



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Warszawie

LWA – 410.019.03.2017

P/17/060

# WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Warszawie

ul. Filtrowa 57, 02-056 Warszawa

T +48 22 444 57 72, F +48 22 444 57 62

[lwa@nik.gov.pl](mailto:lwa@nik.gov.pl)

Adres korespondencyjny: Skr. poczt. P-14, 00-950 Warszawa 1

## I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli	P/17/060 – Zakażenia w podmiotach leczniczych
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Warszawie
Kontroler	Jan Sulima, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LWA/130/2017 z 20 września 2017 r. (dowód: akta kontroli tom I str. 1-2)
Jednostka kontrolowana	Mazowiecki Szpital Specjalistyczny w Ostrołęce, Al. Jana Pawła II 120A, 07-410 Ostrołęka <sup>1</sup>
Kierownik jednostki kontrolowanej	Wojciech Miazga – Dyrektor Szpitala w Ostrołęce <sup>2</sup> (dowód: akta kontroli tom I str. 3-4)

## II. Ocena kontrolowanej działalności

### Ocena ogólna<sup>3</sup>

W okresie objętym kontrolą<sup>4</sup> Szpital posiadał system nadzoru nad zakażeniami szpitalnymi obejmujący m.in. zestaw właściwych do jego realizacji procedur. W Szpitalu powołany został Komitet kontroli zakażeń szpitalnych<sup>5</sup>, Zespół kontroli zakażeń szpitalnych<sup>6</sup> oraz Zespół ds. antybiotykoterapii i Zespół terapeutyczny. Obowiązujące w Szpitalu wewnętrzne regulacje w zakresie zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych nie były w pełni adekwatne do faktycznych potrzeb Szpitala, a także do rozwiązań przyjętych w ustawie z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi<sup>7</sup>. Utrudniało to rzetelną realizację obowiązków Szpitala wynikających z ww. ustawy. W szczególności stwierdzono, że:

- w skład Zkzs wchodziła tylko jedna pielęgniarka epidemiologiczna, co było niezgodne z art. 15 ust. 1 pkt 2 ustawy o zwalczaniu zakażeń,
- zadań określonych w art. 11 ust. 2 pkt 1, art. 15 ust. 2 pkt 3 i art. 15 ust. 4 pkt 3 i ustawy o zwalczaniu zakażeń nie przypisano żadnej komórce organizacyjnej Szpitala ani żadnemu pracownikowi,
- w sprawozdaniach o działalności szpitala MZ-29 za 2015 r. i 2016 r. błędnie wykazano liczbę zmarłych pacjentów,
- nie prowadzono rejestru czynników alarmowych, co było niezgodne z art. 14 ust. 2 ustawy o zwalczaniu zakażeń, a rejestr zakażeń szpitalnych był prowadzony nierzetelnie,
- raporty wstępne o podejrzeniu lub wystąpieniu ogniska epidemicznego oraz zawiadomienia o podejrzeniu lub rozpoznaniu zakażenia, lub choroby zakaźnej były sporządzane i przekazywane Państwowemu Powiatowemu Inspektorowi Sanitarnemu niezgodnie z przepisami.

<sup>1</sup> Dalej także: Szpital lub MSS.

<sup>2</sup> Od 28 lipca 1997 r., dalej także: Dyrektor Szpitala.

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

<sup>4</sup> Kontrolą objęto lata 2015-2017 (do czasu zakończenia kontroli NIK).

<sup>5</sup> Dalej także: Kkzs.

<sup>6</sup> Dalej także: Zkzs.

<sup>7</sup> Dz.U.z 2016 r. poz. 1866 ze zm. Dalej także ustawa o zwalczaniu zakażeń.

### III. Opis ustalonego stanu faktycznego

#### 1. Organizacja nadzoru nad zakażeniami w podmiocie leczniczym

1.1. Podstawą działania Szpitala był statut nadany uchwałą Sejmiku Województwa Mazowieckiego z 25 czerwca 2017 r.<sup>8</sup> Zgodnie ze Statutem w skład Szpitala wchodziły zakłady lecznicze oraz jednostki i komórki organizacyjne takie jak: oddziały, poradnie, pracownie, inne komórki organizacyjne działalności medycznej oraz komórki administracyjne. Szczegółową strukturę organizacyjną Szpitala określa regulamin organizacyjny ustalony przez Dyrektora.

