> Oddziały: Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Naczyń, Urazowo-Ortopedyczny, Urologii Ogólnej i Onkologicznej oraz Neurochirurgii (w 2015 r. odpowiednio 35, 18, 22 i 1 spośród 79 przypadków, w 2016 r. odpowiednio 37, 14, 12, 3 spośród 70 przypadków, a w pierwszym półroczu 2017 r. odpowiednio 14, 16, 2 spośród 34 przypadków).

<sup>48</sup> Trzy przypadki w 2015 r. i po dwa przypadki w 2016 r. oraz pierwszym półroczu 2017 r.

<sup>49</sup> Po jednym przypadku w 2016 r.

zachorowalności<sup>50</sup> wyniósł w 2015 r. 2,7%, w 2016 r. 2,6%, a w pierwszym półroczu 2017 r. 2,9%.

(dowód: akta kontroli str. 947)

2.20. W 2015 r. liczba zgonów związanych z wystąpieniem zakażenia szpitalnego wyniosła 10, w 2016 r. - osiem, a w pierwszym półroczu 2017 r. nie stwierdzono przypadków, w których zgon związany byłby z zakażeniem<sup>51</sup>.

(dowód: akta kontroli str. 18, 38, 401,402, 483)

2.21. W Szpitalu opracowano i wdrożono procedurę postępowania w przypadku występowania w poszczególnych oddziałach 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 epidemicznej szpitala<sup>52</sup>.

(dowód: akta kontroli str. 539-584)

2.22. Zakład Mikrobiologii przekazywał Zespołowi wykaz wyhodowanych patogenów alarmowych w postaci mapy mikrobiologicznej w raportach półrocznych i rocznym.

(dowód: akta kontroli str. 483)

2.23. Raport mikrobiologiczny, sporządzany w Szpitalu co najmniej raz w roku, zawierał wykaz najczęściej wyhodowanych patogenów w oddziałach, odsetek wrażliwości drobnoustrojów na leki przeciwbakteryjne oraz trendy zmian lekowrażliwości najczęściej izolowanych drobnoustrojów, analizę szczepów wieloopornych, a także mapę mikrobiologiczną. Raport ten był przedkładany do akceptacji Dyrektorowi Szpitala, omawiany na posiedzeniu Zespołu i Komitetu oraz przekazywany za potwierdzeniem odbioru kierownikom i koordynatorom jednostek organizacyjnych (zobowiązany do zapoznania pozostałych pracowników z treścią raportu). Raport oparty był o badania mikrobiologiczne pacjentów Szpitala, opracowywane łącznie dla zakażeń szpitalnych i pozaszpitalnych. Raport zawierał informację o liczbie przeprowadzonych badań mikrobiologicznych w stosunku do liczby łóżek w poszczególnych oddziałach<sup>53</sup>.

(dowód: akta kontroli str. 490-527)

Kierownik Zakładu Mikrobiologii podała w wyjaśnieniach, że nie były możliwe osobne analizy dla zakażeń szpitalnych i pozaszpitalnych, stosownie do wytycznych Konsultanta Krajowego w Dziedzinie Mikrobiologii Lekarskiej (z istotnej statystycznie liczby, tj. co najmniej 30 szczepów tego samego gatunku, dla danego rodzaju zakażenia, dla każdego oddziału oddzielnie), ze względu na zbyt małą liczbę danych do analizy.

(dowód: akta kontroli str.935)

2.24. Sprawozdania z badania mikrobiologicznego były generowane przy pomocy wyspecjalizowanej aplikacji. W przypadku identyfikacji drobnoustroju alarmowego zagrażającego życiu pacjenta odpowiednia informacja przekazywana była do lekarza zlecającego badanie (a w czasie dyżuru – do lekarza dyżurnego oddziału), do Działu Higieny i Epidemiologii, albo do pacjenta, pod wskazany przez

---

<sup>50</sup> Rozumiany jako iloraz liczby wykrytych zakażeń oraz liczby hospitalizacji.

<sup>51</sup> Wskazane dane są niezgodne ze sprawozdaniem MZ-29 za 2015 i 2016 r., co szerzej opisano w części dotyczącej stwierdzonych nieprawidłowości.

<sup>52</sup> Dz. U. z 2011 r. Nr 294, poz. 1741, dalej: „rozporządzenie w sprawie czynników alarmowych”.

<sup>53</sup> Raport ten nie zawierał danych dotyczących liczby pacjentów, danych dotyczącej obsługiwanej przez Szpital populacji oraz danych demograficznych pacjentów.

niego numer telefonu lub adres. Informacja o wykonaniu telefonu do lekarza była odnotowywana w księdze badań mikrobiologicznych. Po wydrukowaniu i autoryzacji sprawozdania były przekazywane do poszczególnych komórek organizacyjnych. Sprawozdania zawierające informację o drobnoustroju alarmowym dodatkowo były oznaczane pieczęcią „Drobnoustrój Alarmowy”.

