



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Olsztynie

LOL.410.012.02.2017
P/17/060

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Olsztynie
ul. Artyleryjska 3e, 10-165 Olsztyn
T +48 89 678 82 00, F +48 89 678 82 30
lol@nik.gov.pl
Adres korespondencyjny: Skr. poczt. P-69, 10-950 Olsztyn

I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli	P/17/060 – Zakażenia w podmiotach leczniczych
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Olsztynie
Kontroler	Janusz Dobek, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LOL/105/2017 z dnia 07.09.2017 r. (dowód: akta kontroli str.1-2)
Jednostka kontrolowana	Szpital Powiatowy im. Jana Pawła II w Bartoszycach, ul. St. Wyszyńskiego 11, 11-200 Bartoszyce (dalej: „Szpital”)
Kierownik jednostki kontrolowanej	Sławomir Wójcik, Dyrektor Szpitala (dowód: akta kontroli str.3)

Ocena ogólna

II. Ocena kontrolowanej działalności¹

W okresie objętym kontrolą² Szpital posiadał system nadzoru nad zakażeniami szpitalnymi, określony w procedurach wewnętrznych. Zadania w tym zakresie realizował zespół kontroli zakażeń szpitalnych (dalej: „zkzs” lub „Zespół”), jak również komitet kontroli zakażeń szpitalnych (dalej: „kkzs” lub „Komitet”), przy ścisłej współpracy z Zespołem Terapeutycznym. Właściwą realizację zadań w zakresie zapobiegania i zwalczania zakażeń zapewniały m.in.: kontrole wewnętrzne stanu sanitarnego sprzętu medycznego i pomieszczeń szpitalnych, kontrole ordynacji antybiotykowej oraz szkolenia personelu w zakresie profilaktyki i zwalczania zakażeń szpitalnych. Zgodnie z wymogami prawa prowadzono rejestr zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych, które monitorowano i raportowano. Wdrożono receptariusz szpitalny zawierający wskazania dla antybiotykoterapii, jak również wyodrębniono izolátky do hospitalizacji pacjentów wymagających szczególnych warunków, a także opracowano i wdrożono procedurę postępowania po ekspozycji zawodowej. Szpital zapewnił ponadto całodobową diagnostykę laboratoryjną, zlecając realizację badań mikrobiologicznych podmiotowi zewnętrznemu, który przekazywał Państwowej Inspekcji Sanitarnej (dalej: „PIS”) informacje o czynnikach alarmowych. Informowano Warmińsko-Mazurskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego o stanie realizacji zaleceń i wniosków pokontrolnych.

Stwierdzono również nieprawidłowości, które dotyczyły:

- nieposiadania od dnia 1 stycznia 2016 r. przez przewodniczącą zkzs kwalifikacji do pełnienia tej funkcji, określonych w § 2 pkt 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 maja 2010 r. w sprawie kwalifikacji członków zespołu kontroli zakażeń szpitalnych³ (dalej: „rozporządzenie MZ z 27.05.2010 r.”),
- niezapewnienia w składzie zkzs drugiej pielęgniarki epidemiologicznej, co było niezgodne z art. 15 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi⁴ (dalej: „ustawa o zwalczaniu zakażeń”),

¹ Najwyższa Izba Kontroli stosuje 3-stopniową skalę ocen: pozytywna, pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości, negatywna lub ocenę opisową.

² Lata 2016-2017 (do czasu zakończenia kontroli NIK, z uwzględnieniem okresów wcześniejszych, jeśli zdarzenia mające wówczas miejsce miały wpływ na kontrolowany okres).

³ Dz.U. z 2014 r. poz. 746

⁴ Dz.U. z 2016 r. poz. 1866 ze zm.

- niezapewnienia w składzie kkzs lekarza wykonującego zadania służby medycyny pracy, co było niezgodne z art. 15 ust. 3 pkt 4 ustawy o zwalczaniu zakażeń,
- nierzetelnego wypełniania przez lekarzy kart zakażeń pacjenta, z pominięciem istotnych danych identyfikujących m.in. źródło zakażenia, prawdopodobną drogę jego przeniesienia, wpływu zakażenia na pacjenta, jak również daty pierwszych objawów oraz antybiotyku stosowanego w leczeniu zakażenia, a także ich sporządzanie z opóźnieniem,
- nieprzeprowadzania w latach 2016-2017 (I półrocze) kontroli wewnętrznych w zakresie wykonywania badań laboratoryjnych, pomimo obowiązku wynikającego z § 2 ust. 1 pkt 5 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 27 maja 2010 r. w sprawie zakresu, sposobu i częstotliwości prowadzenia kontroli wewnętrznej w obszarze realizacji działań zapobiegających się szerzeniu zakażeń i chorób zakaźnych⁵, a także nie ujmowania faktycznie realizowanych przez Zespół kontroli w sporządzanych półrocznych raportach,
- niezłożenia przez część pracowników Szpitala pisemnego oświadczenia o zapoznaniu się z procedurami dotyczącymi zakażeń szpitalnych oraz niewyegzekwowania od części pracowników informacji o poddaniu się szczepieniu przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B,
- niewyegzekwowania umownego obowiązku uczestnictwa w posiedzeniach zkzs pracownika firmy zewnętrznej realizującej świadczenia zdrowotne w zakresie diagnostyki laboratoryjnej, mikrobiologicznej, transfuzjologicznej z bankiem krwi,
- niedokumentowania okresowych przeglądów oraz niedokonywania z wymaganą częstotliwością czyszczenia lub dezynfekcji dwudziestu czterech urządzeń wentylacji mechanicznej i klimatyzacji, co było niezgodne z § 39 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą⁶ (dalej: „rozporządzenie w sprawie pomieszczeń i urządzeń”).

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Organizacja nadzoru nad zakażeniami w podmiocie leczniczym

Opis stanu
faktycznego

1.1. W badanym okresie odpowiedzialnym za sprawowanie nadzoru nad zakażeniami w Szpitalu były, powołane przez Dyrektora⁷, zkzs i kkzs. Zakres ich zadań odpowiadał wymogom określonym w art. 15 ust. 2 i 4 ustawy o zwalczaniu zakażeń⁸. W Szpitalu funkcjonował też powołany przez Dyrektora Szpitala zespół pielęgniarek łącznikowych, działający na wszystkich jego oddziałach oraz w Izbie Przyjęć.

1.2. W badanym okresie w skład zkzs wchodziło od czterech do pięciu osób, w tym przewodniczący, pielęgniarka epidemiologiczna (od 1 stycznia do 6 marca 2016 r.

⁵ Dz. U. Nr 100 poz. 646

⁶ Dz. U. poz. 739

⁷ Zarządzeniem nr 27/15 z dnia 23.03.2015 r. powołano zespół kontroli zakażeń zakładowych, a zarządzeniem nr 29/15 z tego samego dnia powołano komitet kontroli zakażeń szpitalnych

⁸ Do zadań zkzs należało: opracowywanie i aktualizacja systemu zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych; prowadzenie kontroli wewnętrznej oraz przedstawianie wyników i wniosków z tej kontroli Dyrektorowi Szpitala i kkzs dwa razy do roku (lipiec i styczeń); szkolenie personelu szpitala w zakresie kontroli zakażeń szpitalnych; konsultowanie osób podejrzanych o zakażenie lub chorobę zakaźną oraz tych, u których rozpoznano zakażenie lub chorobę zakaźną; opracowywanie standardów zapobiegających występowaniu zakażeń szpitalnych; opracowywanie metod mających na celu wykrywanie oraz zgłaszanie przypadków zakażenia i zapobiegania transmisji drobnoustrojów odpornych na leki; sporządzanie i przedstawianie sprawozdania z działalności Zespołu dwa razy do roku Dyrektorowi Szpitala; sporządzanie i przedstawianie sprawozdania z zakażeń szpitalnych występujących na poszczególnych oddziałach raz do roku Dyrektorowi Szpitala i wszystkim oddziałom Szpitala.

dwie pielęgniarki, a od 7 marca 2016 r. do czasu kontroli NIK – jedna), diagnosta laboratoryjny i jedna osoba zatrudniona w podmiocie zewnętrznym, który realizował w badanym okresie świadczenia zdrowotne w zakresie diagnostyki laboratoryjnej. Spośród tych osób⁹: przewodniczący zespołu posiadał specjalizację II stopnia w zakresie położnictwa i ginekologii, ponad 3-letnie doświadczenie w wykonywaniu zawodu lekarza w Szpitalu oraz ukończony w 2007 r. kurs specjalistyczny w zakresie epidemiologii szpitalnej¹⁰. Pielęgniarki epidemiologiczne posiadały specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego, wyższe wykształcenie w dziedzinie pielęgniarstwa oraz ponad 3-letnie doświadczenie w zawodzie pielęgniarki. Specjalista ds. mikrobiologii posiadał specjalizację w dziedzinie mikrobiologii oraz ponad 2-letnie doświadczenie w zawodzie diagnosty laboratoryjnego¹¹. Pielęgniarki epidemiologiczne oraz mikrobiolog spełniali wymogi określone w § 3-4 rozporządzenia MZ z 27.05.2010 r.

(dowód: akta kontroli str. 4-34)

1.3. W badanym okresie pielęgniarka epidemiologiczna podlegała bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala. Zadania ujęte w jej zakresie obowiązków obejmowały zakres zadań określonych w ramowym zakresie czynności, opracowanym w 1996 r. przez Zespół do Spraw Zakażeń Szpitalnych przy Biurze Naczelnej pielęgniarki Kraju. Zawierał on m.in. następujące obowiązki:

- monitorowanie i analizowanie zakażeń szpitalnych oraz stanu bakteriologicznego wszystkich działów szpitala,
- opracowywanie programów w zakresie profilaktyki i zwalczania zakażeń szpitalnych oraz doradztwo w postępowaniu pielęgnacyjnym z chorymi szczególnie narażonymi na zakażenia szpitalne,
- współudział w opracowywaniu i nadzór nad wdrażaniem i przestrzeganiem standardów i zasad postępowania dla czynności dotyczących profilaktyki kontroli zakażeń oraz określanie czynników i ryzyka zakażeń wśród personelu i pacjentów,
- analizowanie źródła zakażeń, przeprowadzanie dochodzenia epidemiologicznego i przedstawianie wyników prac kadrze kierowniczej zakładu,
- nadzór nad systemem izolacji pacjentów, którzy stanowią ryzyko zakażeń dla innych, udział w profilaktyce i promocji zdrowia pracowników,
- organizowanie regularnych i stałych szkoleń dla personelu z zakresu zakażeń szpitalnych,
- nadzorowanie pracy personelu we wszystkich działach i pomieszczeniach szpitalnych (w szczególności: w pomieszczeniach związanych z pobytem pacjenta, w kuchni i pralni szpitalnej i innych komórkach szpitalnych),
- monitorowanie przestrzegania standardów organizacji pracy we wszystkich komórkach organizacyjnych szpitala,
- prowadzenie dokumentacji kontroli zakażeń szpitalnych związanej z rejestracją pacjentów i personelu z zakażeniem szpitalnym oraz współpraca z komórkami zakładowymi odpowiedzialnymi za ochronę zdrowia personelu.

(dowód: akta kontroli str. 35-36)

⁹ Przewodnicząca Zespołu realizuje na rzecz Szpitala, na podstawie umowy cywilno-prawnej, świadczenia zdrowotne w ramach normalnej ordynacji Oddziału Ginekologiczno-Położniczego w wymiarze co najmniej 136 godzin miesięcznie, w godz. od 8.00 do 16.00 i poza normalną ordynacją tego Oddziału oraz zarządza i koordynuje pracę w tym Oddziale, jak również sprawuje nadzór nad Działem Higieny i Epidemiologii. Pielęgniarki epidemiologiczne oraz diagnosta laboratoryjny zatrudnieni byli w Szpitalu na umowę o pracę

¹⁰ Prowadzony przez Narodowy Instytut Leków – Samodzielną Pracownię Profilaktyki Zakażeń i Zakażeń Szpitalnych.

¹¹ Od 1 października 1990 r. do 31 maja 2007 r. wykonywała pracę Kierownika Pracowni Bakteriologicznej w Szpitalu Powiatowym im. Jana Pawła II w Bartoszycach oraz NZOZ Centrum Diagnostyczne „OPTIMED”. Zakładzie

1.4. W badanym okresie w skład kkzz wchodziła przewodnicząca¹² oraz 20-19 członków¹³, w tym Dyrektor, z-ca Dyrektora ds. pielęgniarstwa Szpitala oraz kierownicy komórek organizacyjnych (m.in. Centralnej Sterylizatorni, apteki szpitalnej), jak również członkowie zkzs. Do jego zadań należało: opracowywanie planów i kierunków systemu zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych; ocena wyników kontroli wewnętrznej przedstawianych przez zespół kontroli zakażeń szpitalnych; opracowywanie i aktualizacja standardów farmakoprofilaktyki i farmakoterapii zakażeń i chorób zakaźnych; podejmowanie interwencji w przypadkach epidemii zakażeń szpitalnych; sporządzanie i przedstawianie sprawozdania z działalności komisji dwa razy do roku (lipiec i styczeń) Dyrektorowi Szpitala¹⁴.

(dowód: akta kontroli str. 10-12)

1.5. Zgodnie z art. 14 ust.1 pkt 3 lit.c ustawy o zwalczaniu zakażeń Szpital zapewnił udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie diagnostyki laboratoryjnej (usługi analityczne i mikrobiologiczne oraz transfuzjologiczne z Bankiem Krwi na rzecz jego pacjentów) całodobowo, siedem dni w tygodniu (dni powszednie, soboty, niedziele i święta). Ich realizację zlecono firmie Laboratoria Medyczne OptiMed Sp. J. Kuriata, Wroński umową z dnia 26.02.2015 r.¹⁵, w której określono m.in. że pracownicy zamawiającego będą brali udział w kontroli zakażeń wewnątrzszpitalnych poprzez uczestnictwo w pracach zespołu kontroli zakażeń oraz dochodzeniach epidemiologicznych, bez dodatkowego wynagrodzenia.

(dowód: akta kontroli str. 37-41)

1.6. W badanym okresie o 11 wzrosła liczba pracowników Szpitala, wykonujących czynności w trakcie których dochodzi do kontaktu z materiałem biologicznym pochodzenia ludzkiego (krew i inne płyny ustrojowe oraz wydaliny i wydzieliny), których objęto szczepieniami ochronnymi przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu B (z 265 w 2015 r. do 276 według stanu na 30 czerwca 2017 r., co stanowiło 78,2% wszystkich pracowników Szpitala). Natomiast nie objęto tych pracowników szczepieniami przeciwko grypie. Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że „Jeśli chodzi o szczepienie przeciwko grypie sezonowej, zaplanowano takie szczepienia w tym sezonie dla osób chętnych. W latach ubiegłych na propozycję możliwości zaszczepienia się przez pracowników przeciwko grypie nie znaleźli się chętni”.

(dowód: akta kontroli str. 42-44)

1.7. W badanym okresie obowiązywała w Szpitalu „Procedura postępowania po ekspozycji na krew i inny potencjalnie infekcyjny materiał (IPIM), mogący przenosić zakażenie HIV, HCV/HBV¹⁶. Określała ona zasady postępowania po ekspozycji zawodowej, a jej celem było przeciwdziałanie szerzeniu się zakażeń przez naruszenie ciągłości tkanek oraz ograniczenie ilości zakażeń po ekspozycji na materiał zakaźny. Przedmiotem procedury były natomiast zasady postępowania w przypadku ekspozycji na materiał biologiczny. Procedura przypisywała odpowiedzialność i uprawnienia: pielęgniarcze oddziałowej – odpowiedzialnej za nadzór i prawidłowe stosowanie procedury; personelowi oddziału – odpowiadającemu za właściwe i bezpieczne postępowanie w czasie wykonywania swoich czynności; pielęgniarcze epidemiologicznej – odpowiadającej za nadzór epidemiologiczny nad prawidłowym wykonywaniem czynności objętych procedurą, jak również pracownikom firmy odpowiedzialnej za utrzymanie czystości –

¹² Ta sama osoba, która była jednocześnie przewodniczącą zkzs

¹³ Do 6 marca 2016 r. było 20 członków, a do 26 września 2016 r. - 19 członków.