Od 24 października 2004 r. w Szpitalu działa System Zarządzania Jakością zgodny z normą ISO 9001:2000 a w latach 2015-2017 (I półrocze) zgodny z normami ISO 9001:2008, ISO 9001:2009<sup>9</sup>. Szpital posiada Certyfikat Akredytacyjny<sup>10</sup> w zakresie działalności Szpitala.

(dowód: akta kontroli tom I str. 5-24 i 490)

Zgodnie z art. 14 ustawy o zwalczaniu zakażeń Dyrektor Szpitala powołał jednostki organizacyjne odpowiedzialne za sprawowanie nadzoru nad zakażeniami, tj. Zespół kontroli zakażeń szpitalnych<sup>11</sup> oraz Komitet kontroli zakażeń szpitalnych<sup>12</sup>. Zkzs<sup>13</sup> podlegał Dyrektorowi ds. Opieki Zdrowotnej, a Kkzs Dyrektorowi Szpitala.

(dowód: akta kontroli tom I str. 330-333, 367-338, 409-410)

1.2. Zgodnie z art. 15 ust. 1 ustawy o zwalczaniu zakażeń w skład Zkzs wchodził: lekarz jako przewodniczący zespołu, jedna pielęgniarka epidemiologiczna i diagnosta laboratoryjny jako specjalista do spraw mikrobiologii<sup>14</sup>.

Liczba łóżek w Szpitalu wynosiła: 566 na 31 grudnia 2015 r., 564 na 31 grudnia 2016 r. i 564 na 30 czerwca 2017 r. Łóżka szpitalne wykorzystane były w 74,7% w 2015 r., w 75,2% w 2016 r. i w 78,8% w I półroczu 2017 r.

(dowód: akta kontroli tom I str. 299-296, 331 i 367)

1.3. Wszystkie osoby wchodzące w skład Zkzs zatrudnione były na podstawie umowy o pracę, w tym: kierownik Zkzs na 0,38 etatu, pielęgniarka epidemiologiczna na cały etat i mikrobiolog na 0,1 etatu.

Powołane w skład Zkzs osoby spełniały kryteria określone w § 2-4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 maja 2010 r. w sprawie kwalifikacji członków zespołu kontroli zakażeń szpitalnych<sup>15</sup>.

(dowód: akta kontroli tom I str. 94 i 336-356 oraz 411-417 i 489)

1.4. Kierownik Zkzs była także zatrudniona w wymiarze 0,5 etatu w Oddziale Obserwacyjno-Zakaźnym Szpitala i na 0,12 etatu w Poradni Chorób Zakaźnych MSS w Ostrołęce.

Pielęgniarka epidemiologiczna nie wykonywała innych zadań, niż określone w jej karcie stanowiska pracy w Zkzs.

Mikrobiolog pracowała w Szpitalu od poniedziałku do piątku od godz. 7.40 do 8.25, tj. 3 godz. 45 min. tygodniowo<sup>16</sup>. Od października 2005 r. zatrudniona była w firmie ALAB Laboratoria Sp. z o.o. na stanowisku zastępcy kierownika ds. mikrobiologii.

(dowód: akta kontroli tom I str. 336, 346, 354, 411, 413 i tom II str. 195)

<sup>8</sup> Uchwała nr 144/12 zmieniona uchwałami Sejmiku Województwa Mazowieckiego z 20 maja 2013 r. (uchwała nr 87/13) i z 11 lipca 2017 r. (uchwała nr 125/17).

<sup>9</sup> Certyfikat nr AC090 100/1208/4408/2016 TUV NORD Polska Sp. z o.o. z 28 września 2016 r.

<sup>10</sup> Certyfikat nr 2017/18 wydany przez Ministra Zdrowia 4 sierpnia 2017 r.

<sup>11</sup> Zarządzeniem nr 2/2001 z 4 stycznia 2001 r., zmienionym zarządzeniami nr: 142/2009 z 3 listopada 2009 r. i 41/2010 r. z 2 marca 2010 r.

<sup>12</sup> Zarządzeniem nr 86/2009 z 28 lipca 2009 r.

<sup>13</sup> Zgodnie ze schematem organizacyjnym Szpitala.

<sup>14</sup> Dalej także: mikrobiolog.

<sup>15</sup> Dz.U. z 2014 r. poz. 746.

<sup>16</sup> Nie pracowała w innych komórkach organizacyjnych MSS w Ostrołęce.