(dowód: akta kontroli str. 484-486, 935)

2.25. Stosownie do wymogów określonych w art. 29 ust. 1 ustawy o zwalczaniu zakażeń w 2016 r. dokonano 17, a w pierwszym półroczu 2017 r. - sześciu zgłoszeń biologicznych czynników chorobotwórczych podlegających zgłoszeniu. Zakład Mikrobiologii prowadził wewnętrzny rejestr szczepów zgłaszanych do Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego, w którym odnotowywano datę pobrania próby i datę wysłania zgłoszenia listem poleconym. W 2016 r. dwóch zgłoszeń dokonano po terminie, a w 2017 r. nie dokonano dwóch zgłoszeń, co zostało szerzej opisane w dalszej części niniejszego wystąpienia pokontrolnego.

(dowód: akta kontroli str. 630-633)

2.26. Rejestracja zakażeń w Szpitalu odbywała się na bieżąco. W Szpitalu przyjęto kryteria rozpoznawania zakażeń zgodnie ze standardem kontroli zakażeń KZ 2.1. (m.in. zakażenia: miejsca operowanego, dróg moczowych, dróg oddechowych, łożyska naczyniowego i przenoszone drogą krwiopochodną). Osoby zatrudnione w Szpitalu potwierdzały fakt zapoznania się z wprowadzonymi procedurami podpisując odpowiednie oświadczenie.

Rejestracja zakażeń szpitalnych była prowadzona przez pracowników Działu Higieny i Epidemiologii. Stosownie do przyjętej procedury lekarz był zobowiązany do: [1] poinformowania pielęgniarki łącznikowej lub epidemiologicznej o podejrzeniu, albo stwierdzeniu zakażenia lub kolonizacji czynnikiem alarmowym, [2] wypełnienia karty rejestracji zakażenia/czynnika alarmowego oraz [3] udzielania niezbędnych wyjaśnień. Drugim źródłem danych dla Działu Higieny i Epidemiologii były informacje Zakładu Mikrobiologii o wyhodowaniu drobnoustroju alarmowego. Ponadto pielęgniarki łącznikowe w oddziałach szpitalnych monitorowały czynniki ryzyka związane z udzielaniem świadczeń zdrowotnych poprzez wypełnianie adekwatnej do oddziału karty wskazanej w procedurze. Szczegółowy opis kart rejestracji zakażenia szpitalnego zawarto w pkt. 2.28. wystąpienia pokontrolnego.

(dowód: akta kontroli str. 539-584, 929-931)

2.27. Rejestr zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych zawierał informacje wymagane w art. 14 ust. 5 ustawy o zakażeniach, tj. w szczególności imię i nazwisko osoby, u której rozpoznano zakażenie szpitalne lub czynnik alarmowy, datę urodzenia, numer PESEL<sup>54</sup>, płeć, adres miejsca zamieszkania oraz rozpoznanie kliniczne zakażenia szpitalnego lub czynnika alarmowego oraz charakterystykę podstawowych objawów klinicznych oraz okoliczności wystąpienia zakażenia, zachorowania lub zgonu z powodu zakażenia szpitalnego lub czynnika alarmowego, ze szczególnym uwzględnieniem czynników ryzyka oraz charakterystyki biologicznego czynnika chorobotwórczego, oraz inne informacje niezbędne do sprawowania nadzoru epidemiologicznego, zgodnie z zasadami współczesnej wiedzy medycznej.

(dowód: akta kontroli str. 569-572)

---

<sup>54</sup> A w przypadku, gdy osobie nie nadano tego numeru, serię i numer paszportu albo numer identyfikacyjny innego dokumentu, na podstawie którego jest możliwe ustalenie danych osobowych.

2.28. Na podstawie 59 kart rejestracji zakażenia szpitalnego/czynnika alarmowego, zarejestrowanych od stycznia 2017 r. w Oddziałach Intensywnej Terapii Medycznej i Anestezjologii (19 kart), Chirurgii Ogólnej Onkologicznej i Naczyń (20 kart) oraz Hematologii (20 kart), stwierdzono że 55 kart było założonych w formie elektronicznej. Karty te zawierały wszystkie dane określone w art. 14 ust. 5 pkt 1-6 ustawy o zwalczaniu zakażeń. Karty były wypełniane w sposób kompletny, tj. poprzez wypełnienie wszystkich wymaganych pól<sup>55</sup>, z wyjątkiem przypadków opisanych w sekcji *Uwagi dotyczące badanej działalności*.