¹⁴ Z dniem 18.09.2017 r. wykreślono obowiązek sporządzania sprawozdania. Ponadto określono, że dokumentacja z działalności zespołu przechowywana jest u Pełnomocnika ds. koordynacji procesu akredytacji.

¹⁵ Zawarta na okres od 01.03.2015 r. do 31.12.2019 r., a świadczenia realizowano w pomieszczeniach Szpitala.

¹⁶ Wydanie IV z 10.08.2015 r. i wydanie V z 31.10.2016 r.

odpowiadającym za prawidłowy transport sprzętu jednorazowego użytku po jego wykorzystaniu¹⁷.

Procedura znajdowała się w każdym oddziale Szpitala i była jedną z procedur ujętych w Księdze Procedur Higienicznych. Zapoznało się z nią łącznie 293 pracowników medycznych (pielęgniarki, położne, lekarze, sterylizatorzy) pracujących w 12 oddziałach, jak również w Izbie Przyjęć, Bloku Operacyjnym, Aptece oraz Centralnej Sterylizatorni i Dezynfektorni. Tematyka ekspozycji oraz procedur higienicznych była przedmiotem szkoleń prowadzonych w latach 2015-2017 przez pielęgniarkę epidemiologiczną dla personelu medycznego Szpitala¹⁸.

(dowód: akta kontroli str. 45-55)

1.8. W badanym okresie Szpital posiadał 25 urządzeń wentylacji mechanicznej i klimatyzacji, z czego 22 zostały wyprodukowane w 2008 r., a pozostałe trzy klimatyzatory: w 2010 r., 2015 r. i 2017 r. Według zaleceń trzech producentów tych urządzeń winny być one czyszczone i dezynfekowane nie rzadziej niż co pół roku, a filtry wymieniane według stopnia ich eksploatacji. Okresowe czynności serwisowe central wentylacyjnych i klimatyzatorów Szpitala przeprowadziła w dniu 12 września 2017 r. firma zewnętrzna. Ich celem było sprawdzenie stanu zabrudzenia wewnętrznej powierzchni kanałów wentylacyjnych, ogólna ocena stanu systemu oraz jego działania. Wymieniono filtry w centralach wentylacyjnych i klimatyzatorach, a centrale zdezynfekowano wewnętrznie środkiem „Virusolve+”. W „Rapocie z okresowego przeglądu i inspekcji instalacji wentylacyjno-klimatyzacyjnej” stwierdzono duże nagromadzenie zabrudzenia w kanale wentylacyjnym nawiewnym i wyciągowym, a w związku z tym konieczność wykonania czyszczenia mechanicznego tych kanałów. Kolejnym zalecanym w tym dokumencie etapem było pobranie próbek do badań mikrobiologicznych na zawartość ilościową bakterii, grzybów, pleśni i drożdży na wewnętrznej powierzchni kanałów wentylacyjnych.

(dowód: akta kontroli str. 56-68)

Ustalone
nieprawidłowości

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

1. Przewodnicząca zks nie posiadała kwalifikacji wymaganych § 2 pkt 1 rozporządzenia MZ z 27.05.2010 r. Z wyjaśnień Dyrektora Szpitala wynikało, że jego zdaniem osoba, której powierzył sprawowanie tej funkcji spełnia wszystkie wymogi wynikające z powyższego rozporządzenia Ministra Zdrowia. NIK nie podziela zajętego stanowiska w powyższej kwestii. W myśl art. 67 ustawy do 31 grudnia 2015 r. lekarz, który posiadał specjalizację inną niż określona powołanym wyżej przepisie i ukończył kurs specjalistyczny z zakresu epidemiologii i kontroli zakażeń szpitalnych spełnił kwalifikacje uprawniające do sprawowania funkcji przewodniczącego zks. Od 1 stycznia 2016 r. uprawnienia do pełnienia funkcji przewodniczącego zks posiada lekarz, który spełnia wymogi wskazane w § 2 pkt 1 ww. rozporządzenia, a więc posiada specjalizację w jednej z następujących dziedzin medycyny: epidemiologia lub higiena i epidemiologia, mikrobiologia lub mikrobiologia lekarska, choroby zakaźne, organizacja ochrony zdrowia lub zdrowie publiczne.
2. Pomimo, że Szpital posiadał w badanym okresie od 228 do 235 łóżek szpitalnych, to w składzie zks znajdowała się w okresie od 7 marca 2016 r. do czasu kontroli NIK – jedna pielęgniarka epidemiologiczna, co było niezgodne

¹⁷ Procedura określała ponadto ocenę ryzyka zakażenia i rodzaje ekspozycji. Załącznikiem do Procedury był wzór „Karty zgłoszenia w przypadku ekspozycji zawodowej na zakażenie HIV, HBV, HCV”, identyfikującej dane osobowe i stanowisko osoby ekspozowanej, rodzaj materiału zakaźnego, sposób ekspozycji, jak również umożliwiającej opisanie zdarzenia i czynności w czasie których doszło do ekspozycji, zastosowane postępowanie, badania osoby ekspozowanej w kierunku zakażenia oraz zgodę osoby ekspozowanej na wdrożenie profilaktyki.

¹⁸ W okresie tym przeprowadzono 17 szkoleń dla 148 pracowników.

z art. 15 ust. 1 pkt 2 ustawy o zwalczaniu zakażeń, który stanowił, że w skład kkzs wchodzi pielęgniarka lub położna jako specjalista ds. epidemiologii w liczbie nie mniejszej niż jedna na 200 łóżek. Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że poszukiwano osoby o odpowiednich kwalifikacjach celem zatrudnienia na stanowisko drugiej pielęgniarki epidemiologicznej. Z uwagi na jej dotychczasowy brak powierzono obecnej z-cy Dyrektora ds. Pielęgniarstwa wykonywanie w części etatu stanowiska pielęgniarki epidemiologicznej, a Szpital w dalszym ciągu czyni starania, aby pozyskać dodatkową pielęgniarkę.

3. W badanym okresie w składzie kkzs nie było lekarza wykonującego zadania służby medycyny pracy w rozumieniu przepisów ustawy z 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy¹⁹, pomimo takiego wymogu określonego w art. 15 ust. 3 pkt 4 ustawy. Według wyjaśnień Dyrektora Szpital nie posiadał w swoich zasobach kadrowych ww. lekarza. Podał też, że z dniem 18 września 2017 r. zawarto aneks do umowy cywilnej na świadczenie usług z zakresu medycyny pracy lekarza, który umowę dotychczas realizował, rozszerzając zakres jego obowiązków o udział w Komitecie.
4. Spośród 319 pracowników medycznych Szpitala²⁰, 26 nie złożyło pisemnego oświadczenia o zapoznaniu się z procedurą postępowania po ekspozycji na krew i inny potencjalnie infekcyjny materiał. W udzielonych wyjaśnieniach pielęgniarka epidemiologiczna stwierdziła, że wszyscy nowo zatrudniani w Szpitalu pracownicy medyczni mają obowiązek wypełnienia oświadczenia o zapoznaniu się z obowiązującymi procedurami, w tym z procedurą postępowania po ekspozycji. Nie sprawdzała jednak realizacji takiego wymogu, ale prowadziła szkolenia w tym zakresie. Wyjaśniła, że wobec stwierdzenia, iż nie wszyscy pracownicy potwierdzili w załączonych listach do ksiąg procedur faktu znajomości tej procedury wyegzekwuje od nich spełnienie tego wymogu.
5. Nie wyegzekwowano od części pracowników wykonujących czynności, w trakcie których dochodzi do kontaktu z materiałem biologicznym pochodzenia ludzkiego²¹, informacji o poddaniu się szczepieniu na wirusowe zapalenie wątroby typu B. Spośród 353 tych pracowników (według stanu na dzień 30 czerwca 2017 r.) wykonania takich szczepień nie potwierdziło 77 (21,8%) z nich. Pielęgniarka epidemiologiczna prowadząca te karty i odpowiedzialna za określanie czynników i ryzyka zakażeń wśród personelu stwierdziła, że dokonuje wśród pracowników nowo przyjętych Szpitala rozpoznania czy dana osoba posiada potwierdzenie zaszczepienia przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B. Jeśli posiada ona taki dokument o szczepieniu to wymaga, aby go dostarczyła. Po dostarczeniu takiego dokumentu zakłada kartę szczepienia pracownika, odnotowując tam dawki szczepienia. Ponadto, jak wyjaśniła, nie prowadzi odrębnego rejestru, ale raz w roku zdaje sprawozdanie w tym zakresie na druk MZ-54 do Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Bartoszycach. Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że w związku ze stwierdzeniem niezgodności dotyczących szczepień ochronnych przeciw WZW typu B sporządzono listę pracowników zatrudnionych na umowę cywilno-prawną i zobligowano ich do uzupełnienia brakującej dokumentacji. Podał, że w celu uniknięcia podobnych sytuacji ustalono, że wszyscy nowo zatrudnieni pracownicy medyczni będą musieli przedstawić dokumentację dotyczącą takiego szczepienia, a jeżeli nie zostali zaszczepieni zostaną objęci szczepieniem przed przystąpieniem do pracy.

¹⁹ Dz.U. z 2014 r. poz. 1184, ze zm.

²⁰ W tym: Lekarze, pielęgniarki i sterylizatorzy pracujący na oddziałach Szpitala

²¹ Krew i inne płyny ustrojowe oraz wydaliny i wydzielin.

6. Szpital nie dokumentował w latach 2015-2016 przeprowadzenia przeglądów oraz nie dokonał czyszczenia lub dezynfekcji dwudziestu czterech urządzeń wentylacji i klimatyzacji, czym naruszył § 39 rozporządzenia w sprawie pomieszczeń i urządzeń, stanowiący, że czynności takich należy dokonywać zgodnie z zaleceniami producenta²², nie rzadziej niż co 12 miesięcy, jak również dokumentować je. Z wyjaśnień z-cy Dyrektora Szpitala²³ wynikało, że głównym problemem z jakim borykał się Szpital był stan techniczny oraz zastosowane rozwiązania w systemie kanałów wentylacji mechanicznej, uniemożliwiające wykonanie czyszczenia oraz dezynfekcji długich odcinków. Stwierdził on, że Szpital deklaruje przeprowadzenie niezbędnych modernizacji, których efektem będzie doprowadzenie instalacji wentylacji mechanicznej i klimatyzacji do właściwego stanu technicznego i sanitarnego.

Zdaniem NIK nieczyszczona instalacja wentylacyjno-klimatyzacyjna Szpitala sprzyja warunkom dla rozwoju bakterii wewnątrzkomórkowych, wywołujących zachorowania u pacjentów, jak również stanowi podatny grunt dla rozwoju nabytych już wcześniej zakażeń.

(dowód: akta kontroli str.11-12,17-18,54, 69-108 i 602-604)

Ocena częściowa

W latach 2016-2017 (do 30 września) nadzór nad zakażeniami w Szpitalu był zorganizowany w sposób umożliwiający jego skuteczne funkcjonowanie. Powołano zkzs i kkzs, określając zakres ich działalności, jak również zapewniono możliwość wykonywania badań laboratoryjnych w zakresie mikrobiologii przez całą dobę. Ponadto opracowano procedurę postępowania w przypadkach ekspozycji zawodowej na krew i inny potencjalnie materiał infekcyjny, mogący przenosić zakażenia. Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły natomiast nieposiadania aktualnych kwalifikacji przez lekarza będącego przewodniczącym zkzs, niezapewnienia w jego składzie drugiej pielęgniarki epidemiologicznej, a także niezapewnienia w składzie kkzs lekarza wykonującego zadania służby medycyny pracy. Nie wyegzekwowano od części personelu medycznego pisemnego oświadczenia o zapoznaniu się z procedurą postępowania po ekspozycji na krew i innego potencjalnie infekcyjnego materiału, jak również informacji o poddaniu się szczepieniu na wirusowe zapalenie wątroby typu B. Ponadto nie dokumentowano przeprowadzenia przeglądów oraz nie dokonano czyszczenia lub dezynfekcji urządzeń wentylacji mechanicznej i klimatyzacji, które wymagają czyszczenia mechanicznego.

2. Zapobieganie i zwalczanie zakażeń szpitalnych

2.1. Realizacja nadzoru epidemiologicznego przez Szpital

2.1.1. Zespół kontroli zakażeń szpitalnych realizował w latach 2015-2017 (do czasu kontroli NIK) zadania określone w art. 15. ust. 2 ustawy o zwalczaniu zakażeń. W tym w zakresie w ramach opracowywania i aktualizacji systemu zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych: aktualizowano istniejące procedury i instrukcje dotyczące zakażeń szpitalnych; prowadzono dokumentację z zakresu prewencji zakażeń związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i kontroli w tym zakresie; analizowano wyniki badań mikrobiologicznych oraz oceniano lokalną sytuację epidemiologiczną w celu optymalizacji profilaktyki i terapii antybiotykowej; zatwierdzano środki do mycia i sprzątania powierzchni szpitalnych stosowanych przez firmę zewnętrzną; wprowadzono nowy system żywieniowy pacjentów (tacowy); analizowano zakażenia szpitalne z kart monitorowania (wyniki

²² Producenci tych urządzeń zalecili dokonywanie tych czynności nie rzadziej niż co pół roku.

²³ Zobowiązany był do koordynacji i nadzoru nad prawidłowością prac związanych z eksploatacją urządzeń i systemów technicznych stosowanych w Szpitalu, jak również organizowania i kontrolowania przeprowadzonych konserwacji, napraw i remontów oraz racjonalnego wykorzystania środków rzeczowych i finansowych

przekazywano Dyrektorowi oraz wszystkim oddziałom szpitalnym); zgłaszano Dyrektorowi Szpitala przypadki wzrostu liczby zakażeń szpitalnych i sporządzano raporty o sytuacji epidemiologicznej; przekazano mapy mikrobiologiczne dla wszystkich oddziałów (mapa sporządzona przez kierownika laboratorium mikrobiologicznego); wprowadzono nowy plan sprzątania szpitala w związku z nową umową zawartą z firmą zewnętrzną i prowadzono nadzór sanitarno-epidemiologiczny nad jakością sprzątania szpitala; współpracowano z Zespołem Terapeutycznym w zakresie wytycznych stosowania antybiotyków w szpitalu, jak również z towarzystwami naukowymi i organizacjami referencyjnymi dla zagadnień kontroli zakażeń, związanych ze świadczeniem usług medycznych; opiniowano wnioski dotyczące zmian w infrastrukturze szpitala (remonty i modernizacje, zakup wyposażenia, preparatów biobójczych, wyrobów medycznych i produktów leczniczych stosowanych w szpitalu); współpracowano ze specjalistą ds. BHP w zakresie stosowania przez pracowników środków ochrony indywidualnej i zbiorowej w celu zapobieżenia ekspozycji na czynniki biologiczne w środowisku pracy i zminimalizowania ryzyka ich przeniesienia na inne osoby.