Mikrobiolog<sup>17</sup> zatrudniona w Szpitalu na stanowisku starszego asystenta diagnostyki laboratoryjnej miała m.in. za zadanie:

- udział w analizie i formułowaniu zleceń oraz rekomendacji w zakresie zakażeń szpitalnych,
- sporządzanie i udział w analizie raportów mikrobiologicznych,
- monitorowanie obecności alarmowych szczepów bakteryjnych,
- mikrobiologiczne monitorowanie chorych,
- czynny udział w szkoleniu personelu,
- analiza badań personelu medycznego i środowiska szpitalnego,
- czynny udział w dochodzeniach epidemiologicznych,
- prowadzenie obowiązującej dokumentacji dotyczącej ww. zadań.

(dowód: akta kontroli tom I str. 352-353)

Zgodnie z § 2 pkt 24 ww. umowy zawartej przez Szpital ze Spółką ALAB Laboratoria Sp. z o.o. ww. mikrobiolog, jako pracownik Spółki została przez nią wyznaczona do współpracy z Zkzs. W ramach tej umowy ww. sporządzała codzienne raporty bakteriologiczne, w których m.in. oznaczano drobnoustroje (patogeny) alarmowe. W trakcie przekazywania ww. raportów pielęgniarsce epidemiologicznej dokonywała<sup>18</sup>, jako członek Zkzs, oceny bieżącej sytuacji epidemiologicznej na poszczególnych oddziałach, a w przypadku stwierdzenia występowania szczepów wymagających szczególnego postępowania<sup>19</sup> zalecała wdrożenie postępowania określonego w stosowanych w Szpitalu procedurach, jak np. izolowanie zakażonych pacjentów.

Ponadto co kwartał opracowywała mapy z uzyskanych danych epidemiologicznych dotyczących drobnoustrojów alarmowych i przekazywała je Kierownik Zkzs. Ww. dane epidemiologiczne, dotyczące także lekowrażliwości, przedstawiała w formie wykresów określających procentowy odsetek szczepów wrażliwych na dany antybiotyk. Informacje te służyły Kierownik Zkzs do oceny sytuacji epidemiologicznej Szpitala.

Mikrobiolog poinformowała, że w Szpitalu była zatrudniona tylko na 1/10 etatu i nie była w stanie wykonywać wszystkich zadań i obowiązków przypisanych jej w karcie stanowiska pracy. Jej głównym miejscem pracy jest od 2005 r. ALAB Laboratoria Sp. z o.o., która<sup>20</sup> świadczy dla Szpitala usługi w zakresie badań laboratoryjnych i mikrobiologicznych.

(dowód: akta kontroli tom II str. 195-196)

**1.5.** W karcie stanowiska pracy pielęgniarki epidemiologicznej z 25 kwietnia 2014 r. określono pięć z dziewięciu zadań określonych w „ramowym zakresie czynności” opracowanym w 1996 r. przez Zespół ds. Zakażeń Szpitalnych przy Biurze Naczelnej Pielęgniarki Kraju, tj. dotyczących:

- monitorowania i analizowania zakażeń szpitalnych oraz stanu bakteriologicznego wszystkich oddziałów i komórek organizacyjnych Szpitala;
- współudziału w opracowywaniu standardów i procedur w zakresie profilaktyki i zwalczania zakażeń szpitalnych;
- doradztwa w postępowaniu pielęgnacyjnym z chorymi narażonymi na zakażenia szpitalne, czyli uczestniczenia w planowaniu opieki nad pacjentem z zakażeniem szpitalnym, w tym wdrożenie zasad izolacji,
- organizowania szkoleń dla personelu z zakresu zakażeń szpitalnych,
- prowadzenia dokumentacji Zkzs.

Zakres uprawnień pielęgniarki epidemiologicznej określony w ww. karcie, obejmował wydawanie zaleceń z zakresu działalności epidemiologicznej oraz

<sup>17</sup> Określonych w jej karcie stanowiska pracy z 19 sierpnia 2013 r.

<sup>18</sup> Wg wyjaśnień mikrobiolog.

<sup>19</sup> Np. w przypadku pałeczek MBL dodatnich.

<sup>20</sup> Na podstawie umowy nr 6/2010 z 13 września 2010 r.

kontrolę merytoryczną ich realizacji, tj. tylko jedno z uprawnień, zalecanych przez Zespół ds. Zakażeń Szpitalnych przy Biurze Naczelnej Pielęgniarki Kraju. Pielęgniarka epidemiologiczna podlegała bezpośrednio kierownikowi Zkzs, który podlegał zastępcy dyrektora ds. opieki zdrowotnej.