(dowód: akta kontroli str. 847)

2.29. Rejestr zakażeń prowadzony był na bieżąco. Do współpracy w prowadzeniu tego rejestru na każdym oddziale powołano pielęgniarkę łącznikową<sup>56</sup>. Do jej obowiązków należało prowadzenie karty obserwacji miejsca chirurgicznego, monitorowanie czynników ryzyka zakażeń szpitalnych związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, informowanie pielęgniarki epidemiologicznej o podejrzeniu, albo rozpoznaniu zakażenia lub kolonizacji czynnikiem alarmowym, codzienne informowanie o pacjentach z gorączką powyżej 38°C lub biegunką, a także wypełnianie karty rejestracji zakażenia/czynnika alarmowego.

(dowód: akta kontroli str. 541)

2.30. W 2015 r. w Szpitalu hospitalizowano 13 236 pacjentów, w 2016 r. - 12 833, a w pierwszym półroczu 2017 r. - 6 732. Stosownie do przyjętych procedur w trakcie badania przedmiotowego lekarz zobowiązany był między innymi do wykonania oceny ryzyka zakażenia przy przyjęciu pacjenta do szpitala<sup>57</sup>. Ocena ryzyka obejmowała 22 kategorie czynników ryzyka. Na tej podstawie pacjent kwalifikowany był do jednej z czterech grupy ryzyka. Na podstawie analizy próby wewnętrznej dokumentacji medycznej 50 pacjentów<sup>58</sup> stwierdzono, że: w dwóch przypadkach kwestionariusz oceny ryzyka zakażenia przy przyjęciu do szpitala nie został wypełniony<sup>59</sup>, w jednym przypadku popełniono błąd w trakcie oceny ryzyka zakażenia.

(dowód: akta kontroli str. 411, 939)

2.31. Stosowane w Szpitalu procedury pozwoliły Zespołowi na ocenę skuteczności wdrożonych procedur zapobiegających szerzeniu się zakażeń szpitalnych. Monitorowano w szczególności zakażenia miejsca operowanego, dróg moczowych, dróg oddechowych, w tym zapalenia płuc u pacjentów leczonych respiratorem, łóżyska naczyniowego. W raportach dokonywano analizy zachorowalności i śmiertelności z powodu zakażeń szpitalnych. W raporcie za rok 2016 stwierdzono, że wymagane jest zintensyfikowanie działań w zakresie przestrzegania zaleceń i zasad racjonalnej antybiotykoterapii oraz izolacji ochronnej i barierowej, weryfikacji wymaga postępowanie związane ze standardem zakładania i pielęgnacji dostępów naczyniowych, z uwagi na rozprzestrzenianie się w środowisku szpitalnym *Klebsiella pneumoniae*, najczęściej poprzez nieprawidłową higienę rąk; wymagane jest

---

<sup>55</sup> Stosownie do wymogów określonych w zarządzeniu nr 1/2015 Dyrektora Specjalistycznego Szpitala Miejskiego im. M. Kopernika w Toruniu.

<sup>56</sup> Na oddziałach zabiegowych była to pielęgniarka opatunkowa lub pracująca w systemie jednozmianowym, a na oddziałach zachowawczych pielęgniarka pracująca w systemie jednozmianowym.

<sup>57</sup> W przypadku pacjenta nieprzytomnego lub bez kontaktu, jeśli nie można zebrać wywiadu przy przyjęciu, konieczne jest jak najszybsze uzupełnienie niezbędnych informacji od pacjenta lub rodziny.

<sup>58</sup> Losowa próba 50 pierwszych pacjentów przyjętych do Szpitala w maju 2017 r.

<sup>59</sup> W jednym przypadku ocena nie została sporządzona przez lekarza przyjmującego (m.in. brak w karcie badania przedmiotowego podpisu lekarza). W kolejnym przypadku historia choroby nie zawierała strony, na której znajdował się kwestionariusz ocena ryzyka.



zwiększenie bezpośredniego nadzoru kadry kierowniczej w zakresie przestrzegania obowiązujących zasad dezynfekcji rąk oraz przygotowania rąk do wykonywania czynności diagnostyczno-zabiegowych i pielęgnacyjnych<sup>60</sup>.

(dowód: akta kontroli str. 713)

2.32. Dane uzyskane z monitorowania zakażeń szpitalnych wpłynęły na zmianę praktyk opieki nad pacjentem. W Szpitalu stosowane były zamknięte systemy zbiórki kału pacjentów z biegunką spowodowaną *Clostridium difficile*, do tlenoterapii stosowane były jednorazowe opakowania sterylnej, apirogennej wody, toaleta jamy ustnej pacjentów leżących oraz wymagających kompleksowej opieki była wykonywana z użyciem zestawów jednorazowych, odsysanie wydzieliny z dróg oddechowych u pacjentów zaintubowanych z zakażeniem dróg oddechowych było wykonywane w systemie zamkniętym, a toaleta pacjentów w stanie zagrożenia życia, wymagających pilnych zabiegów inwazyjnych, była wykonywana przy użyciu jednorazowych zestawów do szybkiej dekontaminacji skóry.