Szkolono personel w zakresie kontroli zakażeń szpitalnych, tj. w 2016 r. pielęgniarka epidemiologiczna przeprowadziła 34 szkolenia wewnątrzoddziałowe, w tym z zakresu rejestracji kart zakażeń szpitalnych i pozaszpitalnych w systemie Clininet. Przedstawiciele firm zewnętrznych przeprowadzili dwa szkolenia oraz cztery szkolenia, w których uczestniczyła pielęgniarka epidemiologiczna. W 2017 r. pielęgniarka epidemiologiczna przeprowadziła 18 szkoleń wewnątrzoddziałowych oraz jedno szkolenie przeprowadzone przez przedstawiciela firmy zewnętrznej.

Pielęgniarka epidemiologiczna konsultowała osoby podejrzane o zakażenie lub chorobę zakaźną oraz tych, u których rozpoznano zakażenie lub chorobę zakaźną (w 2016 r. odbyła 89 konsultacji pacjentów w przypadku zakażenia i podejrzenia zakażenia i 93 w 2017 r.).

Prowadzono kontrole wewnętrzne, określone w art. 11 ust. 2 pkt 6 ustawy zwalczaniu zakażeń oraz przedstawiano wyniki i wnioski z tych kontroli Dyrektorowi Szpitala i Komitetowi (opracowano dwa raporty z kontroli wewnętrznych w 2016 r. i jeden za I półrocze 2017 r.).

W badanym okresie stan sanitarno-epidemiologiczny pomieszczeń Szpitala nadzorowany był przez pielęgniarkę epidemiologiczną. Zakres przeprowadzonych przez nią 378 kontroli (252 w 2016 r. i 126 w 2017 r.)²⁴ obejmował w szczególności sprzątanie Szpitala i nadzór nad przestrzeganiem umowy zawartej z zewnętrzną firmą sprzątającą. Kryteria oceny wynikały z Regulaminu jakości usług utrzymania czystości Szpitala z dnia 01.09.2016 r., natomiast realizacja zadań – z Planu sprzątania i dezynfekcji pomieszczeń szpitalnych. Kontrole przeprowadzone w 2016 r. wykazały w 212 (84%) przypadkach stan bardzo dobry pomieszczeń, a w 40 (16%) dobry. Natomiast w 2017 r. ocenę bardzo dobrą wydano w trakcie 109 (87%) kontroli, a dobrą w 17 (13%). Do stwierdzonych podczas tych kontroli nieprawidłowości należały m.in.: nierzetelnie prowadzona dokumentacja monitorująca sprzątanie i dezynfekcję, niezachowanie procedury używania sprzętu do sprzątania, niewłaściwy stan higieniczny wyposażenia w łazienkach udostępnianych pacjentom, brak oznakowania na odpadach, niewłaściwe postępowanie z bielizną szpitalną, jak również używanie środka niebędącego na liście stosowanych środków przez firmę sprzątającą. We wszystkich powyższych

²⁴ Kontrolami objęto pomieszczenia Oddziałów: Chirurgii Ogólnej, Ortopedii, Chorób Wewnętrznych, Chorób Płuc, Rehabilitacji Neurologicznej, Ginekologiczno-Położniczego, Rehabilitacji Dziecka i Terapii Matki, Noworodkowego, Dziecięcego, Intensywnej Terapii i Anestezjologii, Nefrologicznego, Izby przyjęć, Szpitalnego Oddziału Ratunkowego, Bloku operacyjnego, Fizykoterapii, Centralnej Sterylizatorni, Endoskopii, Rtg, Apteki szpitalnej, Endoskopii i administracji.

przypadkach wydano zalecenia w celu wyeliminowania nieprawidłowości, a ich realizację kontrolowano przy następnej wizycie w danym oddziale Szpitala.

(dowód: akta kontroli str. 109-140)

2.1.1.1. Szpital prowadził „Księgę Procedur Higienicznych”, zawierającą 31 zasad, instrukcji i procedur, które podlegały modyfikacji (wydanie IV z 10.08.2015 r. i wydanie V z 31.10.2016 r.).

(dowód: akta kontroli str.141-149)

2.1.1.2. W badanym okresie członkowie zkzs (przewodnicząca i diagnostyk laboratoryjny) przeprowadzali kontrole wewnętrzne zasadności ordynacji antybiotyków i monitorowania zakażeń szpitalnych (w zakresie sepsy). Przyjęły one różnorodne formy. I tak w ramach:

- Prospektywnego monitorowania punktowego: prowadzono kontrole zlecenia antybiotyków i badań mikrobiologicznych (zasadności stosowania, identyfikacja błędnego lub nieracjonalnego ich stosowania w terapii sekwencyjnej) pod kątem weryfikacji przestrzegania rekomendacji²⁵.
- Prospektywnego badania ciągłego: prowadzono nadzór nad profilaktyką okołoperacyjną w oddziałach zabiegowych (monitoruje się 4 parametry: I kryterium zastosowanie/niezastosowanie profilaktyki zgodnej z procedurą; II kryterium – właściwy antybiotyk; - III kryterium – właściwa dawka antybiotyku; - IV kryterium – właściwy czas podania antybiotyku²⁶; Monitorowanie antybiotyków najczęściej stosowanych w poprzednich latach (Amoksyliny/Klawulanianem oraz Ciprofloksacyną w oddziałach: chirurgia, ortopedia, wewnętrzny i płucny)²⁷.
- Retrospektywnego monitorowania zakażenia szpitalnego Sepsa: analizowano sepsy szpitalne, przypadki ran pooperacyjnych i zakażeń szpitalnych²⁸, retrospektywnego monitorowania zużycia antybiotyków: wyliczano DDD/100 osobodni w każdym oddziale, z podsumowaniem każdego kwartału²⁹.
- Monitorowania procesu leczenia: analizowano losowo wybraną dokumentację pacjentów pod kątem prawidłowego leczenia antybiotykami³⁰.
- Bieżącego monitoringu antybiotyków zleconych pacjentom: przeglądanie w systemie CLININET zleconych i wpisanych do systemu terapii antybiotyków – (oglądano codziennie w przeglądarce internetowej wyniki mikrobiologiczne pacjentów szpitala i oceniano trafność terapii oraz prowadzono rozmowy z lekarzami).
- Nadzoru nad pacjentami, którzy otrzymali antybiotyk zlecony z listy rezerwowej receptariusza szpitalnego (w ramach potrzeb oddziałów Szpitala): weryfikowano zasadność zastosowania antybiotyku wskazanego w zapotrzebowaniu z konkretnego oddziału (druk nr 15 Receptariusza Szpitalnego - zamówienie leku rezerwowego dla konkretnego pacjenta).

²⁵ Jeden raz w roku przeanalizowanie wszystkich historii choroby pacjentów danego oddziału leczonych w tym dniu antybiotykami – w każdym oddziale (dokumentacja medyczna pacjenta: w 2015 i 2016 dokumenty papierowe; w 2017 r. w systemie elektronicznym Clininet). Wnioski pisemne raz na pół roku, skierowane do koordynatorów oddziałów i pełnomocnika ds. systemu zarządzania jakością.

²⁶ Sprawdzanie i weryfikacja każdego dnia w systemie elektronicznym Clininet karty znieczulenia. Wnioski napisane raz na pół roku i skierowane do koordynatorów oddziałów zabiegowych i pełnomocnika ds. systemu zarządzania jakością.

²⁷ Badanie od 2017 r. kart zleceń lekarskich w 5 wybranych oddziałach szpitalnych stosujących najwięcej antybiotyków. Raz w tygodniu sporządzane notatki oraz raport i wnioski napisane raz na pół roku i skierowane do koordynatorów oddziałów i pełnomocnika ds. systemu zarządzania jakością.

²⁸ Na podstawie zgłoszeń lekarzy w systemie Clininet (karta zakażenia szpitalnego). Raport i wnioski napisane raz na pół roku – skierowane do koordynatorów oddziałów, w których wystąpiły sepsy i pełnomocnika ds. systemu zarządzania jakością.

²⁹ Wnioski i zalecenia wynikające z analiz i przekazano w formie pisemnej na oddziały, do apteki szpitalnej i pełnomocnika ds. systemu zarządzania jakością – raz na kwartał

³⁰ W 2015 r. sporządzono wnioski na podstawie 16 historii chorób. W 2016 r. na podstawie 6 historii z I półrocza – skierowane do koordynatorów oddziałów, których historię choroby sprawdzano i pełnomocnika ds. systemu zarządzania jakością.

- Kontroli dokumentacji lekarskiej i sposobu realizacji zaleceń przez personel pielęgniarski: przeglądano karty zleceń lekarskich i realizacji ich przez personel pielęgniarski - w celu dobrania prawidłowego antybiotyku i właściwego zrealizowania zlecenia lekarskiego (właściwe godziny podania, podanie wszystkich dawek)³¹.
- Podnoszenia świadomości personelu w zakresie stosowania antybiotyków: szkolono lekarzy (w poszczególnych oddziałach lub w ramach szkoleń zbiorczych wszystkich lekarzy) w zakresie: stosowania antybiotyków i nadzoru nad leczeniem oraz zasad terapii sekwencyjnej stosowanych antybiotyków; mechanizmów oporności drobnoustrojów; patogenów alertowych hodowanych od pacjentów; zakażeń związanych z *Clostridium difficile*. Omawiano Szpitalną Politykę Antybiotykową³².

(dowód: akta kontroli str.150-169)

2.1.1.3. W sporządzonych przez Zespół analizach zakażeń szpitalnych za lata 2015-2016, wyliczono zużycie preparatów do dezynfekcji rąk w przeliczeniu na personel i pacjenta w poszczególnych oddziałach Szpitala, z tego: ilość zużytego środka dezynfekcyjnego (od 24250 ml do 71000 ml w 2015 r. i od 26500 ml do 88000 ml w 2016 r.), liczbę dezynfekcji na jednego pacjenta dziennie (od 1,3 do 20,1 w 2015 r. i od 2,4 do 22,1 w 2016 r.) oraz liczbę dezynfekcji na 1 osobę personelu na 1 dzień (od 4,2 do 12,5 w 2015 r. i od 8 do 12,2 w 2016 r.).

W udzielonych wyjaśnieniach przewodnicząca zksz stwierdziła, że „W ramach nadzoru nad procedurą higienicznego mycia i dezynfekcji rąk Zespół kontroli zakażeń szpitalnych dokonywał w okresach rocznych wyliczenia średniego zużycia środka dezynfekcyjnego do rąk w przeliczeniu na jednego pacjenta, co dawało wiarygodny obraz realizacji tej procedury. W kolejnych latach, z uwagi na ogólny trend oraz zalecenia środowiska epidemiologicznego będziemy wyliczać średnie zużycie środka dezynfekcyjnego na bazie alkoholu w przeliczeniu na jedno łóżko”. Z wyliczeń pielęgniarki epidemiologicznej (dokonanych w trakcie kontroli NIK) wynikało, że zużycie środka dezynfekcyjnego na bazie alkoholu w przeliczeniu na 1 łóżko szpitalne wyniosło: 2171,6 ml w 2015 r., 2771,9 ml w 2016 r. i 1506,3 ml w I półroczu 2017 r.

(dowód: akta kontroli str. 170-175)

2.1.2. W okresie 2016-2017 (I półrocze) odbyło się łącznie 18 posiedzeń Zespołu, w których uczestniczyli przewodnicząca, pielęgniarka epidemiologiczna i diagnosta laboratoryjny. Ich przedmiotem było m.in.: przedstawienie raportów z oceny Szpitala z zakresu higieny komunalnej i epidemiologii z okresu poprzedniego, jak również z ilości badań mikrobiologicznych na poszczególnych oddziałach i zużycia środka dezynfekcyjnego do rąk; omówienie danych do raportu z zakażeń szpitalnych i bieżących problemów epidemiologicznych; zaplanowanie współpracy z firmą sprząającą i zatwierdzenie środków dezynfekcyjnych stosowanych przez firmę sprząającą oraz stworzenie listy środków dezynfekcyjnych stosowanych w Szpitalu; omówienie procedury profilaktyki okołoperacyjnej, przanalizowanie wytycznych Krajowego Ośrodka Referencyjnego ds. Lekowrażliwości Drobnoustrojów w przypadku identyfikacji szczepów *Enterobacteriaceae* produkujących karbapenemazy; omówienie procedury profilaktyki okołoperacyjnej oraz analiza procedur pod kątem ich aktualności.

(dowód: akta kontroli str. 176-179)

³¹ W ramach pobytu na oddziałach. Wydane na bieżąco zalecenia ustne dla pielęgniarki oddziałowej oraz wnioski pisemne przekazywane do koordynatora oddziału (raz na pół roku) i pełnomocnika ds. systemu zarządzania jakością.

³² W 2015r. -10 szkoleń (uczestniczyło 57 lekarzy i 6 pielęgniarek), w 2016r. - 11 szkoleń (uczestniczyło 68 lekarzy 33 pielęgniarek) i w 2017r. - 1 ogólnoszpitalne (31 lekarzy).

2.1.3. Zgodnie z § 5 ust. 2 pkt 1 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 zakaźnych³³ przewodnicząca zespołu kontroli zakażeń szpitalnych przekazała Dyrektorowi Szpitala w latach 2016-2017 (I półrocze) trzy „Raporty z kontroli wewnętrznej w obszarze realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych”. Raporty te dotyczyły oceny jakości realizacji procedur higienicznych i ogólnoszpitalnych pod względem epidemiologicznym. Zawierały one w szczególności: informacje dotyczące celu i zakresu kontroli, osoby uczestniczące w kontroli, opis stanu faktycznego oraz wnioski. I tak w raporcie z kontroli:

- Za I półrocze 2016 r. ocenie poddano najbardziej newralgiczne obszary działania personelu medycznego, gdzie istnieje ryzyko rozprzestrzeniania się zakażeń³⁴. Sformułowano siedem wniosków potwierdzających, że obowiązujące procedury i instrukcje są przestrzegane, a stan sanitarno-epidemiologiczny wszystkich pomieszczeń w Szpitalu nie budzi zastrzeżeń. W konkluzji Raportu stwierdzono, że wszystkie niezgodności usuwane są na bieżąco, a personel zostaje przeszkolony w zakresie stwierdzonych nieprawidłowości. Raport nie zawierał stwierdzonych nieprawidłowości i zaleceń.
- Za II półrocze 2016 r. ocenie poddano najważniejsze procedury zapobiegania zakażeniom szpitalnym³⁵. Ponadto kontroli dokonywano także w obszarze funkcjonowania firmy zewnętrznej, dbającej o czystość w Szpitalu oraz gotującej posiłki dla pacjentów. Sformułowano siedem wniosków potwierdzających, że obowiązujące procedury i instrukcje są przestrzegane, a stan sanitarno-epidemiologiczny wszystkich pomieszczeń w Szpitalu nie budzi zastrzeżeń. W konkluzji Raportu stwierdzono, że wszystkie niezgodności usuwane są na bieżąco, a personel zostaje przeszkolony w zakresie stwierdzonych nieprawidłowości. Raport nie zawierał stwierdzonych nieprawidłowości i zaleceń. W Raporcie zawarto uwagę, że w związku ze spadkiem rejestracji zakażeń szpitalnych o 1% w porównaniu z rokiem ubiegłym podjęto decyzję zwiększonego nadzoru nad oddziałami i pomocy we wpisywaniu kart do systemu.
- Za I półrocze 2017 r. ocenie poddano najważniejsze procedury zapobiegania zakażeniom szpitalnym³⁶. Sformułowano siedem wniosków potwierdzających, że obowiązujące procedury i instrukcje są przestrzegane, a stan sanitarno-epidemiologiczny wszystkich pomieszczeń w Szpitalu nie budzi zastrzeżeń. W konkluzji Raportu stwierdzono, że wszystkie niezgodności usuwane są na bieżąco, a personel zostaje przeszkolony w zakresie stwierdzonych nieprawidłowości. Raport nie zawierał stwierdzonych nieprawidłowości i zaleceń.