(dowód: akta kontroli tom I str. 73 i 336-337)

**1.6.** W skład Kkzs, powołanego zarządzeniem Dyrektora Szpitala<sup>21</sup>, wchodziły pracownicy Szpitala, o których mowa w art. 15 ust. 3 ustawy o zwalczaniu zakażeń.

(dowód: akta kontroli tom I str. 95-96 i 367)

**1.7.** Zgodnie z art. 14 ust. 1 pkt 3 lit. c ustawy o zwalczaniu zakażeń Szpital zapewnił możliwość wykonywania badań laboratoryjnych w ciągu całej doby przez spółkę świadczącą usługi w zakresie badań laboratoryjnych i mikrobiologicznych<sup>22</sup>.

(dowód: akta kontroli tom I str. 393)

**1.8.** Realizację obowiązku określonego w § 3 pkt 12 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 sierpnia 2011 r. w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych<sup>23</sup>, sprawdzono na próbie 89 pracowników medycznych przyjętych do pracy w Szpitalu w latach 2015-2017 (I półrocze)<sup>24</sup>. Ustalono, że:

- 86 osób zostało zaszczepionych przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B przed podjęciem pracy w Szpitalu,
- w jednym przypadku<sup>25</sup> nie odnotowano ww. szczepienia z powodu przeoczenia,
- w jednym przypadku szczepienie takie nie było wymagane<sup>26</sup>,
- jedna osoba została zaszczepiona w Szpitalu.

Wszyscy pracownicy medyczni zatrudnieni na koniec 2015 r. (819 osób) i 2016 r. (810 osób) oraz na 30 czerwca 2017 r. (787 osób) byli zaszczepieni przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B.

(dowód: akta kontroli tom I str. 97 i 402-405)

**1.9.** W szpitalu opracowano i wdrożono procedurę postępowania poekspozycji zawodowej<sup>27</sup> zgodnie z § 9 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 czerwca 2013 r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienie ostrymi narzędziami używanymi przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych<sup>28</sup>. Procedura ta była dostępna na stronach Intranetu<sup>29</sup>. Kierownicy komórek zapoznali podległy personel z treścią procedury, co zostało potwierdzone podpisami w Dokumencie Zapoznania. Ponadto treść procedury i zasady postępowania poekspozycyjnego były omawiane na szkoleniach ogólnozakładowych i szkoleniach w poszczególnych komórkach.

(dowód: akta kontroli tom I str. 97, 197-198 i 208-216)

**1.10.** Wywiązywanie się Szpitala z obowiązku wynikającego z § 39 ust. 1 i 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego

<sup>21</sup> Nr 86/2009 z 29 lipca 2009 r.

<sup>22</sup> Tj. ALAB Laboratoria Sp. z o.o. na podstawie umowy nr 6/2010 z 13 września 2010 r. obowiązującej do 14 września 2020 r.

<sup>23</sup> Dz.U. z 2016 r. poz. 849 ze zm..

<sup>24</sup> Na podstawie danych o szczepieniu pracowników Szpitala przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B zawartych w kartach badania profilaktycznego znajdujących się w Ośrodku Medycyny Pracy MSS w Ostrołęce.

<sup>25</sup> Dotyczy osoby, która pracowała w Szpitalu w okresie od 5 marca do 4 czerwca 2015 r. na stanowisku lekarza w Oddziale Psychiatrycznym.

<sup>26</sup> Dotyczy osoby po przebyciu zakażenia HBV, która miała odporność naturalną po chorobie.

<sup>27</sup> Procedurę opracowała Kierownik zkzs i stanowiła ona załącznik nr 8 do zarządzenia Dyrektora Szpitala nr 1 /2015 z 2 stycznia 2015 r. w sprawie wprowadzenia Procedury redukcji endemicznych zakażeń szpitalnych u pacjentów i pracowników.

<sup>28</sup> Dz.U. poz. 696.

<sup>29</sup> Wewnętrzna sieć internetowa MSS w Ostrołęce funkcjonująca od 1 stycznia 2012 r., do której mają dostęp wszyscy pracownicy Szpitala.

działalność leczniczą<sup>30</sup>, tj. obowiązku czyszczenia lub dezynfekcji i wymiany elementów instalacji i urządzeń wentylacji mechanicznej oraz klimatyzacji, sprawdzono na próbie ośmiu central klimatyzacyjnych, spośród 41 eksploatowanych w MSS w Ostrołęce. Badanie wykazało, że przeglądy półroczne i roczne ww. central klimatyzacyjnych, w objętym kontrolą okresie, przeprowadzane były przez czterech pracowników Szpitala, zgodnie z instrukcją eksploatacji wentylacji mechanicznej – opis konserwacji central wentylacyjnych<sup>31</sup>. Przeglądy półroczne i roczne odnotowywane były w kartach konserwacji półrocznej i rocznej, a wymiany elementów dokumentowane w kartach pracy central.