(dowód: akta kontroli str.847)

2.33. W Szpitalu opracowano procedury zapobiegania szerzeniu się zakażeń szpitalnych uwzględniające standardowe środki ostrożności, drogi przenoszenia zakażenia (kontaktową i oddechową), izolację ochronną oraz izolację empiryczną. Opracowano także procedurę postępowania w przypadku leczenia pacjenta skolonizowanego lub zakażonego gronkowcem złocistym metycylinoopornym<sup>61</sup> oraz podejrzenia lub potwierdzenia obecności szczepów *Enterobacteriaceae* wytwarzających karbapenemazy typu KPC, MBL, OXA-48. Szpital dysponował pomieszczeniami do izolacji pacjentów<sup>62</sup>. Były to: izolatki w Oddziale Hematologii, osiem sal jednoosobowych z węzłem sanitarnym<sup>63</sup> oraz osiem bez węzła sanitarnego<sup>64</sup>. W Szpitalu przeprowadzano kontrole wewnętrzne realizacji procedury izolacji chorych zakażonych oraz pacjentów o podwyższonym ryzyku zakażenia (w 2016 r. 29 kontroli, w 2017 r. 55 kontroli), udokumentowane protokołami.

(dowód: akta kontroli 585-600, 720-746, 755, 906-908)

2.34. Udział patogenów alarmowych w zakażeniach szpitalnych wynosił: w 2015 r. 93 z 358 zakażeń zarejestrowanych, w 2016 r. 73 z 328, a w pierwszym półroczu 2017 r. 68 ze 198. Dominującym patogenem alarmowym w oddziałach szpitalnych, w okresie od stycznia 2015 r. do czerwca 2017 r., były *Enterobacteriaceae sp.* wytwarzające beta-laktamazy o rozszerzonym spektrum substratowym lub odporne na karbapenemy lub dwie grupy leków lub polimyksyny<sup>65</sup>.

(dowód akta kontroli: str. 405-407, 828-830)

2.35. Szpital dokonywał zgłoszenia przypadków podejrzenia lub rozpoznania zakażenia chorobami wskazanymi w załączniku nr 1 do rozporządzenia Ministra

---

<sup>60</sup> W 2016 r. w Szpitalu hospitalizowano trzech pacjentów, u których stwierdzono kolonizację szczepem *Klebsiella pneumoniae* MBL NDM niezwiązaną z hospitalizacją w Szpitalu.

<sup>61</sup> MRSA.

<sup>62</sup> W tym chorych o podwyższonym ryzyku rozprzestrzeniania się zakażenia.

<sup>63</sup> Po jednej w Oddziałach: Urologii Ogólnej i Onkologicznej, Urazowo-Ortopedycznym, Kardiologii i Intensywnej Opieki Kardiologicznej, Neurologii, Neurochirurgii, Rehabilitacji Ogólnoustrojowej i Neurologicznej, dwie sale na Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Naczyń.

<sup>64</sup> Po jednej w Oddziałach: Urologii Ogólnej i Onkologicznej, Intensywnej Terapii Medycznej i Anestezjologii oraz Chorób Wewnętrznych, dwie na Urazowo-Ortopedycznym i trzy na Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Naczyń.

<sup>65</sup> W 2015 r. stanowiły one 50% zakażeń szpitalnych na Oddziale Intensywnej Terapii Medycznej i Anestezjologii, 20,5% na oddziałach zabiegowych i 11% na oddziałach zachowawczych, w 2016 r. odpowiednio 29,72%, 14,78% i 10,06%, a w pierwszym półroczu 2017 r. 52,63%, 7,5% i 21,21%.

Zdrowia z dnia 10 lipca 2013 r. w sprawie zgłoszeń podejrzenia lub rozpoznania zakażenia, choroby zakaźnej lub zgonu z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej<sup>66</sup>. W 2016 r. obowiązkowi zgłoszenia podlegały 23 przypadki, a w pierwszym półroczu 2017 r. – 32 przypadki<sup>67</sup>. Dwa przypadki w 2016 r. oraz cztery przypadki, jakie miały miejsce w pierwszym półroczu 2017 r. zostały zgłoszone przez lekarza w ciągu 24 godzin od chwili powzięcia podejrzenia lub rozpoznania zakażenia, choroby zakaźnej lub zgonu z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej.