(dowód: akta kontroli str. 114-121)

2.1.4. W latach 2015-2017 udokumentowano protokołami trzy posiedzenia kkzs:

- 3 grudnia 2015 r., na którym prezentowano mapę mikrobiologiczną Szpitala za 2014 rok, DDD na 100 osobodni za 2015 r. i przedstawiono raport zakażeń szpitalnych za 2014 r. (w posiedzeniu uczestniczyło 20 osób),

³³ Dz.U. Nr 100, poz. 646

³⁴ Skontrolowano następujące procedury: instrukcję higienicznego mycia i dezynfekcji rąk; procedurę postępowania po ekspozycji na krew i inny potencjalnie infekcyjny materiał mogący przenosić zakażenie HIV, HCV i HBV; procedurę kroplowego wlewu dożylnego; procedurę stosowania izolacji i postępowania z pacjentem z patogenem alarmowym oraz nadzorowania pacjentów gorączkujących; procedurę postępowania z odpadami.

³⁵ Skontrolowano procedury jak w I półroczu 2016 r. (poza procedurą kroplowego wlewu dożylnego i nadzorowania pacjentów gorączkujących), a ponadto: postępowanie z cewnikiem moczowym i naczyniowym.

³⁶ Skontrolowano procedury jak w I półroczu 2016 r. (poza procedurą kroplowego wlewu dożylnego i nadzorowania pacjentów gorączkujących), a ponadto: instrukcję skuteczności mycia i dezynfekcji endoskopu oraz postępowanie ze sprzętem jednorazowego użytku.

- 3 listopada 2016 r., na którym omawiano Raport zakażeń szpitalnych za 2015 r. oraz przygotowanie do wizyty akredytacyjnej (11 uczestników),
- 27 października 2017 r. – w protokole posiedzenia nie opisano zakresu tematycznego poruszanych spraw.

Przewodnicząca Komitetu sporządziła na każdy rok kalendarzowy (za 2015-2017) „Plan pracy komitetu kontroli zakażeń zakładowych”, który obejmował: opracowanie planów i kierunków systemu zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych, ocenę wyników kontroli wewnętrznej przedstawianych przez zespół kontroli zakażeń szpitalnych, opracowanie i aktualizację standardów farmakoprofilaktyki i farmakoterapii zakażeń i chorób zakaźnych szpitala oraz interwencję w przypadkach epidemii zakażeń szpitalnych.

(dowód: akta kontroli str. 180-186)

2.1.4.1. Nie dokumentowano realizacji przez kkzs zadań określonych w ww. planach. Jego przewodnicząca wyjaśniła, że poszczególne zadania realizowane były w trakcie bieżącej współpracy poszczególnych członków Komitetu na indywidualnych spotkaniach i wspólnych posiedzeniach, również w obecności Dyrektora Szpitala, w sposób następujący:

- w ramach zadania „opracowanie planów i kierunków systemu zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych”: poszczególni członkowie Komitetu sprawowali nadzór kontroli zakażeń szpitalnych nad dokumentacją dotyczącą rejestracji zakażeń; przekazywanie wniosków z kontroli wewnętrznych oraz wniosków z monitorowania procesu leczenia antybiotykami przedstawionych przez Zespół Kontroli Zakażeń; przedstawienie wniosków z nadzoru Zespołu Kontroli Zakażeń nad profilaktyką okołoooperacyjną; omówienie zmian zawartych w procedurach obowiązujących w Szpitalu; wprowadzenie zaleceń Ministerstwa Zdrowia dotyczących postępowania w przypadku wykrycia *Klebsielli pneumoniae* odpornej na karbapenemazy; omówienie skuteczności kierunków systemu zapobiegania zakażeniom zaplanowanych w roku ubiegłym,
- w ramach zadania „ocena wyników kontroli wewnętrznej przedstawianych przez zespół kontroli zakażeń zakładowych dokonano pozytywnej oceny wyników przedstawionych przez Zespół oraz akceptowano obrane przez niego kierunki działania,
- w ramach zadania „opracowywanie i aktualizacja standardów farmakoprofilaktyki i farmakoterapii zakażeń i chorób zakaźnych w szpitalu”: sprawowano nadzór nad wprowadzeniem do Receptariusza Szpitalnego dokumentu Szpitalna Polityka Antybiotykowa i jego aktualizacją.

Jak podała w wyjaśnieniach „Skupiliśmy się na faktycznej realizacji zadań Komitetu, które z uwagi na wielowymiarowość zagadnień, oraz w powiązaniu z ogromem innych obowiązków realizowanych na rzecz Szpitala przez poszczególnych członków Komitetu, uniemożliwiły pisemne potwierdzenie wymiernych wyników jego pracy. Nie mniej jednak ustalimy na przyszłość i wprowadzimy formułę pisemnego dokumentowania realizacji zadań Komitetu”.

Z wyjaśnień Dyrektora Szpitala wynikało, że współpracował na bieżąco z Komitetem i prowadził rozmowy z kadrą zarządzającą wchodzącą w jego skład, rozwiązując problemy przez nich zgłaszane. Stwierdził, że jeden raz w roku wszyscy członkowie Komitetu spotykali się, by ocenić analizę wyników działań podejmowanych w Szpitalu przez kkzs oraz zaakceptować standardy profilaktyki okołoooperacyjnej terapii antybiotykowej.

(dowód: akta kontroli str. 187-188 i 596)

Uwagi dotyczące
badanej działalności

Zgodnie ze standardami akredytacyjnymi Kontroli Zakażeń spotkania kkzs odbywają się nie rzadziej niż co pół roku. Natomiast zdaniem NIK dokumentowanie działań

Opis stanu
faktycznego

Komitetu pozwoli Dyrektorowi Szpitala na ocenę faktycznie realizowanych przez niego działań, określonych w regulacjach wewnętrznych Szpitala.

2.1.5. Szpital posiadał w badanym okresie „Receptariusz Szpitalny”³⁷ opracowany przez Komitet Terapeutyczny³⁸, będący strukturą doradczą Szpitala. Głównym zadaniem Komitetu było przedstawianie i opiniowanie propozycji, dokonywane co 12 miesięcy na podstawie wniosków wpływających od Koordynatorów Oddziałów Szpitalnych lub z powodu zmian dostępności leków na rynku polskim. Receptariusz zawierał zbiór zasad postępowania z produktami leczniczymi i wyrobami medycznymi na terenie Szpitala oraz szpitalną listę leków stosowanych w procesie leczenia pacjenta. Leki te zostały dodatkowo usystematyzowane według dostępności w Szpitalu w podziale na: leki zalecane (LZ – bez dodatkowych oznaczeń) – gdzie decyzje o ich stosowaniu może podjąć każdy lekarz pracujący w Szpitalu; leki rezerwowe (LR) – których stosowanie wymaga dodatkowych zgód; leki rezerwowe antybiotyki (LRA) – których stosowanie jest monitorowane i wymaga zgody przewodniczącej Zakażeń lub Koordynatora ds. antybiotyków.

Zasady ujęte w Receptariuszu regulowały w szczególności: pozyskiwanie leków, które nie występują w wykazie szpitalnej listy leków oraz pozyskiwanie leków w trybie nagłym; podział leków z uwagi na bezpieczeństwo ich stosowania; postępowanie w przypadku wstrzymania lub wycofania z obrotu leku lub wyrobu medycznego oraz z lekiem przeterminowanym; stosowanie leków OFF-LABEL i działań niepożądanych leków; postępowanie w sytuacji podejrzenia braku spełnienia wymagań jakościowych produktu leczniczego lub wymagań zasadniczych wyrobu medycznego, jak również podejrzenia wystąpienia incydentu medycznego; przyjmowanie i wydawanie produktów leczniczych i wyrobów medycznych w aptece oraz ich przechowywanie; nadzór i kontrolę nad lekami i wyrobami medycznymi w aptece oraz na oddziałach Szpitala.

Szpital posiadał również ustalony przez Dyrektora zarządzeniem nr 2/16 z dnia 2 lutego 2016 r. skład zestawów przeciwwstrząsowych dla noworodków i dorosłych.

2.1.6. Zarządzeniem Dyrektora nr 24/15 z dnia 23.03.2015 r. powołany został nowy siedmioosobowy Zespół Terapeutyczny Szpitala, w składzie: przewodnicząca (koordynator Oddziału Płucnego), z-ca przewodniczącej (Kierownik Apteki Szpitalnej), sekretarz (Koordynator Stacji Dializ) oraz członkowie (przewodnicząca Komitetu zakażeń, dwóch lekarzy medycyny oraz mikrobiolog (członek komitetu zakażeń)). W ramach pracy zespołowej zostały umieszczone w Receptariuszu Szpitalnym opracowania prawidłowego stosowania antybiotyków. Szpitalna polityka antybiotykowa została przygotowana przez dwóch członków Zespołu Terapeutycznego, wchodzących jednocześnie w skład zkzs. Zespół Terapeutyczny spotykał się dwa razy w roku w celu analizy kosztów zużycia leków przez oddziały Szpitalne i aktualizacji Receptariusza Szpitalnego. W ramach współpracy została umieszczona w systemie CLININET nowa karta „Karta włączenia/zmiany antybiotyku” oraz „Karta profilaktyki okołoperacyjnej”. Karty te umożliwiają monitorowanie stosowania antybiotyków na oddziałach Szpitalnych przez Koordynatora ds. antybiotyków (członka zkzs). Do Koordynatora ds. antybiotyków są przekazywane kwartalne dane, dotyczące zużycia leków przeciwbakteryjnych przez

³⁷ Wersja XVII papierowa obowiązująca od 01.01.2016 r. do 14.10.2016 r. i wersja elektroniczna wprowadzona do systemu informatycznego Szpitala CGM CLININET, dostępna po wprowadzeniu przez pracowników Szpitala nazwy użytkownika i hasła.

³⁸ Do zadań Komitetu, powołanego zarządzeniem Dyrektora Szpitala nr 24/15 z dnia 23.03.2015 r., należały m.in.: opracowywanie Szpitalnej Listy Leków-Receptariusza Szpitalnego i okresowa jego aktualizacja; określenie zasad stosowania leków spoza Receptariusza; rozwiązywanie problemów związanych z farmakoterapią pacjentów; opracowanie, wdrożenie i dokonywanie miesięcznego zużycia leków przez poszczególne oddziały; obniżenie zużycia leków poprzez opracowanie właściwego schematu doboru oraz zamawiania leków przez poszczególne oddziały; opracowanie zasad prawidłowej antybiotykoterapii.

oddziały szpitalne. Na podstawie tych danych opracowywane są wnioski i zalecenia z analizy DDD/100 osobodni w Szpitalu. Monitorowane są dwa najczęściej stosowane antybiotyki (amoksycylina z kwasem klawulonowym i ciprofloksacyna). Monitorowane jest również stosowanie środków do dezynfekcji na oddziałach.

(dowód: akta kontroli str. 189-243)

2.1.6.1. Komitet Terapeutyczny sporządził raporty za 2015 r. i 2016 r., obejmujące m.in.: wyjaśnienia zmiany w kosztach farmakoterapii w tych latach; wskaźniki zużycia antybiotyków, płynów infekcyjnych i dezynfekcji; leki wycofane z receptariusza szpitalnego; koszty całkowite leków wydanych na oddziały; koszty antybiotyków, farmakoterapii i antybiotykoterapii; wartości rozchodu leków z podziałem na klasy, zużycie leków przeciwbólowych przy stosowaniu procedury leczenia bólu operacyjnego oraz wydanych leków z magazynu.

(dowód: akta kontroli str. 244)

2.2. Realizacja świadczeń w zakresie badań mikrobiologicznych.

2.2.1. W okresie objętym kontrolą hospitalizowano w Szpitalu ogółem 22141 pacjentów³⁹, w tym: 9113 w 2015 r., 8581 w 2016 r. i 4447 w I półroczu 2017 r. Zakażenia szpitalne wykryto u 516 (2,3%) z nich (253 w 2015 r., 158 w 2016 r. i 105 w 2017 r.). Zachorowalność na 100 przyjętych pacjentów wyniosła: 2,8% w 2015 r., 1,8% w 2016 r. i 2,5% w I półroczu 2017 r. Liczba pacjentów, u których rozpoznano zakażenie i wykonano badanie mikrobiologiczne wyniosła: 198 w 2015 r., 136 w 2016 r. i 83 w I półroczu 2017 r., a odsetek pacjentów zakażonych, u których wykonano badanie mikrobiologiczne wyniósł: 78% w 2015 r., 86% w 2016 r. i 79% w I półroczu 2017 r. Liczba badań mikrobiologicznych wykonanych w przeliczeniu na jedno łóżko szpitalne w oddziałach szpitalnych wyniosła: 40 w 2015 r., 37 w 2016 r. i 37 w I półroczu 2017 r.

(dowód: akta kontroli str. 245-247)

2.2.1.1. W badanym okresie dochodziło w Szpitalu najczęściej do zakażeń na oddziałach zachowawczych (ogółem 48,7% - na Oddziale Wewnętrznym i Płuc), oddziałach zabiegowych (ogółem 32% - na chirurgii, ortopedii i oddziale noworodkowym) oraz Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii (19,3%). Najczęściej występującymi zakażeniami w Szpitalu były: zakażenia miejsca operowanego (ogółem 42 przypadki, w tym: 20 w 2015 r., 8 w 2016 r. i 14 w I półroczu 2017 r.), zakażenia układu moczowego (ogółem 78, w tym: 54 w 2015 r., 17 w 2016 r. i 7 w I półroczu 2017 r.), zapalenia płuc (ogółem 46, w tym: 19 w 2015 r., 15 w 2016 r. i 12 w I półroczu 2017 r.) i sepsa (posocznica) – ogółem 21, w tym: 12 w 2015 r., 7 w 2016 r. i 2 w I półroczu 2017 r. Spośród ogólnej liczby 619 zgonów w tym okresie (255 w 2015 r., 229 w 2016 r. i 135 w I półroczu 2017 r.), żaden nie był związany z zakażeniem.

(dowód: akta kontroli str. 248-251)

2.2.2. Procedura postępowania w przypadku pacjentów skolonizowanych (zakażonych patogenem alarmowym) została ujęta w Księdze Procedur Higienicznych⁴⁰. Celem czynności opisanych w niej jest zapobieganie przenoszeniu drobnoustrojów alarmowych z zakażonego lub skolonizowanego pacjenta na innych pacjentów, personel szpitala, osoby odwiedzające poprzez kontakt bezpośredni lub pośredni. Przedmiotem procedury są zasady postępowania z chorym, u którego stwierdzono alert patogen⁴¹. Wykazano w niej też odpowiedzialność i uprawnienia:

³⁹ Najwięcej na oddziałach zabiegowych: 4613 w 2015 r., 4311 w 2016 r. i 2258 w I półroczu 2017 r. (najwięcej na Oddziale Położniczo-Ginekologicznym) a następnie na oddziałach zachowawczych: 3879 w 2015 r., 3648 w 2016 r. i 1862 w I półroczu 2017 r. (dominował Oddział Chorób Wewnętrznych)

⁴⁰ Badanym okresie obowiązywało wydanie III z dnia 22.10.2012r. ; IV z dnia 10.08.2015r. i wydanie V z dnia 31.10.2016 r.

⁴¹ W przypadku jego stwierdzenia (był nim: szczep szpitalny, rodzaj drobnoustroju, który charakteryzuje się wieloodpornością na antybiotyki) do czynności tych należały m.in.: umieszczenie pacjenta w osobnej Sali; wykonywanie wszystkich czynności przy pacjencie w odzieży ochronnej; dezynfekcja rąk; codzienna zmiana bielizny pościelowej i bielizny chorego; umieszczenie

pielęgniarki oddziałowej odpowiadającej za zapewnienie wymaganych środków i praktyczne wdrożenie zasad izolacji pacjenta; lekarzy, pielęgniarki położnej, pracowników firmy sprzątającej i wszystkich osób mających kontakt z pacjentem odpowiadających za przestrzeganie zasad izolacji. Pielęgniarka epidemiologicznej przypisano nadzór nad postępowaniem personelu zgodnie z procedurą.