(dowód: akta kontroli tom I str. 97 i 445-488)

1.11. W badanym okresie Państwowy Powiatowy Inspektorat Sanitarny w Ostrołęce<sup>32</sup>, nie prowadził badań ciepłej wody na obecność bakterii Legionella. Badania takie przeprowadził PPIS w marcu 2014 r. w 9 punktach poboru wody, (pięć w Szpitalu i cztery w Hotelu Pielęgniarek). W jednym punkcie w Hotelu Pielęgniarek stwierdzono przekroczenie obecności bakterii Legionella. Ponowna kontrola PPIS 7 maja 2014 r. nie wykazała obecności tych bakterii.

(dowód: akta kontroli tom I str. 98 i tom II str. 202-214)

Ustalone  
nieprawidłowości

Dyrektor Szpitala, w okresie objętym kontrolą, powołał do Zkzs tylko jedną pielęgniarkę epidemiologiczną, co było niezgodne z art. 15 ust. 1 pkt 2 ustawy o zwalczaniu zakażeń, zgodnie z którym liczba pielęgniarek powinna być nie mniejsza niż jedna na 200 łóżek szpitalnych. Szpital posiadał 564 łóżka.

(dowód: akta kontroli tom I str. 294-296)

Dyrektor Szpitala poinformował, że w składzie Zkzs nie zapewniono wymaganej liczby pielęgniarek epidemiologicznych z powodu trudności finansowych Szpitala .

(dowód: akta kontroli tom I str. 94)

Uwagi dotyczące  
badanej działalności

1. W schemacie organizacyjnym Szpitala nie ujęto Kkzs i nie określono jego podległości organizacyjnej, a w Regulaminie organizacyjnym Szpitala nie określono jego zadań.

(dowód: akta kontroli tom I str. 27 -73)

Dyrektor Szpitala poinformował, że spowodowane to było niedopatrzeniem. Jednocześnie wyjaśnił, że rozpoczęto prace nad zmianą Regulaminu organizacyjnego Szpitala i schematu organizacyjnego, w którym planuje się ująć wszystkie działające komitety, w tym Kkzs. Zmiany będą wprowadzone po ich zaakceptowaniu przez Radę Społeczną Szpitala. Najbliższe spotkanie rady odbędzie się w grudniu 2017 r. i zmiany będą obowiązywały od stycznia 2018 r.

(dowód: akta kontroli tom II str. 2)

2. Zdaniem NIK, ze względu na znaczenie problemu zakażeń szpitalnych, pielęgniarka epidemiologiczna powinna podlegać bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala, a nie kierownikowi Zkzs<sup>33</sup>. Pielęgniarka epidemiologiczna musi często egzekwować zgłaszanie zakażeń szpitalnych, co przy sporze kompetencyjnym między lekarzem i pielęgniarką, może być znacznie utrudnione. Dobra praktyka wskazuje, że pracownik kontroli wewnętrznej powinien podlegać bezpośrednio kierownikowi jednostki.

Dyrektor Szpitala poinformował, że planuje podjąć działania by Zkzs i wszyscy jego członkowie, w tym pielęgniarka epidemiologiczna, podlegali jemu bezpośrednio.

(dowód: akta kontroli tom I str. 73, 336 i 339; tom II str. 2)

<sup>30</sup> Dz.U. poz. 739.

<sup>31</sup> Wprowadzonej zarządzeniem Dyrektora Nr. 120/2015 z 23 lipca 2017 r.

<sup>32</sup> Dalej także PPIS.

<sup>33</sup> Który podlegał Zastępcy Dyrektora ds. Opieki Zdrowotnej.

3. Obciążanie pracowników Zkzs dodatkowymi obowiązkami, w ocenie NIK, nie pozwalało na rzetelną realizację przez nich wszystkich zadań powierzonych Zkzs. W szczególności mikrobiolog nie realizowała wszystkich przypisanych jej jako członkowi Zkzs zadań, jak np.: czynnego udziału w szkoleniu personelu, analizy badań personelu medycznego i środowiska szpitalnego, czynnego udziału w dochodzeniach epidemiologicznych.