(dowód: akta kontroli str. 769-771)

2.36. W 2015 r. profilaktycznie podano antybiotyki 2 408 z łącznie 3 721 operowanych pacjentów, w 2016 r. 3 171 z 3 787 operowanych, a w I półroczu 2017 r. 1 542 z 1 976 operowanych. U 73 pacjentów, których operowano w 2015 r. i którym podano profilaktycznie antybiotyk, wystąpiło zakażenie szpitalne, w 2016 r. – u 60 takich pacjentów, zaś w I półroczu 2017 r. - u 33 takich pacjentów. U osób, które operowano, a którym nie podano profilaktycznie antybiotyku, zakażenie szpitalne wystąpiło w pięciu przypadkach w 2015 r., w sześciu przypadkach w 2016 r. oraz w jednym przypadku w I półroczu 2017 r.

(dowód: akta kontroli str. 750)

Szpital nie posiadał zagregowanych danych dotyczących podawania profilaktyki antybiotykowej podczas znieczulania anestezyjologicznego. Zgodnie z raportem rocznym z kontroli stosowania antybiotykowej profilaktyki okołozabiegowej w 2016 r. (w oparciu o zbadaną w kontrolach wewnętrznych próbę) w 89,7% przypadków profilaktyka była zastosowana prawidłowo.

(dowód: akta kontroli str. 669)

2.37. W 2015 r. stwierdzono 78 przypadków sepsy, w 2016 r. – 66, a w pierwszym półroczu 2017 r. - 41. W Szpitalu nie zorganizowano zespołu szybkiego reagowania w przypadkach sepsy<sup>68</sup>. Wszystkie przypadki sepsy zostały rozpoznane w trakcie leczenia pacjentów w oddziałach Szpitala.

(dowód: akta kontroli str. 756)

W Szpitalu obowiązywała „Procedura postępowania w przypadku podejrzenia/zakażenia krwi” (KZ 6-3). Określono w niej zasady pobierania materiału do badań mikrobiologicznych – krew na posiew, materiał z innych miejsc na posiew. Ponadto wskazano rodzaj zalecanej empirycznej antybiotykoterapii. W sprawozdawczości dotyczącej zakażeń umieszczano zestawienie rozkładu postaci klinicznych zakażeń szpitalnych, w którym sepsa była wyszczególniana jako jeden z rodzajów zakażenia.

(dowód: akta kontroli str. 677, 697)

Uwzględniając kryterium klinicznego przebiegu zakażenia szpitalnego w 2015 r. stwierdzono 78 zakażeń ciężkich oraz 14 przypadków sepsy (z czego dwa spowodowały zgon pacjenta). W 2016 r. stwierdzono 65 zakażeń ciężkich, 33 przypadki sepsy (z których pięć zakończyło się zgonem). W pierwszym półroczu 2017 r. stwierdzono 33 ciężkie zakażenia oraz siedem przypadków sepsy.

(dowód: akta kontroli str. 757)

---

<sup>66</sup> Dz. U. poz. 848.

<sup>67</sup> W poz. 28 wymieniono rozpoznanie i zgon.

<sup>68</sup> Ang. Sepsis Team.

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następujące nieprawidłowości:

1. Sprawozdania o działalności szpitala ogólnego MZ-29<sup>69</sup> za lata 2015 i 2016 zawierały niegodną ze stanem faktycznym informację o liczbie zgonów spowodowanych zakażeniami szpitalnymi (w dziale 8b. ruch chorych, zmarli z powodu zakażeń wewnątrzszpitalnych). I tak:

- w sprawozdaniu z 2015 r. podano informację o siedmiu zgonach zamiast 10, które faktycznie miały miejsce,
- w sprawozdaniu z 2016 r. podano informację o 10 zgonach zamiast ośmiu, które faktycznie miały miejsce.

Dyrektor Szpitala w swoich wyjaśnieniach podała, że weryfikacja danych zawartych w kartach rejestracji zakażeń szpitalnych trwała dłużej, niż termin sporządzenia sprawozdania MZ-29, co było przyczyną rozbieżności między danymi.

(dowód: akta kontroli str. 18, 38, 401,402, 483)

2. W 2016 r. zatrudnieni w Szpitalu diagnostyki laboratoryjnej w dwóch przypadkach (na 17) dokonali zgłoszeń dodatniego wyniku badania w kierunku biologicznego czynnika chorobotwórczego<sup>70</sup> do Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Toruniu w czasie przekraczającym 24 godzin od chwili uzyskania wyniku. Opóźnienia wyniosły jeden dzień i dwa dni.

W 2017 r. w dwóch przypadkach (na sześć) zatrudnieni w Szpitalu diagnostyki laboratoryjnej nie dokonali opisanych wyżej zgłoszeń.