(dowód: akta kontroli str. 252-254)

2.2.3. Szpital otrzymał od firmy Laboratoria Medyczne Optimed dwie mapy mikrobiologiczne za 2015 r. i 2016 r. Zawierały one w szczególności: rozkład drobnoustrojów izolowanych w Szpitalu, lekowrażliwość najczęściej izolowanych grup drobnoustrojów w Szpitalu, rozkład drobnoustrojów w zależności od rodzaju pobieranego materiału biologicznego (z podziałem na poszczególne oddziały⁴²), jak również analizę występowania i lekowrażliwości patogenów alarmowych izolowanych w Szpitalu w 2016 r. i analizę porównawczą wrażliwości wybranych drobnoustrojów w latach 2008-2016 w Szpitalu. Mapy te określały w sposób szczegółowy rozkład patogenów alarmowych w oddziałach Szpitala, których liczba wyniosła:

- 291 w 2015 r., w tym: 62 na Oddziale Chirurgii, 59 Chorób Wewnętrznych, 56 Chorób Płuc, 54 Rehabilitacji Neurologicznej, 37 Intensywnej Terapii i Anestezjologii, 17 Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej, 4 Ginekologicznym i po 1 na Rehabilitacji Dziecięcej i Dziecięcym,
- 420 w 2016 r., w tym: 95 na Oddziale Rehabilitacji Neurologicznej, 81 Chorób Wewnętrznych, 79 Chorób Płuc, 76 Intensywnej Terapii i Anestezjologii, 62 Chirurgii ogólnej, 26 Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej i 1 Ginekologii.

Z wyjaśnień pielęgniarki epidemiologicznej wynikało, że mapa mikrobiologiczna daje rozeznanie o sytuacji epidemiologicznej na poszczególnych oddziałach Szpitala i jej zmienności za dany okres. Wiedza ta pozwala na modyfikowanie procedur w stosunku do pacjentów przyjmowanych do Szpitala oraz zakażonych, np. zmniejszona ilość pacjentów z wykrytym nosicielstwem MRSA powoduje odstępnie w kolejnym okresie od nieuzasadnionego pobrania wymazów z nosa w tym kierunku. Natomiast diagnostyk laboratoryjny wyjaśnił, że mapy mikrobiologiczne służą również do analizy wrażliwości bakterii w Szpitalu i dostosowania terapii empirycznej w roku następującym po wydaniu map. Brane są po uwagę najczęściej hodowane szczepy bakterii i ich wrażliwości, ponieważ w każdym roku zebrany materiał przedstawia tendencje wrażliwości drobnoustrojów hodowanych od pacjentów naszego Szpitala. W przypadku stwierdzenia obniżonej oporności na niektóre antybiotyki podejmowane są działania, aby w terapii empirycznej, w konsultacji z lekarzami, ograniczyć wskazania danego antybiotyku do jego zastosowania.

(dowód: akta kontroli str.255-262)

2.2.3.1. Diagnosta laboratoryjny, będący członkiem zks nie informował lekarza prowadzącego i pielęgniarkę o wyhodowaniu bakterii w posiewie. W udzielonych wyjaśnieniach stwierdził, że „Badania laboratoryjne realizowane są przez laboratorium zewnętrzne na zlecenie Szpitala. Wyniki badań mikrobiologicznych są dostępne dla mikrobiologa szpitalnego, pielęgniarki epidemiologicznej i lekarzy w przeglądarce internetowej Laboratorium Optimed w momencie zaakceptowania wyniku przez diagnostę laboratoryjnego pracującego w laboratorium. Lekarze mogą

narzędzi używanych przy pacjencie w zamkniętym szczelnie pojemniku z zawartością roztworu dezynfekcyjnego aktualnie stosowanego w szpitalu; przeprowadzanie dezynfekcji i mycia sali izolacji kontaktowej co najmniej dwa razy dziennie; dezynfekowanie łóżka bądź wózka użyte do transportu pacjenta poza oddział; usunięcie z sali po wypisie pacjenta napoczęte materiały opatrunkowe, artykuły do pielęgnacji oraz niepotrzebne przedmioty.

⁴² Chorób Wewnętrznych, Dziecięcy, Chirurgii ogólnej, Ginekologii i położnictwa, Noworodkowy, Intensywnej Terapii i Anestezjologii, SOR, Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej, Chorób Płuc, Rehabilitacji Dziecięcej, Rehabilitacji Neurologicznej, Nefrologii.

również oglądać te wyniki w systemie CLININET w zakładce karta zleceń. Lekarze otrzymują też wyniki laboratoryjne w wersji papierowej”.

Diagnosta laboratoryjny nie dokonywał zgłoszeń do PIS faktu uzyskania dodatniego wyniku badania w kierunku biologicznego czynnika chorobotwórczego zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 29 ust. 7 pkt 1 ustawy o zwalczaniu zakażeń. Wyjaśnił, że „Nie pracuję w laboratorium, więc nie jest moim obowiązkiem zgłaszanie patogenów alarmowych wyhodowanych z materiałów mikrobiologicznych pobranych od pacjentów Szpitala. Obowiązki te realizuje laboratorium zewnętrzne, któremu Szpital zleca realizację takich badań. Z tego co mi wiadomo zgłoszenia takiego dokonuje do Sanepidu diagnosta laboratoryjny pracujący w laboratorium Optimed, który bezpośrednio wykrywa te patogeny”.

(dowód: akta kontroli str. 263)

2.2.3.2. Z informacji uzyskanej od Kierownika Laboratorium Optimed wynikało, że:

- lekarz prowadzący i pielęgniarka epidemiologiczna informowani są o istotnych patogenach alarmowych lub dodatnich posiewach krwi: telefonicznie (rozmowy podlegają ewidencjonowaniu w rejestrze zdarzeń laboratoryjnych), poprzez dostęp do platformy internetowej (pozwalającej śledzić na bieżąco wyniki pacjentów) oraz na podstawie informacji o rutynowym wyniku (najczęściej telefonicznie),
- biologiczne czynniki chorobotwórcze zgłaszane są do Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej (wszystkie czynniki biologiczne są oznakowane w Laboratoryjnym Systemie Informatycznym i na podstawie tego generowane są automatycznie po wyhodowaniu raporty, które przekazywane są na bieżąco przez kurierów zatrudnionych w Laboratorium, a od kwietnia 2017 r. są skanowane i archiwizowane przed przekazaniem do PIS). W 2016 r. stwierdzono pięć przypadków oraz dwa w 2017 r.

(dowód: akta kontroli str. 264-265)

2.2.3.3. Z informacji Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Bartoszycach wynikało, że w 2016 r. Laboratorium Medyczne OPTIMED dokonało 39 zgłoszeń dodatnich wyników badań w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych, o których mowa w art. 29 ustawy o zwalczaniu zakażeń. W 2017 r. (do 30 września) dokonano 37 takich zgłoszeń.

(dowód: akta kontroli str. 266-270)

2.3. Prowadzenie rejestru zakażeń.

2.3.1. Kryteria zakażeń szpitalnych opisane zostały w dokumencie pn. „Zakażenia szpitalne”, opracowanym przez przewodniczącą zkzs w grudniu 2010 r. Zawiera on zbiór pojęć i definicji, dotyczących rodzaju zakażeń, jak również przyczyn, czasu miejsca ich powstawania⁴³. Z wyjaśnień pielęgniarki epidemiologicznej wynikało, że dokument ten przekazany został w 2010 r. wszystkim lekarzom na poszczególne oddziały szpitalne, którzy mieli kontakt z pacjentem i zobowiązani byli do wypełniania „Kart rejestracji zakażenia szpitalnego”. Z wyjaśnień wynikało ponadto, że prowadzi ona bieżący nadzór nad prowadzeniem tych kart, przypominając lekarzom w incydentalnych przypadkach o obowiązku ich wypełnienia.

(dowód: akta kontroli str. 271-275)

2.3.2. W badanym okresie Szpital realizował zadania określone w art. 14 ust. 2 ustawy o zwalczaniu zakażeń. Rejestracja zakażeń w Szpitalu odbywa się w systemie informatycznym CLININET, według „metody czynnej”. System ten umożliwia wprowadzanie przez lekarzy danych o zakażeniach szpitalnych

⁴³ W tym : zakażenia miejsca operowanego, układu moczowego, zapalenia płuc, zakażenia krwi, sepsy (rozpoznanie klinicznego) i zakażenia krwi związanego z obecnością cewników naczyniowych.

i monitorowanie ich przez pielęgniarkę epidemiologiczną⁴⁴. Zakażenia do systemu wprowadza lekarz, co zostaje automatycznie potwierdzone komunikatem elektronicznym skierowanym do pielęgniarki epidemiologicznej.

Pielęgniarka epidemiologiczna wyjaśniła, że na bieżąco otwiera system CLININET, który automatycznie generuje dane o rozpoznanym zakażeniu. Następnie gromadzi dane dotyczące oddziału Szpitala, gdzie miało miejsce zakażenie i dane personalne konkretnych pacjentów, u których zakażenie wykryto lub tych, którzy nabyli zakażenia poza Szpitalem. Sporządza na tę okoliczność listę takich pacjentów w prywatnym notatniku, aby potem wykazać ich ilość w obowiązujących sprawozdaniach.

Rejestr zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych spełniał wymagania określone w art. 14 ust. 5 ustawy o zwalczaniu zakażeń i zawierał następujące informacje: imię i nazwisko pacjenta; nr księgi głównej, data urodzenia i adres; skąd pacjent został przyjęty (z domu, innego szpitala, innego oddziału), datę przyjęcia i wypisu, wywiad epidemiologiczny, zabiegi inwazyjne przed hospitalizacją, wcześniejsze pobyty w szpitalu, rozpoznanie choroby zasadniczej, w przypadku wykonania zabiegu operacyjnego: rodzaj zabiegu, znieczulenie i datę zabiegu, na jakim polu operacyjnym, czy była podana profilaktyka okołoperacyjna, nazwa antybiotyku, droga jego podania, czas podania i dawka; data stwierdzenia zakażenia; rodzaj badanego materiału; objawy zakażenia; na jakiej podstawie zakażenie zostało rozpoznane; czynniki zwiększające ryzyko zakażenia; pacjenci z bezpośredniego kontaktu z chorym; wyniki badań mikrobiologicznych; zastosowane leczenie; źródło zakażenia; prawdopodobną drogę przeniesienia zakażenia, a także wpływ zakażenia na pacjenta i postępowanie przeciwepidemiczne.

W Szpitalu prowadzony była również, w systemie informatycznym CLININET, „Karta rejestracji patogenu alarmowego”, która zawierała: imię i nazwisko pacjenta; datę urodzenia; nr księgi głównej, oddział i datę przyjęcia pacjenta; rozpoznanie choroby podstawowej; wywiad kliniczno-epidemiologiczny z okresu przed przyjęciem do ZOZ w zakresie nabytego zakażenia zakładowego, rodzaj materiału przesłanego do badania, data wykonania badania oraz rodzaj czynnika chorobotwórczego; miejsce nabycia drobnoustroju alarmowego (szpitalne lub pozaszpitalne); opis podjętych czynności leczniczych i prewencyjnych. Kartę rejestracji patogenu alarmowego wypełniał lekarz prowadzący pacjenta, który uzupełniał ją w systemie. Z wyjaśnień pielęgniarki epidemiologicznej wynikało, że otwiera codziennie system CLININET (a nawet kilka razy dziennie), gdzie otrzymuje wypełnioną przez lekarza kartę w formie wiadomości na swojej „skrzynce mailowej”. Na tej podstawie prowadzi w formie elektronicznej, opracowany przez nią na własne potrzeby „Wewnętrzny rejestr zbiorczy czynników alarmowych”⁴⁵, służący jej do sprawowania bieżącego nadzoru i kontroli nad kolejnymi hospitalizacjami danego pacjenta, który wraca ponownie do Szpitala. Umożliwia to jej zdaniem zastosowanie „już na wejściu” izolacji pacjenta oraz natychmiastowe wdrożenie procedur zapobiegających rozprzestrzenianiu zakażenia.

System CLININET umożliwiał również pielęgniarce epidemiologicznej dostęp do danych pobytu pacjenta, w tym m.in. wywiadu epidemiologicznego i formularza „Oceny ryzyka zakażenia przy przyjęciu do Szpitala (wypełnianego przez lekarza przy przyjęciu pacjenta do Szpitala). Ocena ryzyka zawierała m.in. informacje dotyczące: wieku pacjenta, zabiegów operacyjnych wykonywanych 3 miesiące

⁴⁴ Po wprowadzeniu loginu i hasła system udostępnia wykaz pacjentów przebywających w Szpitalu oraz informacje o zakażeniach szpitalnych (miejsce i przyczynę zakażenia, kogo to dotyczy, datę przyjęcia pacjenta do szpitala i umiejscowienie pacjenta na konkretnym oddziale).

⁴⁵ Opracowywany w okresie rocznym zawiera: datę izolacji, oddział i okres hospitalizacji, dane osobowe pacjenta, izolowany szczep, rodzaj materiału i kwalifikację zakażenia.

przed hospitalizacją, nosicielstwa patogenu alarmowego, wcześniej przebytych zakażeń związanych ze świadczeniami zdrowotnymi, jak również przebytych chorób i zachowań ryzykownych.

(dowód: akta kontroli str.276-278,292-293 i 107)

2.3.3. Do współpracy z pielęgniarką epidemiologiczną wyznaczone zostały przez Dyrektora Szpitala⁴⁶ pielęgniarki łącznikowe, których zadaniem była: współpraca z zespołem kontroli zakażeń szpitalnych, prowadzenie dokumentacji dotyczącej zakażeń szpitalnych i nadzoru nad izolacją pacjentów, jak również wprowadzanie i nadzór nad przestrzeganiem procedur epidemiologicznych. W ramach realizowanych obowiązków pielęgniarki łącznikowe przekazują na druk „Zgłoszenie do pielęgniarki epidemiologicznej” informacje o dacie przyjęcia pacjenta do szpitala, datę i rodzaj pobranego materiału do badań, dane personalne pacjenta, jego objawy chorobowe (temperatura, biegunka, wymioty, zmiany skórne) i zastosowane leczenie. Z wyjaśnień pielęgniarki epidemiologicznej wynika, że wykorzystuje ona informacje zawarte w zgłoszeniach do wczesnego wykrycia i rozpoznania zakażenia, jak również w celu jego monitorowania w kartach zakażeń szpitalnych. Ponadto pielęgniarka epidemiologiczna, wykorzystując wydrukiienne chorych z temperaturą (prowadzonych i generowanych w systemie informatycznym CLININET), prowadzi na bieżąco rejestr gorączkujących, sporządzając na koniec danego roku (2015 i 2016) „Rejestr pacjentów gorączkujących”. Umożliwia to jej zdaniem rozpoznanie źródła zakażenia i kwalifikację tego zakażenia, co jest przydatne m.in. do zabezpieczenia interesów Szpitala w przypadkach ewentualnych nieuzasadnionych roszczeń pacjentów z tytułu zakażeń szpitalnych.

(dowód: akta kontroli str. 279-291)

2.3.4. Analizy dokumentacji medycznej 50 pacjentów przyjętych do oddziałów szpitalnych w maju i czerwcu 2017 r. wykazała, że we wszystkich przypadkach po ich przyjęciu, dokonano oceny ryzyka wystąpienia zakażenia, dokumentując jej wyniki w karcie oceny ryzyka zakażenia przy przyjęciu do Szpitala.