Dyrektor Szpitala podał w wyjaśnieniach, że łączenie zadań członków Zkzs z innymi obowiązkami w Szpitalu i poza nim wynikało z braku kadry medycznej spełniającej kryteria określone w rozporządzeniu w sprawie kwalifikacji członków zespołu kontroli zakażeń szpitalnych.

(dowód: akta kontroli tom II str. 2)

4. Pielęgniarki epidemiologicznej nie przypisano czterech zadań<sup>34</sup> określonych w „ramowym zakresie czynności” opracowanym w 1996 r. przez Zespół ds. Zakażeń Szpitalnych przy Biurze Naczelnej Pielęgniarki Kraju.

Dyrektor Szpitala poinformował, że spowodowane to zostało „przez nieuwagę”, ale w latach 2015-2017 (I półrocze) zadania te były faktycznie przez nią wykonywane. W karcie pracy pielęgniarki epidemiologicznej z 19 października 2017 r. ujęto wszystkie zalecane zadania.

(dowód: akta kontroli tom I str. 95, 336-337 i 339-340)

5. Zakres uprawnień pielęgniarki epidemiologicznej nie obejmował dwóch uprawnień, z zalecanych przez Zespół ds. Zakażeń Szpitalnych przy Biurze Naczelnej Pielęgniarki Kraju, tj. określania zapotrzebowania na zakup środków związanych z profilaktyką zakażeń szpitalnych i wnioskowania do dyrekcji o udzielanie kar w przypadku stwierdzenia rażących zaniedbań na stanowisku pracy, mających wpływ na wystąpienie zakażenia szpitalnego.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił to „niewagą”. W karcie pracy pielęgniarki epidemiologicznej z 19 października 2017 r. ujęto wszystkie zalecane uprawnienia.

(dowód: akta kontroli tom I str. 95, 336-337, 340)

6. Szpital nie zapewniał i nie gromadził danych o szczepieniach przeciwko grypie pracowników Szpitala.

Zgodnie ze standardami akredytacyjnymi „Kontroli zakażeń<sup>35</sup>” szpital powinien zapewniać szczepienia przeciw grypie dla wszystkich zatrudnionych w obszarach świadczenia opieki oraz gromadzić informacje o poziomie wyszczepienia pracowników.

W odniesieniu do szczepień przeciwko grypie Dyrektor Szpitala poinformował, że w latach 2015-2017 (I półrocze) Szpital umożliwiał pracownikom zakup szczepionki po preferencyjnej cenie w hurtowni leków współpracującej z MSS w Ostrołęce, a pracownicy szczepili się we własnym zakresie, czego nie dokumentowano. Szczepienia przeciwko grypie, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 3 stycznia 2012 r.<sup>36</sup>, nie są obowiązkowe a jedynie zalecane.

(dowód: akta kontroli tom I str. 96-97)

<sup>34</sup> Tj. współuczestniczenia w zakresie wypracowywania strategii szpitala w zakresie profilaktyki i zwalczania zakażeń szpitalnych (tj. w opracowywaniu programu kontroli zakażeń szpitalnych),

- prowadzenia rejestru zakażeń szpitalnych,
- przeprowadzania dochodzeń epidemiologicznych,
- nadzorowania i monitorowania pracy personelu szpitala w zakresie szczepień ochronnych, postępowanie poekspozycyjnego, środków ochrony indywidualnej (tj. przestrzegania standardów i procedur obowiązujących w szpitalu).

<sup>35</sup> Załącznik do obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 18 stycznia 2010 r. w sprawie standardów akredytacyjnych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania szpitali (Dz.Urz. MZ Nr 2, poz. 24). Dalej także: standardy akredytacyjne.

<sup>36</sup> Tj. rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wykazu rodzajów czynności zawodowych oraz zalecanych szczepień ochronnych wymaganych u pracowników, funkcjonariuszy, żołnierzy lub podwładnych podejmujących pracę, zatrudnionych lub wyznaczonych do wykonywania tych czynności. Dz.U. poz. 40.

Dyrektor Szpitala powołał Kkzs i Zkzs jako odrębne jednostki organizacyjne funkcjonujące w Szpitalu. Ich członkami zostały osoby, o których mowa w art. 15 ust. 1 i 3 ustawy o zakażeniach szpitalnych. Kwalifikacje członków Zkzs i Kkzs były zgodne z obowiązującymi przepisami. Natomiast nie zapewniono w składzie Zkzs wymaganej liczby pielęgniarek lub położnych, jako specjalistów do spraw epidemiologii lub higieny i epidemiologii, stosownie do art. 15 ust. 1 pkt 2 ustawy o zwalczaniu zakażeń tj. w liczbie nie mniejszej niż 1 na 200 łóżek szpitalnych. Szpital zapewnił możliwość wykonywania badań laboratoryjnych w ciągu całej doby.