Zgodnie z art. 29 ust. 1 ustawy o zwalczaniu zakażeń diagnosta laboratoryjny w przypadku uzyskania dodatniego wyniku badania w kierunku biologicznego czynnika chorobotwórczego jest obowiązany do zgłoszenia tego faktu właściwemu państwowemu inspektorowi sanitarnemu. Zgłoszenia dokonuje się niezwłocznie, nie później jednak niż w ciągu 24 godzin od chwili uzyskania wyniku.

(dowód akta kontroli str. 630-632)

Dyrektor Szpitala w swoich wyjaśnieniach podała, że zgłoszenia przekazywane są przesyłką poleconą za pośrednictwem kancelarii Szpitala oraz że większość zgłoszeń realizowana była zgodnie z prawem. Opóźnienia wynikały głównie z braku możliwości wysłania zgłoszeń w dni wolne od pracy oraz braku warunków technicznych, umożliwiających przesłanie zgłoszeń w postaci zaszyfrowanej.

(dowód akta kontroli str. 630-632)

3. Zatrudnieni w Szpitalu lekarze dokonywali zgłoszenia przypadków podejrzenia lub rozpoznania zakażenia chorobami<sup>71</sup> do Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Toruniu w czasie przekraczającym 24 godziny. W 2016 r. z opóźnieniem dokonano 21 zgłoszeń (z 23), a w I półroczu 2017 r. – 28 z 32 zgłoszeń. Opóźnienia wyniosły od dwóch do 78 dni.

---

<sup>69</sup> Adresatem sprawozdań był Wydział Zdrowia Kujawsko-Pomorskiego Urzędu Wojewódzkiego w Bydgoszczy, jako administrator Wojewódzkiego Systemu Statystyki w Ochronie Zdrowia.

<sup>70</sup> Wskazanego w załączniku nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 marca 2014 r. w sprawie biologicznych czynników chorobotwórczych podlegających zgłoszeniu, wzorów formularzy zgłoszeń dodatnich wyników badań w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych oraz okoliczności dokonywania zgłoszeń.

<sup>71</sup> Wskazanymi w załączniku nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23 lipca 2013 r. w sprawie zgłoszeń podejrzenia lub rozpoznania zakażenia, choroby zakaźnej lub zgonu z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej (Dz. U. poz. 848).

(dowód: akta kontroli str. 769-771)

Zgodnie z art. 27 ust. 1 ustawy o zakażeniach lekarz, 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.

Dyrektor Szpitala w swoich wyjaśnieniach podała, że na terminowość zgłoszeń wpływała m.in. konieczność zgromadzenia informacji niezbędnych do uwzględnienia w formularzu zgłoszenia, co w wielu przypadkach było niemożliwe w wymaganym 24-godzinym przedziale czasowym, oraz że ustawodawca nie wziął pod uwagę praktycznych możliwości spełnienia wymogów przez zgłaszającego.

(dowód: akta kontroli 843)

Uwagi dotyczące  
badanej działalności

NIK zwraca uwagę na fakt, że spośród 59 zbadanych kart rejestracji zakażenia szpitalnego/czynnika alarmowego:

- 16 kart zostało założonych po wypisie lub zgonie pacjenta;
- w 15 kartach nie wypełniono pola z datą wypisu lub zgonu pacjenta;
- cztery karty - wypełnione poza systemem informatycznym - nie zawierały daty założenia;
- w 12 kartach nie wpisano informacji o czynnikach ryzyka predysponujących do wystąpienia zakażenia w czasie hospitalizacji;
- 36 kart nie zawierało adnotacji o wykonanej ocenie ryzyka wystąpienia zakażenia szpitalnego przy przyjęciu do Szpitala.

W swoich wyjaśnieniach Dyrektor Szpitala podała, że braki w wypełnianiu kart rejestracji zakażenia szpitalnego/czynnika alarmowego spowodowane były nadmiernym obciążeniem lekarzy pracą administracyjną; poprzez kontrole wewnętrzne i monity Szpital dążył do wyeliminowania tych uchybień.

W ocenie NIK prawidłowo wypełnione karty rejestracji zakażenia szpitalnego są istotnym elementem systemu zapobiegania i zwalczania zakażeń w Szpitalu.

(dowód: akta kontroli str. 847)

Ocena cząstkowa

Szpital prowadził odpowiednie działania w zakresie zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych. Zespół kontroli zakażeń rzetelnie realizował wewnętrzny nadzór epidemiologiczny, przeprowadzane badania mikrobiologiczne zapewniały przeprowadzanie oceny zakażeń oraz oceny sytuacji epidemiologicznej Szpitala, prowadzono rejestr zakażeń szpitalnych oraz rzetelnie monitorowano zakażenia szpitalne. Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły nieterminowego zgłaszania dodatniego wyniku badania w kierunku biologicznego czynnika chorobotwórczego oraz podejrzenia lub rozpoznania zakażenia, choroby zakaźnej lub zgonu z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej, a także nierzetelnej sprawozdawczości w zakresie zgonów spowodowanych zakażeniami szpitalnymi.