(dowód: akta kontroli str. 294)

2.3.5. Zespół nie opracował procedury sposobu zbierania, dokumentowania i przekazywania danych w zakresie zakażeń szpitalnych Zespołowi. Z wyjaśnień jego przewodniczącego wynika, że nie było potrzeby opracowania takiej procedury, gdyż nie występowały na tym polu jakiejkolwiek trudności, uniemożliwiające właściwą realizację zadań w zakresie zakażeń szpitalnych. Bieżące obowiązki w tym zakresie realizowano na podstawie zakresów czynności pracowników, jak również procedur obowiązujących w Szpitalu oraz ustalonych form współpracy członków z kzs z personelem medycznym lekarze), jak również z kierownictwem apteki i dyrektorami Szpitala.

(dowód: akta kontroli str. 174)

2.4. Monitorowanie i raportowanie zakażeń szpitalnych

2.4.1. W badanym okresie współczynnik zachorowalności w Szpitalu⁴⁷, rozumiany jako iloraz liczby wykrytych zakażeń do liczby hospitalizacji, wyniósł 2,61% w 2015 r., 1,68% w 2016 r. i 2,33% w I półroczu 2017 r. Zakażenia wykryto łącznie u 329 pacjentów (164 w 2015 r., 96 w 2016 r. i 69 w I półroczu 2017 r.), z czego najwięcej (55,6%) na oddziałach zachowawczych i oddziałach zabiegowych (29,5%) oraz na Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii (14,9%)

(dowód: akta kontroli str. 295)

⁴⁶ Zarządzenie Nr 46/2017 w sprawie wyznaczenia pielęgniarek łącznikowych (w okresie poprzedzającym zadania „łącznika pomiędzy oddziałem a zespołem ds. zakażeń wewnątrzszpitalnych” pełniły według wyjaśnień pielęgniarki epidemiologicznej oddziałowe poszczególnych oddziałów Szpitala, bądź ich zastępcy. Obowiązki te określono w regulaminach pracy oddziałowych i ich zastępców.

⁴⁷ Wzięto pod uwagę Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii (OIOM), oddziały zachowawcze (wewnętrzny i płucny) oraz zabiegowe (chirurgia, ortopedia i noworodkowy).

2.4.2. Zespół dokonał w badanym okresie analizy zakażeń szpitalnych za lata 2015-2016, które przeprowadzono w oparciu o dane zawarte w kartach zakażeń pacjentów zarejestrowanych w systemie elektronicznym CLININET⁴⁸. Zawarto w nich m.in. szczegółowo dane o: leczonych pacjentach, najczęściej rozpoznawanych zakażeniach, ich objawach oraz źródłach, drodze zakażenia i jego skutkach (wprowadzenie do leczenia antybiotykoterapii, przedłużenie czasu hospitalizacji oraz ponowne przyjęcie pacjenta do Szpitala). Wskazano również na brak danych w kartach zakażeń pacjentów (26% w 2015 r. i 30% w 2016 r.). Analizę za 2015 r. odebrali: Dyrektor Szpitala, z-ca Dyrektora ds. pielęgniarstwa, pełnomocnik Systemu Zarządzania Jakością oraz przedstawiciele 10 oddziałów Szpitala, a za 2016 r. przedstawiciele 12 oddziałów, sekretariat i Pełnomocnik Systemu Zarządzania Jakością.

W udzielonych wyjaśnieniach przewodnicząca zkzs i kkzs stwierdziła, że: „Analizy zakażeń szpitalnych za poszczególne lata sporządzane są w celu przedstawienia personelowi medycznemu Szpitala działań podejmowanych przez zkzs w celu ich zapobiegania. Ilustrują one w szerokim świetle, ale jednocześnie w sposób bardzo szczegółowy zjawisko zakażeń szpitalnych począwszy od objawów manifestujących zakażenie, poprzez jego źródła i drogi, skończywszy na skutkach. Jest to kompendium wiedzy dla Komitetu zakażeń szpitalnych i Dyrektora Szpitala, służące podejmowaniu decyzji i działań w celu ograniczenia zakażenia”.

Według przewodniczącej Zespołu dane uzyskane z monitorowania zakażeń wpłynęły w znacznym stopniu na zmianę praktyk opieki nad pacjentem. Spowodowały w szczególności: systematyczne wprowadzanie sprzętu i materiałów jednorazowego użytku (np. jednorazowe obłożenie operacyjne, jednorazowe stazy do pobierania krwi, jednorazowe laryngoskopy na Oddziale Intensywnej Terapii i Anestezjologii), sprzętu bezpiecznego, tj. bezpiecznych kaniuli (drenu wprowadzanego do żyły celem podania leku drogą dożylną), zakupienie strzygarek do przygotowania pola operacyjnego w celu zminimalizowania ryzyka zakażenia miejsca operowanego, jak również zwiększenie zużycia środka dezynfekcyjnego do rąk.

(dowód: akta kontroli str. 296-310 i 173)

2.4.3. Do głównych sposobów zapobiegania szerzeniu się zakażeń szpitalnych w przypadku wystąpienia zakażenia dróg oddechowych, w tym zapalenia płuc, należało stosowanie praktyk zwiększających wydolność oddechową pacjenta, takich jak: zmiana pozycji ułożeniowej pacjenta leżącego (obracanie go na boki, spuszczenie nóg z łóżka), ćwiczenia oddechowe (głębokie oddychanie), zastosowanie butelki z wodą i drenem do ćwiczeń oddechowych; u pacjentów leżących układanie pacjenta na wysokości pod kątem 30-40 stopni, oklepywanie klatki piersiowej co 3 godziny. U pacjentów z mechaniczną wentylacją (respiratorem) wymiana filtrów antybakteryjnych i antywirusowych z wymiennikiem ciepła i wilgoci (jeden raz na dobę), wymiana rurki karbowanej raz na dobę; wymiana obwodów oddechowych raz w tygodniu (zgodnie z zaleceniem producenta), stosowanie systemów zamkniętych do odsysania wydzieliny z dróg oddechowych w sposób sterylny; toaleta jamy ustnej dwa razy na dobę przy użyciu gąbek jednorazowych do pędzlowania i nacieranie pleców żelem ESEMTAN; wydzielenie personelu do pacjenta (jedna pielęgniarka na jednego lub dwóch pacjentów).

(dowód: akta kontroli str. 173-174)

2.4.4. W badanym okresie pielęgniarka epidemiologiczna przeprowadziła w Szpitalu 28 kontroli przestrzegania zasad izolacji kontaktowej (16 w 2016 r. i 12 w 2017 r.). Kryteriami ocen było wydzielenie miejsc pobytu pacjenta, wyposażenie i stan

⁴⁸ Analizę za dany rok kalendarzowy (2015 i 2016) sporządziła pielęgniarka epidemiologiczna, sprawdziła przewodnicząca ds. zakażeń Szpitalnych, zatwierdził Dyrektor Szpitala.

czystości stanowisk do mycia rąk, przestrzeganie przez personel Szpitala zasad podczas wykonywania czynności przy chorym, znajomość zasad izolacji kontaktowej przez pracowników i pacjenta⁴⁹. W kontrolach uczestniczyli przedstawiciele personelu danego Oddziału i obecny w jej trakcie. W wyniku kontroli stwierdzono trzy nieprawidłowości na Oddziale Chirurgii Ogólnej, tj. nietraktowanie odpadów jako medycznych, nieużywanie fartuchów ochronnych przez personel Oddziału przy wykonywaniu czynności przy chorym oraz nieznanomość przez personel zasad izolacji kontaktowej. Wydano zalecenia pisemne, których realizacja nie została udokumentowana. Protokoły z kontroli zawierały też zalecenia dla Oddziałów gdzie nie stwierdzono nieprawidłowości (m.in. przestrzeganie zasad izolacji kontaktowej, mycie rąk po kontakcie z pacjentem, dokonanie zgłoszenia do SANEPID-U). Pielęgniarka epidemiologiczna podała, że sprawdzała realizację zaleceń wydanych w trakcie kontroli stosowania zasad izolacji kontaktowej na bieżąco w trakcie wizytacji oddziałów, jak również w trakcie sprawdzania wyników badań mikrobiologicznych pacjentów izolowanych. Formułowała też zalecenia tam gdzie nie stwierdziła nieprawidłowości w sprawach dodatkowych, ponad te, które obejmowała lista kryteriów oceny, gdyż uznała, że jej uwagi dotyczą istotnych spraw w kontekście eliminowania zakażeń szpitalnych.

(dowód: akta kontroli str. 152-154 i 619)

Przeprowadzone w trakcie kontroli NIK oględziny pomieszczeń Szpitala wykazały, że spośród 11 jego oddziałów izolatki wyodrębniono na sześciu z nich⁵⁰. Każda z nich była wyposażona w służę umywalkowo-fartuchową i węzeł sanitarny oraz niezbędny sprzęt (m.in. łóżka, szafki przyłóżkowe, stoliki, krzesła, panel z tlenem i próżnią), prysznic umywalkę i wc oraz dozowniki na mydło, dezynfekcję i papier. Na pozostałych 7 oddziałach znajdowały się sale funkcjonalnie przeznaczone i przystosowane do izolacji pacjentów, wyposażone w niezbędny sprzęt, w tym umywalkę, toaletę, prysznic oraz dozowniki do mycia dezynfekcji rąk i papieru).

(dowód: akta kontroli str. 311-316)

2.4.5. W latach 2015-2017 (I półrocze) w Szpitalu wystąpiło ogółem 2515 zakażeń⁵¹, w tym 524 (20,8%) szpitalnych i 1991 (79,2%) pozaszpitalnych. Z ogólnej liczby zakażeń szpitalnych 274 (52,3%) stanowiły zakażenia z patogenami alarmowymi⁵², wśród których:

- 48,5% stanowiły pałeczki Gram-ujemne Enterobacteriaceae spp. wytwarzające beta-laktamazy o rozszerzonym spektrum substratowym lub oporne na karbapenemy lub inne dwie grupy leków lub polimyksyny (48,5%),
- 16,8% - biologiczne czynniki chorobotwórcze izolowane z krwi lub płynu mózgowo-rdzeniowego, odpowiedzialne za uogólnione lub inwazyjne zakażenia,
- 14,2% - szczepy chorobotwórcze laseczki beztlenowej *Clostridium difficile* oraz wytwarzane przez nie toksyny A i B,
- 7,7% - rotawirus (rotavirus),
- 3,7% - enterokoki (*Enterococcus* spp.) oporne na glikopeptydy (VRE) lub oksazolidynony,
- 3,3% - pałeczki niefermentujące *Acinetobacter* spp. oporne na karbapenemy lub inne dwie grupy leków lub polimyksyny,

⁴⁹ Z wyjaśnień pielęgniarki epidemiologicznej wynikało, że kryteria oceny do protokołów kontroli zasad stosowania izolacji kontaktowej opracowała samodzielnie, biorąc pod uwagę główne aspekty higieny pomieszczenia, w którym przebywa zakażony pacjent podlegający izolacji, jak również konieczność zachowania ostrożności i przestrzegania reguł bezpiecznego postępowania z tym pacjentem.

⁵⁰ Chirurgia Ogólna, Chorób Wewnętrznych, Chorób Płuc, Chorób Dziecięcych, Rehabilitacji Neurologicznej oraz Intensywnej Terapii i Anestezjologii.

⁵¹ W poszczególnych latach ich liczba wyniosła: 1003 w 2015 r.; 911 w 2016 r. i 601 w I półr. 2017 r.

⁵² (wg załącznika nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2011 r. pn. „Lista czynników alarmowych”)

- 2,9% - pałeczka ropy błękitnej (*Pseudomonas aeruginosa*) oporna na karbapenemy lub inne dwie grupy leków lub polimyksyny;
- 1,8% - gronkowiec złocisty (*Staphylococcus aureus*) oporny na metycylinę (MRSA) lub glikopeptydy (VISA lub VRSA) lub oksazolidynony,
- 1,1% - grzyby *Aspergillus*.

(dowód: akta kontroli str. 317-320)

System elektroniczny CLININED generował kartę „Zgłoszenia zachorowania na chorobę zakaźną/ podejrzenia zachorowania na chorobę zakaźną”. Zawierała ona następujące dane: podstawę rozpoznania/podejrzenia, datę zachorowania, wystąpienia pierwszych objawów, szczepienia, nazwę i adres zakładu pracy lub nauki (dla dzieci żłobek, przedszkole, szkoła), informację czy pozostaje w leczeniu ambulatoryjnym, zakażenia szpitalne, pobyt za granicą w okresie narażenia. Ponadto druk ZLK 1 (zgłoszenie podejrzenia lub rozpoznania zakażenia lub choroby zakaźnej do Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Olsztynie) zawierał: rozpoznanie (podejrzenie), dane chorego oraz inne informacje.

Z wyjaśnień pielęgniarki epidemiologicznej wynikało, że każdy z lekarzy zobowiązany jest wygenerować tę kartę z systemu elektronicznego CLININET, wypełnić ją i wysłać poprzez sekretariat Szpitala do państwowej inspekcji sanitarnej w Bartoszycach. Nie posiada ona wiedzy ile takich zgłoszeń jest sporządzanych i wysyłanych do „sanepidu”. Musiałaby wchodzić każdorazowo do danych pacjenta, u którego wykryto zakażenie.

Korespondencja kierowana do Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Bartoszycach, którą pracownik Działu Kadr, Organizacji i Rozliczeń Szpitala otrzymywał od lekarzy z poszczególnych oddziałów Szpitala, nie była ewidencjonowana w pocztowej książce nadawczej. Z wyjaśnień tego pracownika wynikało, że stawiał na kopertach pieczęć wpływu, aby potwierdzić kiedy dostarczono tę korespondencję z oddziałów i przekazywał korespondencję kierowcy, który zawoził ją osobiście do „sanepidu”. Taki system był przedmiotem ustaleń z pracownikiem PSS-E w Bartoszycach, który przyjmował te przesyłki, w celu weryfikacji, którego dnia wysłano tę korespondencję ze Szpitala.

Uwagi dotyczące
badanej działalności

Zdaniem NIK, taki sposób postępowania utrudnia sprawowanie bieżącego nadzoru nad realizacją obowiązku niezwłocznego zgłoszenia PSS-E podejrzenia lub rozpoznania m.in. zakażenia, choroby zakaźnej, tj. 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. Wskazane byłoby zatem opracowanie i wdrożenie mechanizmu, który pozwoliłby usprawnić ten proces.

Opis stanu
faktycznego

Z informacji uzyskanej przez kontrolera NIK z Państwowej Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Bartoszycach wynikało, że w latach 2016-2017 (I półrocze) wpłynęło ogółem 222 zgłoszenia zachorowania na chorobę zakaźną (123 w 2016 r. i 99 w 2017 r.).

(dowód: akta kontroli str. 321-334, 107-108 i 269)

2.4.6. W badanym okresie liczba pacjentów:

- których operowano i nie podawano profilaktycznie antybiotyku wyniosła 20 w 2015 r., 1103 w 2016 r. i 584 w I półroczu 2017 r., a operowanych, którym profilaktycznie podawano antybiotyk wyniosła 0 w 2015 r., 1178 w 2016 r. i 712 w I półroczu 2017 r.,
- operowanych, u których wystąpiło zakażenie szpitalne i nie podawano profilaktycznie antybiotyku wyniosła 0 w 2015 r., 8 w 2016 r. i 4 w I półroczu 2017 r., zaś którym podawano profilaktycznie antybiotyk odpowiednio: 0, 13 oraz 9.