## 2. Zapobieganie i zwalczanie zakażeń szpitalnych

**2.1.** Dyrektor powierzył Zkzs realizację zadań określonych w art. 11 ust. 1 i 2 ustawy o zwalczaniu zakażeń. Zadania te były ujęte w regulaminie zespołu<sup>37</sup> oraz w § 60 Regulaminu organizacyjnego Szpitala<sup>38</sup>.

Kkzs nie opiniował i nie zgłaszał uwag do regulaminu Zkzs.

Badania laboratoryjne w okresie objętym kontrolą wykonywała firma ALAB.

(dowód: akta kontroli tom I str. 49, 71-73 i 330-333 oraz 393-401)

**2.2.** W okresie objętym kontrolą w Szpitalu obowiązywało 49 procedur, instrukcji, wytycznych i standardów związanych z zapobieganiem zakażeniom szpitalnym, w tym 28, które zgodnie z art. 15 ust. 2 pkt 1 ustawy o zwalczaniu zakażeń zostały opracowane przez Zkzs i wprowadzone do stosowania zarządzeniami Dyrektora Szpitala. Członkowie Zkzs uczestniczyli w opracowaniu pozostałych lub je opiniowali.

(dowód: akta kontroli tom I str. 148-151 i tom II str. 215-227)

W Szpitalu stosowano m.in.:

- Program Higieny Szpitalnej<sup>39</sup>, w którym m.in. określono zasady sprzątnięcia, mycia i dezynfekcji pomieszczeń oraz bezpiecznego transportu zarówno odpadów medycznych, jak i materiałów sterylnych oraz stosowania dekontaminacji z zastosowaniem metody VHP<sup>40</sup>. Program zawierał m.in. wykaz dopuszczonych do użycia w Szpitalu preparatów stosowanych w procesie mycia i dezynfekcji oraz dekontaminacji pomieszczeń.
- „Procedurę mycia i dezynfekcji narzędzi i sprzętu medycznego”<sup>41</sup>, w której określono zasady postępowania ze sprzętem medycznym jednorazowego użytku oraz metody mycia i dezynfekcji sprzętu wielorazowego użytku i sposób dokumentowania użycia sterylnego materiału i sprzętu.
- Procedurę mycia i dezynfekcji rąk<sup>42</sup>, określono w niej zasady tej czynności.
- „Procedurę transportu wewnętrznego”<sup>43</sup>, w której określono m.in. zasady transportu bielizny czystej, brudnej, odpadów, zwłok, posiłków, materiałów do sterylizacji, sprzętów i materiałów oraz transportu materiałów do Centralnej Sterylizatorni i przechowywanie sprzętu jałowego w poszczególnych komórkach organizacyjnych Szpitala.
- „Procedurę wkłucia, wlewu, pobierania materiału do badań”<sup>44</sup>, w której określono m.in. zasady dezynfekcji skóry i błon śluzowych oraz zasady wykonywania zabiegów ze szczególnym uwzględnieniem zabiegów z naruszeniem ciągłości tkanek.

<sup>37</sup> Wprowadzonym zarządzeniem Dyrektora Szpitala nr 41/2010 r. z 2 marca 2010 r., zmienionym zarządzeniem nr 59/2013 z 29 maja 2013 r. - zmiana dotyczyła tylko nazewnictwa po zmianie nazwy Szpitala.

<sup>38</sup> Wprowadzonym zarządzeniem Dyrektora Szpitala nr 122/2012 z 17 grudnia 2012 r. i zmienionym zarządzeniem Dyrektora Szpitala nr 129/2017 z 29 maja 2017 r.

<sup>39</sup> Wprowadzony zarządzeniem Dyrektora nr 89/2015 z 1 czerwca 2015 r., zmieniony zarządzeniem nr 149/2016 z 24 sierpnia 2016 r.

<sup>40</sup> Vaporized hydrogen peroxide.

<sup>41</sup> Wprowadzoną zarządzeniem Dyrektora MSS nr 142/2015 z 28 września 2015 r.

<sup>42</sup> Wprowadzoną zarządzeniem Dyrektora MSS nr 116/2015 z 20 lipca 2015 r.