### **3. Realizacja zaleceń i wniosków państwowej inspekcji sanitarnej**

Opis stanu  
faktycznego

W badanym okresie inspekcja sanitarna przeprowadziła w Szpitalu dwie kontrole dotyczące działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych oraz spełniania wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia

podmiotu wykonującego działalność leczniczą. W wyniku kontroli przeprowadzonej we wrześniu 2016 r. nie sformułowano zaleceń i wniosków pokontrolnych. Kontrola ta dotyczyła wykonania przez Szpital decyzji z sierpnia 2014 r. w sprawie spełnienia wymogów jakości wody<sup>72</sup>. Szpital opracował i wdrożył procedurę wewnętrznej kontroli instalacji oraz prowadził badania kontrolne jakości ciepłej wody. W wyniku kontroli przeprowadzonej w październiku i listopadzie 2016 r. wydano 29 grudnia 2016 r. decyzję w sprawie doprowadzenia do odpowiedniego stanu sanitarnego pomieszczeń Zakładu Mikrobiologii oraz Zakładu Diagnostyki Laboratoryjnej<sup>73</sup>. W trakcie niniejszej kontroli NIK w pomieszczeniach powyższych Zakładów były prowadzone roboty budowlane związane z realizacją powyższej decyzji.

(dowód: akta kontroli str. 634-661, 948)

W kontrolowanym okresie w Szpitalu wystąpiło ognisko epidemiczne grypy<sup>74</sup>, które zostało zgłoszone Państwowemu Powiatowemu Inspektorowi Sanitarnemu w Toruniu. Organ ten nie podjął decyzji o czasowym zamknięciu oddziału szpitalnego, decyzję taką podjęła jednak Dyrektor Szpitala.

(dowód: akta kontroli: str. 794-801)

Ustalone  
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości.

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie kontrolowaną działalność w zbadanym zakresie.

#### **4. Koszty leczenia zakażeń szpitalnych i funkcjonowanie systemu przeciwdziałania zakażeniom szpitalnym**

Opis stanu  
faktycznego

4.1. W celu obniżenia kosztów leczenia zakażeń wdrożono procedury oraz działania opisane szerzej w pkt. 2.32. wystąpienia pokontrolnego. W Szpitalu wprowadzono odzież roboczą jednodniową oraz system dozowania rękawic ochronnych, ograniczających kontaminację w oddziałach wysokiego ryzyka, zakupiono specjalistyczny sprzęt: materac do pozycjonowania pacjenta w trudnych ułożeniach na stole operacyjnym i długotrwałych zabiegach zapobiegający m.in. ryzyku powstawania odleżyn, wysokiej klasy materace przeciwoleżynowe, urządzenia do dezynfekcji powierzchni i powietrza za pomocą dyfuzji suchej i niewidocznej mgły, profesjonalne pokrowce do zabezpieczenia czystych łóżek przed kontaminacją.

(dowód: akta kontroli 747)

4.2. Szacunkowe koszty związane z funkcjonowaniem systemu zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych wyniosły: 11 476,0 tys. zł w 2015 r., 12 668,1 tys. zł w 2016 r. oraz 6 935,4 tys. zł w pierwszym półroczu 2017 r. W oddziałach szpitalnych koszty te wynosiły odpowiednio 2 958,7 tys. zł, 3 792,0 tys. zł oraz 2 024,7 tys. zł.

(dowód: akta kontroli 753-754)

4.3. Udział kosztów związanych z funkcjonowaniem systemu zwalczania zakażeń szpitalnych w oddziałach szpitalnych w kosztach Szpitala ogółem wynosił 3,0% w 2015 r., 3,6% w 2016 r. oraz 3,8% w pierwszym półroczu 2017 r. Udział kosztów funkcjonowania systemu zwalczania zakażeń szpitalnych w kosztach

<sup>72</sup> Ustalenia w tym zakresie zostały opisane w punkcie 1.16. niniejszego wystąpienia pokontrolnego.

<sup>73</sup> Z terminem realizacji do końca 2017 r.

<sup>74</sup> W Oddziale Hematologii wykryto grypę u trzech pacjentów; liczba pacjentów narażonych na zakażenie w tym ognisku epidemicznym wyniosła 25 osób.

zrealizowanych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w 2016 r. wyniósł 3,84% w 2015 r., 4,83% w 2016 r. oraz 5,88% w pierwszym półroczu 2017 r.