Z powyższego wynika, że w latach 2016-2017 (I półrocze)⁵³ miało miejsce 0,7% przypadków pacjentów operowanych, u których wystąpiło zakażenie szpitalne, którym nie podawano profilaktycznie antybiotyku, a w analogicznym okresie od 1,1% do 1,3% pacjentów operowanych, u których wystąpiło zakażenie szpitalne, którym podawano profilaktycznie antybiotyki.

(dowód: akta kontroli str. 335-336)

2.4.7. W Izbie Przyjęć oraz Szpitalnym Oddziale Ratunkowym nie działał zespół szybkiego reagowania (tzw. „sepsis team”)⁵⁴. Zasady zlecania badań mikrobiologicznych oraz pobierania posiewów krwi i moczu w momencie przyjęcia do Szpitala i w przypadku podejrzenia sepsy szpitalnej zostały określone w „Receptariuszu Szpitalnym”⁵⁵ (w dziale Szpitalna Polityka Antybiotykowa). Zawierał on także „Schemat postępowania związany z włączeniem antybiotyku do leczenia pacjenta”, który wskazywał na szybkie rozpoczęcie skutecznej antybiotykoterapii w ciągu godziny od diagnozy (lub tak szybko jak to możliwe) u pacjentów z zakażeniami zagrażającymi życiu (sepsa). W Raportach Zespołu zakażeń szpitalnych, zatwierdzonych przez Dyrektora Szpitala, które przekazano też do państwowego powiatowego inspektora sanitarnego, wykazano za okres:

- Od 1 stycznia do 31 grudnia 2015 r. - 9 przypadków sepsy (3,6% spośród 252 zakażeń szpitalnych), w tym: 3 na Oddziale Chirurgii Ogólnej i Małoinwazyjnej, 3 na Oddziale Intensywnej Terapii i Anestezjologii i 3 na Oddziale Chorób Wewnętrznych oraz 4 przypadki posocznicy (1 na Oddziale Intensywnej Terapii i Anestezjologii i 3 na Oddziale Chorób Wewnętrznych),
- Od 1 stycznia do 31 grudnia 2016 r. - 5 przypadków sepsy, tj. 3,2% spośród 158 zakażeń szpitalnych, w tym 3 na Oddziale Intensywnej Terapii Anestezjologii i 2 na Oddziale Chorób Wewnętrznych oraz 7 przypadków posocznicy, tj. 4,4% zakażeń (1 na Oddziale Intensywnej Terapii i Anestezjologii, 2 na Oddziale Chorób Wewnętrznych, 1 na Oddziale Chorób Płuc, 2 na Oddziale Chorób Dziecięcych i 1 na Oddziale Rehabilitacji Neurologicznej),
- Od 1 stycznia do 30 czerwca 2017 r. - 4 przypadki sepsy, tj. 3,5% spośród 114 zakażeń szpitalnych (1 na Oddziale Intensywnej Terapii i Anestezjologii, 1 na Oddziale Chorób Płuc i 2 na Oddziale nefrologicznym) i 1 przypadek posocznicy na Oddziale nefrologicznym.

Retrospektywny monitoring sepsy, dokonywany w badanym okresie, przez diagnostę laboratoryjnego (członka zespołu kontroli zakażeń szpitalnych) dał podstawę do sporządzenia za I i II półrocze 2016 r. oraz I półrocze 2017 r. dokumentów pn. „Wnioski z retrospektywnego monitorowania zakażenia szpitalnego-Sepsa” oraz „Analizy zakażenia szpitalnego –Sepsa za I i II półrocze 2016r.” Zawierały one analizę zgłoszonych przypadków sepsy szpitalnych i wyników zrealizowanych badań mikrobiologicznych. Z jego wyjaśnień wynikało, że dokonuje on retrospektywnego monitoringu sepsy wynikłej w czasie hospitalizacji pacjenta w Szpitalu, w celu dokonania analizy sposobu leczenia antybiotykami. Stanowi to materiał poglądowy dla lekarzy, który wskazuje na popełniane błędów, w celu ich wyeliminowania w przyszłości. Materiał sporządza i przekazuje, po jego zatwierdzeniu przez przewodniczącą zks, pełnomocnikowi Zintegrowanego Systemu Zarządzania i lekarzom oddziałów, w których wystąpiły przypadki sepsy oraz Dyrektorowi Szpitala.

(dowód: akta kontroli str. 337-394)

⁵³ W 2015 r. Szpital nie dysponował takimi danymi

⁵⁴ Wyodrębnione jest pomieszczenie dekontaminacji oraz opracowana jest procedura postępowania w przypadku zgłoszenia się do SOR pacjenta z podejrzeniem wystąpienia choroby szczególnie niebezpiecznej i wysoce zakaźnej.

⁵⁵ Dokument opracowany przez Kierownika Apteki Szpitalnej, uzgodniony z Komitetem Terapeutycznym i zatwierdzony przez Dyrektora Szpitala w dniu 15.10.2016 r. (w trakcie kontroli NIK obowiązywało wydanie IV z dnia 8 marca 2017 r.)

2.4.7.1. Działająca w Szpitalu Komisja ds. analizy zgonów przygotowała w badanym okresie trzy raporty, sporządzone w okresie półrocznym, dotyczące analizy zgonów. Pomimo wykazania w nich, że żaden ze zgonów nie wystąpił w wyniku sepsy, zaleciła przeprowadzenie większej ilości badań pośmiertnych (nie ulegając presji rodziny) w celu poznania prawdziwej przyczyny zgonu i wyciągnięcia wniosków, dotyczących zgodności diagnozy klinicznej z rzeczywistym mechanizmem zgonu. We wnioskach za I półrocze 2017 r. stwierdzono m.in., że odsetek badań pośmiertnych wzrósł nieznacznie w porównaniu do II półrocza 2016 r. (z 1 do 6 badań), a mimo to nadal jest niski.

(dowód: akta kontroli str. 395-419)

Ustalone
nieprawidłowości

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

1. W latach 2016-2017 (I półrocze) nie przeprowadzano kontroli wewnętrznych obejmujących ocenę prawidłowości i skuteczności wykonywania badań laboratoryjnych pomimo, że obowiązek ten wynikał z § 2 ust. 1 pkt 5 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie zakresu, sposobu i częstotliwości prowadzenia kontroli wewnętrznej w obszarze realizacji działań zapobiegających się szerzeniu zakażeń i chorób zakaźnych. Ponadto w półrocznych raportach z kontroli nie ujęto m.in. wyników kontroli profilaktyki i terapii antybiotykowej pomimo, że faktycznie je prowadzono.

Przewodnicząca zkzs wyjaśniła, że poza kontrolami ujętymi w Raportach z kontroli wewnętrznej za 2016 r. i I półrocze 2017 r. członkowie zespołu kontroli zakażeń szpitalnych realizują szereg innych kontroli wewnętrznych, w tym: zasadności ordynacji antybiotyków, monitorowania zakażeń szpitalnych oraz procesu leczenia, dokumentacji lekarskiej i sposobu realizacji zaleceń przez personel pielęgniarski, nadzoru nad pacjentami. Kontrole te mają wyraz w innych dokumentach, nie ujętych w powyższych raportach i nie spełniających w pełni warunków § 5 ust. 1 ww. rozporządzenia Ministra Zdrowia. Podała też, że w przyszłości w raportach z kontroli wewnętrznej znajdą się wszystkie kontrole wewnętrzne prowadzone przez członków zespołu kontroli zakażeń szpitalnych, uzupełnione zagadnieniami ujętymi w § 2 ust. 1 ww. rozporządzenia, przy uwzględnieniu możliwości ich dokonania w danym roku kalendarzowym, jak również zaplanowania do realizacji w latach następnych.

Uwagi dotyczące
badanej działalności

Należy zauważyć przy tym, że Szpital nie skorzystał, do czasu kontroli NIK, z przysługującego mu uprawnienia przeprowadzenia kontroli jakości udzielanych świadczeń w zakresie diagnostyki laboratoryjnej, wynikającego z § 17 umowy z dnia 26 lutego 2015 r. o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne w zakresie diagnostyki laboratoryjnej, mikrobiologicznej i transfuzjologicznej z bankiem krwi, zawartej z firmą Laboratoria Medyczne OptiMed Sp.J. Dyrektor Szpitala tłumaczył taki stan rzeczy brakiem istotnych uchybień ze strony Laboratorium w tym zakresie. Kontrolę taką⁵⁶ przeprowadzono w dniu 16 listopada 2017 r., nie stwierdzając nieprawidłowości.

(dowód: akta kontroli str. 40,81,84,109-111,114-121 i 175)

Ustalone
nieprawidłowości

2. Nierzetelnie i ze zwłoką wypełniano karty zakażeń pacjenta. Badanie 60 takich kart (po 20 z trzech oddziałów: Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Chirurgii Ogólnej i Małoinwazyjnej oraz Chorób Wewnętrznych)⁵⁷ wykazało, że w 93% przypadków (56 kart) zostały one wypełnione przez lekarzy niezgodnie z obowiązującym

⁵⁶ W zakresie: używanego sprzętu jednorazowego użytku, daty ważności odczynników użytych do oznaczeń oraz sposobu ich przechowywania, wpisów przeglądów technicznych używanych aparatów, czasu i sposobu przechowywania materiałów od pacjentów, sposobu utylizacji materiałów biologicznych od pacjentów oraz sposobu transportu materiałów biologicznych od pacjentów do badań poza laboratorium w Bartoszycach

⁵⁷ Generowanych w systemie elektronicznym CLININET

w Szpitalu elektronicznym wzorem. Nie wpisano w nich 141 obowiązujących pozycji w zakresie: prawdopodobnej drogi przeniesienia zakażenia (38 przypadków, tj. 27%), wpływu zakażenia na pacjenta (28 przypadków, tj. 20%), źródła zakażenia (25 przypadków, tj. 18 %), daty pierwszych objawów (19 przypadków, tj. 13 %), antybiotyku zastosowanego w leczeniu zakażenia (18 przypadków, tj. 13%), podstawy stwierdzenia zakażenia (9 przypadków, tj. 6%), wyniku badania epidemiologicznego (4 przypadki, tj. 3%).

Ponadto stwierdzono, że w 27 (45%) przypadkach karty sporządzono po dacie wypisu pacjenta ze Szpitala (od 1 do 80 dni).

Z wyjaśnień pielęgniarki epidemiologicznej wynikało, że dostrzegając braki w wypełnianiu kart zakażeń pacjenta przez lekarzy poszczególnych oddziałów Szpitala, przeprowadzała z nimi rozmowy indywidualne w celu wyeliminowania takiego stanu rzeczy. Podkreślała braki danych również w rocznych analizach z zakażeń szpitalnych, przedstawianych Komitetowi. Nie miała jednak bezpośredniego wpływu na uzupełnienie tych braków przez lekarzy oraz wyeliminowaniu takiego postępowania na przyszłość. Ponadto jak stwierdziła w wyjaśnieniach: „Braki w kartach zakażeń pacjenta miały wpływ na rzetelność danych podawanych w każdym roku w analizie zakażeń szpitalnych w zakresie drogi, źródła i leczenia zakażenia. Potencjalnie utrudniało to określenie w sposób wiarygodny sytuacji epidemiologicznej Szpitala, co mogło wpłynąć w pewnym stopniu na ograniczenie możliwości zapobiegania rozprzestrzenianiu zakażeń szpitalnych”.

Z wyjaśnień Dyrektora Szpitala wynikało natomiast, że informacje na temat niewypełniania kart zakażeń przez lekarzy otrzymywał nie tylko z analizy sporządzanej corocznie przez Zespół, ale również od jego przewodniczącej, która na bieżąco zgłaszała mu problemy w rejestracji zakażeń na poszczególnych oddziałach. Wszystkie zastrzeżenia na bieżąco omawiał z kadrą lekarską na formalnych zebraniach Komitetu i zebraniach z kadrą zarządzającą.

(dowód: akta kontroli str. 420-491,596,605-618)

3. Nie wyegzekwowano umownego obowiązku uczestnictwa w posiedzeniach z kzs pracownika firmy zewnętrznej (Laboratorium Medycznego OptiMed), realizującej świadczenia zdrowotne w zakresie diagnostyki laboratoryjnej pomimo, że obowiązek ten wynikał z § 15 umowy zawartej z tą firmą. Z wyjaśnień przewodniczącej z kzs wynikało, że czwarty członek Zespołu, będący pracownikiem Laboratorium Medycznego, nie uczestniczył w okresie 2016-2017 w posiedzeniach Zespołu, gdyż miejscem jego pracy było miasto Kętrzyn, w związku z czym konsultowano z nim wszystkie sprawy, będące zarówno przedmiotem posiedzeń, jak również realizowane w ramach przedmiotu działania Zespołu poza jego posiedzeniami.

(dowód: akta kontroli str. 174,176-179)

Ocena częściowa

W badanym okresie Szpital prowadził działania zapobiegające i zwalczające zakażenia szpitalne. Aktualizowano procedury dotyczące organizacji wykonywania zadań w tym zakresie. Przeprowadzano kontrole stanu sanitarnego i wewnętrznej ordynacji antybiotykowej, szkolenia personelu w zakresie profilaktyki i zwalczania zakażeń szpitalnych. Szpital zapewniał właściwy stan sanitarny urządzeń medycznych i pomieszczeń szpitalnych. Analizowano bieżący stan zagrożenia zakażeniami szpitalnymi i skuteczność podejmowanych w tym zakresie działań oraz wdrażano zmiany w organizacji pracy i postępowaniu z chorymi w celu ograniczenia występowania takich zakażeń oraz ich skuteczne leczenie. Prowadzono zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa rejestr zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych. Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły natomiast nie prowadzenia

kontroli prawidłowości i skuteczności wykonywania badań laboratoryjnych i nie ujęcia w raportach z kontroli wewnętrznej pełnego zakresu wymaganych i prowadzonych faktycznie działań, jak również nierzetelnego i ze zwłoką wypełniania przez lekarzy kart zakażeń pacjenta. Nie zapewniono również uczestnictwa w posiedzeniach Zespołu pracownika firmy zewnętrznej.

3. Realizacja zaleceń i wniosków pokontrolnych państwowej inspekcji sanitarnej

Opis stanu
faktycznego

3.1. W latach 2016-2017 Szpital poddany został 15 kontrolom państwowej inspekcji sanitarnej w zakresie zakażeń szpitalnych. Ich przedmiotem było w szczególności: badanie wody w ramach sprawowania bieżącego nadzoru sanitarnego nad wodociągiem Szpitala; warunki higieniczno-sanitarne, jakie powinien spełniać personel medyczny, sprzęt i pomieszczenia, w których udzielane są świadczenia zdrowotne w celu zapobiegania powstawaniu chorób, w tym chorób zakaźnych; zanieczyszczenie wody w wodociągu Szpitala oraz stan sanitarno-techniczny tego wodociągu; jakość ciepłej wody użytkowej pod kątem obecności bakterii z rodzaju *Legionella*; przestrzeganie przepisów określających wymagania dotyczące jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi, jak również dotyczących utrzymania należytego stanu sanitarno-higienicznego w obiekcie użyteczności publicznej Szpitala oraz określających wymagania higieniczne i zdrowotne środowiska pracy, realizację programu szczepień ochronnych i kontroli stanu sanitarno-higienicznego w oddziale Noworodkowym Szpitala.