4.4. W 2015 r. Szpital na badania mikrobiologiczne przeznaczył 704,8 tys. zł, w 2016 r. – 817,5 tys. zł oraz 415,3 tys. zł w pierwszym półroczu 2017 r.<sup>75</sup>

4.5. Udział kosztów badań mikrobiologicznych wykonanych w Szpitalu w kosztach świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych we środków publicznych wyniósł w 2015 r. 0,91 %<sup>76</sup>, w 2016 r. 1,04% i w pierwszym półroczu 2017 r. 1,11%,

(dowód: akta kontroli str. 748, 753-754)

4.6. W Szpitalu analizowano koszty ponoszone na leczenie osób zakażonych i koszty dotyczące funkcjonowania systemu zakażeń szpitalnych. Dyrektor Szpitala w wyjaśnieniach podała, że wyniki tych analiz były uwzględniane w działaniach zmierzających do ograniczenia wystąpienia zakażeń oraz przy wprowadzaniu praktyk zmieniających sposób opieki nad pacjentem. Szacunkowe koszty związane z przedłużonym z powodu zakażeń pobytem pacjentów w Szpitalu, określone na podstawie przyjętych przez NIK kryteriów<sup>77</sup>, wyniosły 10,7 tys. zł w 2015 r., 12,9 tys. zł w 2016 r. oraz 9,6 tys. zł w pierwszym półroczu 2017 r.<sup>78</sup>

(dowód: akta kontroli 747, 847, 941-946)

4.7. W okresie od stycznia 2015 r. do czerwca 2017 r. Szpital nie wypłacał na podstawie prawomocnych orzeczeń sądowych żadnych kwot z tytułu odszkodowania lub zadośćuczynienia.

(dowód: akta kontroli 842)

Ustalone  
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości.

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie kontrolowaną działalność w zbadanym zakresie.

<sup>75</sup> Na badania mikrobiologiczne w oddziałach w 2015 r. Szpital przeznaczył 498,1 tys. zł, w 2016 r. – 583,6 tys. zł oraz 294,4 tys. zł w pierwszym półroczu 2017 r.

<sup>76</sup> Udział kosztów badań mikrobiologicznych wykonanych na oddziałach szpitalnych w kosztach świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych we środków publicznych wyniósł w 2015 r. 0,65%, w 2016 r. 0,74% i 0,86%.

<sup>77</sup> 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 osobodni, 3) wartość podpisanych umów z NFZ o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne 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 liczba pacjentów w Szpitalu, u których wystąpiło zakażenie szpitalne biologicznym czynnikiem chorobotwórczym wyniosła 93 osoby w 2015 r., 73 w 2016 i 68 w pierwszym półroczu 2017 r. Średni czas pobytu w Szpitalu pacjenta, u którego wykryto zakażenie szpitalne biologicznym czynnikiem chorobotwórczym w 2015 r. wyniósł 20,5 dnia, w 2016 r. 23,7 i w pierwszym półroczu 2017 r. 21,2 dnia i był odpowiednio o 15,3 dnia, 18,1 i 15,7 dnia dłuższy od czasu hospitalizacji pacjenta niezakażonego. Średni koszt osobodnia w Szpitalu w wyniósł: 700,13 zł w 2015 r., 716,77 zł w 2016 r. oraz 614,59 zł w pierwszej połowie 2017 r.

<sup>78</sup> Dane dotyczą szacunkowych kosztów związanych z przedłużeniem hospitalizacji pacjentów, u których wykryto zakażenie wywołane biologicznym czynnikiem chorobotwórczym.

## 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 Kontroli<sup>79</sup>, wnosi o:

1. Zapewnienie terminowego zgłaszania właściwemu państwowemu inspektorowi sanitarnemu dodatniego wyniku badania w kierunku biologicznego czynnika chorobotwórczego oraz podejrzenia lub rozpoznania zakażenia, choroby zakaźnej lub zgonu z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej.
2. Poinformowanie adresata sprawozdań o działalności szpitala ogólnego MZ-29 o niezgodności ze stanem faktycznym sprawozdań za lata 2015 i 2016 oraz zapewnienie ich rzetelnego sporządzania za kolejne lata.

## V. Pozostałe informacje i pouczenia

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

Prawo zgłoszenia  
zastrzeżeń

Zgodnie z art. 54 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. 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  
wykorzystania uwag  
i 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 uwag i wykonania wniosku pokontrolnego 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,     grudnia 2017 r.

Najwyższa Izba Kontroli  
Delegatura w Bydgoszczy

Dyrektor  
Barbara Antkiewicz

kontrolerzy

Maciej Gajdzik  
doradca techniczny

.....  
*podpis*

Beata Odjas  
starszy inspektor kontroli państwowej

.....  
*podpis*

<sup>79</sup> Dz. U. z 2017 r. poz. 524, dalej: „ustawa o NIK”.