(dowód: akta kontroli str. 492-502)

3.1.1. Dwie spośród powyższych kontroli (przeprowadzonych w lipcu 2016 r. i czerwcu 2017 r.) wykazały łącznie 11 nieprawidłowości, z których cztery dotyczyły naruszeń określonych w ustawie oraz rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą⁵⁸ (zalecenia wynikające z decyzji WSSE zostały przez Szpital zrealizowane) i 7 dotyczących naruszeń przepisów ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy⁵⁹, rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 lutego 2011 r. w sprawie badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku pracy⁶⁰, ustawy z dnia 25 lutego 2011 r. o substancjach chemicznych i ich mieszaninach⁶¹, rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 lipca 2012 r. w sprawie substancji chemicznych, ich mieszanin, czynników lub procesów technologicznych o działaniu rakotwórczym lub mutagennym w środowisku pracy⁶², rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 kwietnia 2005 r. w sprawie szkodliwych czynników biologicznych dla zdrowia w środowisku pracy oraz ochrony zdrowia pracowników zawodowo narażonych na te czynniki⁶³ oraz rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 28 września 1997 r. w sprawie ogólnych przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy⁶⁴. Wszystkie zalecenia wydane w celu wyeliminowania powyższych nieprawidłowości (wynikające z decyzji z dnia 21 lipca 2017 r.) zostały przez Szpital zrealizowane.

3.1.2. Szpital zobowiązany został również przez Wojewódzkiego Państwowego Inspektora Sanitarnego do realizacji:

⁵⁸ Dz. U. z 2012 r. poz. 739

⁵⁹ Dz.U. z 2016 r. poz. 166 ze zm.

⁶⁰ Dz.U. z 2011 r. Nr 33, poz. 166

⁶¹ Dz.U. z 2015 r. poz. 1203 ze zm.

⁶² Dz.U. z 2016 r. poz. 1117

⁶³ Dz.U. z 2005 r. Nr 81, poz. 716 ze zm.

⁶⁴ Dz.U. z 2003 r. Nr 169, poz. 1650 ze zm.

- ośmiu zaleceń, wydanych w decyzji z 7 sierpnia 2014 r.⁶⁵ w terminie do końca 2016 r., których wykonanie na wniosek Szpitala przedłużono do końca 2017 r.,
- zaleceń określonych w decyzji z 15 września 2017 r., stwierdzającej brak przydatności wody do spożycia w wodociągu Szpitala, ze względu na wystąpienie zanieczyszczenia mikrobiologicznego wody bakteriami grupy coli oraz decyzji z dnia 20 września 2017 r. nakazującej dodatkowo: informować o zakończeniu działań naprawczych i unieruchomić wodociąg w zakresie dostarczania wody do spożycia w rozumieniu art. 2 pkt 18 lit. a ustawy z dnia 7 czerwca 2001 r. o zbiorowym zaopatrzeniu w wodę i zbiorowym odprowadzaniu ścieków⁶⁶.

W ramach realizacji decyzji z 15 i 20 września 2017 r. Szpital wykonał wszystkie zalecenia zapewniające bieżące zaspokojenie jego potrzeb na dostarczenie wody nadającej się do spożycia przez ludzi, jak również realizację wszelkich prac naprawczych sieci wodociągowej oraz stacji uzdatniania wody. Ponadto Dyrektor Szpitala zlecił opracowanie procedury postępowania na wypadek awarii oraz zakup dodatkowych pomp. W planach inwestycyjnych na 2018 r. Szpital przewiduje docelowo kompleksową modernizację jego przyłączy wodociągowych oraz stacji uzdatniania wody.

(dowód: akta kontroli str.503-589)

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie realizację zaleceń wydanych przez PIS. Wskazuje jednocześnie, że kontrole tych organów wykazały niewłaściwy stan sanitarno-epidemiologiczny pomieszczeń Szpitala, jak również nieprawidłowości w zakresie zapobiegania i zwalczania zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi oraz Kodeksu pracy. Podkreślić należy, że wykazany przez PIS brak przydatności wody do spożycia przez ludzi w Szpitalu spowodowały konieczność podjęcia natychmiastowych i skutecznych działań w celu wyeliminowania stanu narażenia na utratę zdrowia pacjentów Szpitala oraz jego personelu, jak również pozostałych osób w nim przebywających.

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

Opis stanu faktycznego

4.1. Wartość umów podpisanych z NFZ o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne wyniosła ogółem 69.254.496,07 zł⁶⁷, w tym: 27.816.133,16 zł w 2015 r., 27.504.596,94 zł w 2016 r. i 13.933.765,97 zł w I półroczu 2017 r. Ich wykonanie w tych latach wyniosło odpowiednio: 97,6%; 102,1% i 108,7%, co wynikało z nadwykonań, rozliczanych w formie ugód z NFZ. Średni koszt osobodnia w oddziałach wyliczony dla hospitalizacji sfinansowanych przez NFZ wyniósł 494,36 zł w 2015 r., 549,44 zł w 2016 r. i 574,70 zł w I półroczu 2017 r.

Szpital nie generował danych dotyczących przeciętnego wydłużenia pobytu pacjenta i szacunkowych kosztów związanych z przedłużeniem hospitalizacji pacjentów, u których wystąpiło zakażenie szpitalne. Brak takich danych oraz analiz w tym zakresie Dyrektor Szpitala tłumaczył niedoskonałością posiadanych narzędzi informatycznych, a w szczególności brakiem współpracy pomiędzy systemem informatycznym liczącym koszty, a systemem medycznym CLININET. Podał też, że

⁶⁵ Nr E-Z.9020.1.11.2014 – wydanej w wyniku kontroli sanitarnej przeprowadzonej w dniu 26 czerwca 2014 r. Należały do nich m.in.: zorganizowanie w obrębie oddziału chorób dziecięcych pomieszczenia higieniczno-sanitarnego dla pacjentów, wyposażonego w miskę ustępową, umywalkę oraz natrysk (dostosowanego dla potrzeb osób niepełnosprawnych); zapewnienie w oddziale chorób dziecięcych (w pokojach chorych) dostępu do wszystkich łóżek z trzech stron oraz przeszklenia drzwi szkłem bezpiecznym; zapewnienie w odcinku dzieci młodszych możliwości ciągłej obserwacji dzieci; zapewnienie w odcinku dzieci młodszych dostępu do pokoi chorych poprzez służę umywalkowo-fartuchową oraz zamontowanie w gabinecie diagnostyczno-zabiegowym oddziału chorób dziecięcych umywalki z baterią z ciepłą i zimną wodą.

⁶⁶ Dz.U. z 2017 r., poz. 328 ze zm.

⁶⁷ Przy uwzględnieniu oddziałów: Rehabilitacji neurologicznej oraz Rehabilitacji Dziecka i Terapii Matki.

trwają obecnie działania nad wycofaniem dotychczasowego systemu liczenia kosztów i udoskonaleniem systemu CLININET.

(dowód: akta kontroli str.591-597)

4.2. W badanym okresie system zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych stanowił element systemu zarządzania Szpitalem. Był poddawany bieżącej kontroli, ewaluacji i doskonaleniu. Z wyjaśnień Dyrektora Szpitala wynikało, że w badanym okresie podejmowano szereg działań w celu zmniejszenia kosztów zakażeń szpitalnych. Aktualizowano przede wszystkim obowiązujące procedury zapobiegania zakażeniom szpitalnym oraz monitorowano ich realizację i prowadzono szkolenia personelu medycznego w tym zakresie, jak również wdrożono nowe zasady polityki antybiotykoterapii oraz wprowadzono Zintegrowany System Zarządzania. Ponadto pielęgniarka epidemiologiczna brała czynny udział w postępowaniach przetargowych, dotyczących zakupu środków do dezynfekcji; prowadzono modernizację oddziałów szpitalnych poprawiając warunki pobytu chorych w oddziałach (węzły sanitarne w salach chorych); wprowadzono stosowanie obłożenia pola operacyjnego z materiałów jednokrotnego użytku i kaniul do wkluc obwodowych tzw. „bezpiecznych”; wprowadzono przesiewowe badania mikrobiologiczne u pacjentów przyjmowanych z innych szpitali oraz stosowanie bielizny operacyjnej jednokrotnego użytku; zakupiono autoklaw do Centralnej Sterylizacji; sprawowano bieżący nadzór epidemiologiczny nad środowiskiem szpitalnym oraz nad firmami zewnętrznymi świadczącymi usługi w zakresie prania, gotowania i sprzątania.

(dowód: akta kontroli str. 597 i 141-149)

4.3. Koszty związane z funkcjonowaniem systemu zakażeń szpitalnych wyniosły w tych latach ogółem 8.016.136,11 zł⁶⁸, co stanowiło odpowiednio 12,92%; 9,90% i 9,92% ich udziału w przychodach z tytułu wykonania świadczeń finansowanych ze środków publicznych oraz 5,70%; 4,44% i 4,19% w kosztach ogółem funkcjonowania Szpitala.

(dowód: akta kontroli str. 598)

4.4. W badanym okresie na profilaktykę przeciwwakażeniową Szpital wydatkował łącznie 9.222.712,20 zł (w tym: 8.320.174,55 zł w oddziałach szpitalnych), a w poszczególnych latach:

- 6.170.831,82 zł w 2016 r. (w tym 5.495.645,46 zł tj. 89% na oddziały szpitalne), z przeznaczeniem: 142.742,00 zł (2,3%) na koszty osobowe zatrudnienia personelu medycznego związanego ze zwalczaniem zakażeń szpitalnych (wynagrodzenia osobowe wraz z pochodnymi od tych wynagrodzeń) i 6.028.089,82 zł (97,7%) na koszty pozostałe⁶⁹,
- 3.051.880,38 zł w I półroczu 2017 r., (w tym 2.824.529,09 zł, tj. 92,6% oddziały szpitalne), z przeznaczeniem: 65.154,00 zł (2,1%) na koszty osobowe zatrudnienia personelu medycznego związanego ze zwalczaniem zakażeń szpitalnych (wynagrodzenia osobowe wraz z pochodnymi od tych wynagrodzeń) i 2.986.726,38 zł na pozostałe koszty⁷⁰.

Koszty profilaktyki zmalały w 2016 r. w porównaniu do 2015 r. ogólnie o 14,3%, z czego:

⁶⁸ 3.670.855,16 zł w 2015 r., 2.876.035,31 zł w 2016 r. i 1.469.245,64 zł w I półroczu 2017 r.

⁶⁹ W tym: 135.120,85 zł (2,2%) wydatkowano na badania mikrobiologiczne; 280.185,27 zł (4,6%) na antybiotyki; 1.388.705,36 zł (23%) na sprzęt jednorazowego użytku; 2.789.426,84 zł (46,3%) na utrzymanie czystości i dezynfekcji powierzchni szpitalnych (realizowanych przez firmę zewnętrzną); 1.064.402,68 zł (17,7%) na proces sterylizacji i dekontaminacji; 148.513,07 zł (2,5%) na utylizację odpadów medycznych i 221.735,75 zł (3,7%) na utrzymanie pralni szpitalnej.

⁷⁰ W tym: 64.239,72 zł (2,2%) wydatkowano na badania mikrobiologiczne; 106.371,09 zł (3,6%) na antybiotyki; 769.565,51 zł (25,8%) na sprzęt jednorazowego użytku; 1.341.143,83 zł (44,9%) na utrzymanie czystości i dezynfekcji powierzchni szpitalnych (realizowanych przez firmę zewnętrzną); 528.155,04 zł (17,6%) na proces sterylizacji i dekontaminacji; 71.230,68 zł (2,4%) na utylizację odpadów medycznych i 106.020,51 zł (3,5%) na utrzymanie pralni szpitalnej.

- koszty osobowe zatrudnienia personelu medycznego o 9% (wśród których zmalały o 14,9% koszty zatrudnienia pielęgniarek epidemiologicznych i wzrosły o 1,9% koszty zatrudnienia mikrobiologa),
- pozostałe koszty o 14,4% (wśród których zmalały: o 9,9% koszty badań mikrobiologicznych, o 34,3% koszty zużycia sprzętu jednorazowego, o 5,5 % koszty związane z procesem sterylizacji i dekontaminacji, o 7% pozostałe koszty sterylizacji i o 21% koszt utylizacji odpadów medycznych, a wzrosły: o 2,2% koszty zużycia antybiotyków, o 0,7% koszty utrzymania czystości i dezynfekcji powierzchni szpitalnych, o 31% koszty materiałów do sterylizacji i o 1,2% koszty utrzymania pralni szpitalnej).

(dowód: akta kontroli str. 599)

4.5. W latach 2015-2017 (I półrocze) Szpital wydatkował na badania mikrobiologiczne⁷¹ ogółem 349.275,60 zł, w tym: 149.915,03 zł w 2015 r., 135.120,85 zł w 2016 r. i 64.239,72 zł w I półroczu 2017 r. Wydatki te stanowiły odpowiednio 0,29% kosztów realizowanych w tym okresie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, a w poszczególnych latach odpowiednio: 0,32%; 0,28% i 0,25%.

(dowód: akta kontroli str. 600)

4.6. Z wyjaśnień Dyrektora Szpitala wynikało, że analizowano koszty hospitalizacji wszystkich pacjentów zakażonych. Podjęto decyzję o przejściu Szpitala z materiałów wielokrotnego użycia na materiały jednokrotnego użycia w obszarze Bloku Operacyjnego (ubrania operacyjne, bielizna operacyjna, narzędzia operacyjne). Szczególną analizą objęto koszty antybiotykoterapii stosowanej w przypadkach leczenia zakażeń. Dwa razy w roku przeprowadzano również analizę rehospitalizacji pacjentów, nierzadko również z powodu zakażenia.

(dowód: akta kontroli str. 596)

4.7. W badanym okresie prowadzono przeciwko Szpitalowi jedno postępowanie sądowe z tytułu zakażenia szpitalnego, co skutkowało poniesieniem kosztów w kwocie 52 tys. zł., wypłaconych przez ubezpieczyciela z polisy ubezpieczeniowej.

(dowód: akta kontroli str. 601)

Ocena cząstkowa

W latach 2016-2017 (do 30 września) Szpital ewidencjonował i analizował koszty związane z zapobieganiem i leczeniem zakażeń szpitalnych. Podejmowane w tym zakresie działania skutkowały obniżeniem kosztów leczenia takich zakażeń.

IV. Wnioski

Wnioski pokontrolne

Przedstawiając powyższe oceny i uwagi wynikające z ustaleń kontroli, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli⁷², wnosi o:

1. Podjęcie działań w celu powołania na przewodniczącego zkzs osoby posiadającej wymagane kwalifikacje oraz uzupełnienia składu zkzs o drugą pielęgniarkę epidemiologiczną.
2. Bieżące wypełnianie kart zakażeń szpitalnych, według wzoru określonego w elektronicznym systemie CLININET.
3. Przeprowadzanie kontroli wewnętrznych w pełnym zakresie określonym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie zakresu, sposobu i częstotliwości prowadzenia kontroli wewnętrznej w obszarze realizacji działań zapobiegających się szerzeniu zakażeń i chorób zakaźnych oraz ich właściwe dokumentowanie w sporządzanych raportach.
4. Zapewnienie uczestnictwa w posiedzeniach Zespołu pracownika firmy zewnętrznej realizującej świadczenia diagnostyki laboratoryjnej.

⁷¹ Wartość faktur za realizację świadczeń z tytułu umowy z firmą Laboratoria Medyczne Optimed

⁷² Dz. U. z 2017 r. poz. 524.

5. Dokonywanie, z wymaganą częstotliwością czyszczenia lub dezynfekcji instalacji oraz urządzeń wentylacji mechanicznej i klimatyzacji.

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 o NIK kierownikowi jednostki kontrolowanej przysługuje prawo zgłoszenia na piśmie umotywowanych zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, w terminie 21 dni od dnia jego przekazania. Zastrzeżenia zgłasza się do dyrektora Delegatury NIK w Olsztynie.

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania uwag
i wykonania wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK proszę o poinformowanie Najwyższej Izby Kontroli, w terminie 21 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykorzystania uwag i wykonania wniosków pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

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

Olsztyn, dnia 5 grudnia 2017 r.

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Olsztynie

Kontroler
Janusz Dobek
Główny specjalista kontroli państwowej

Dyrektor
Andrzej Zyśk