<sup>43</sup> Wprowadzoną zarządzeniem Dyrektora MSS nr 150/2016 z 24 sierpnia 2016 r.

<sup>44</sup> Z 8 grudnia 2014 r. stanowiącą załącznik nr 9 do zarządzenia Dyrektora MSS nr 1/20015 z 2 stycznia 2015 r.



- „Instrukcję postępowania z odpadami medycznymi powstałymi w wyniku udzielania świadczeń zdrowotnych w MSS”<sup>45</sup>.
- Procedurę BHP dotyczącą używania odpowiednich do rodzaju i stopnia narażenia środków ochrony indywidualnej<sup>46</sup>.

(dowód: akta kontroli tom I str. 98 i tom II str. 259-297 i 333-351, 491-501)

Powyższe procedury były dostępne w szpitalnej sieci internetowej Intranet oraz w formie pisemnej na oddziałach. Były omawiane w trakcie szkoleń pracowników szpitala i oddzielnych szkoleń dla pracowników firmy sprzątającej (dwa razy w roku), prowadzonych przez Zkzs. Z ww. procedurami zapoznani zostali m.in. pracownicy Oddziału Obserwacyjno-Zakaźnego

(dowód: akta kontroli tom II str. 381-384)

Dobór preparatów stosowanych w procesie mycia, dezynfekcji i sterylizacji sprzętu medycznego oraz sprzątania i dekontaminacji pomieszczeń szpitalnych był uzgadniany z Zkzs. Firma sprzątająca została zobowiązana umową do przestrzegania procedur dotyczących sprzątania i dezynfekcji pomieszczeń oraz używania tylko preparatów wymienionych w Programie Higieny Szpitalnej. Każda zmiana środka myjącego lub dezynfekcyjnego oraz metoda dekontaminacji pomieszczeń wymagała pisemnej akceptacji Zkzs. Ponadto umowa określała wymogi gwarantujące należyte wykonanie usług (w tym określono kary umowne za poszczególne uchybienia). Realizacja ww. wymogów była kontrolowana podczas kontroli wewnętrznych przez Zkzs i Kierownika Sekcji Usług Zewnętrznych i Transportu Pacjentów.

(dowód: akta kontroli tom II str. 111-128 i 352-355)

Skuteczność działania stosowanych preparatów dezynfekcyjnych sprawdzała Pielęgniarka epidemiologiczna poprzez kontrolę mikrobiologiczną powierzchni poddawanych procesowi dezynfekcji, przy użyciu znaczników fluorescencyjnych. Ww. w badanym okresie przeprowadziła 21 takich kontroli. Wyniki badań mikrobiologicznych z kontroli dokumentowano w formie zbiorczych zestawień wyników, które po ich analizie przez Pielęgniarkę epidemiologiczną, przekazywano do oddziałów, na których przeprowadzano kontrole.

(dowód: akta kontroli tom II str. 490)

**2.3.** Zkzs w latach 2015-2017 (I półrocze), zgodnie z załącznikiem nr 10 do zarządzenia Dyrektora Szpitala nr 1/2015 z 2 stycznia 2015 r.<sup>47</sup>, dokonywał co kwartał oceny ryzyka wystąpienia zakażenia związanego z wykonywaniem świadczeń zdrowotnych w Szpitalu<sup>48</sup>. Każdy operowany pacjent po zabiegu operacyjnym miał zakładaną kartę monitorowania ryzyka wystąpienia zakażenia miejsca operowanego, która m.in. zawierała informacje o rodzaju podanego antybiotyku. Karty poddawano analizie przez pielęgniarkę epidemiologiczną, która w badanym okresie sporządziła 10 takich analiz (co kwartał) dla oddziałów: chirurgii ogólnej, chirurgii urazowo ortopedycznej, położniczo-ginekologicznego, urologicznego i otolaryngologicznego.

(dowód: akta kontroli tom I str. 99-100 i 217-231 oraz tom II str. 141-145)

**2.4.** W latach 2015-2017 (I półrocze) Zkzs przeprowadził 119 kontroli, z tego po 49 w 2015 r. i 2016 r. i 21 w I półroczu 2017 r.

Sposób jak i częstotliwość przeprowadzania kontroli wewnętrznych<sup>49</sup> przez Zkzs były zgodne z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 maja 2010 r. w sprawie

<sup>45</sup> Wprowadzona zarządzeniem Dyrektora MSS nr 81/2015 z 21 maja 2015 r.

<sup>46</sup> Wprowadzona zarządzeniem Dyrektora MSS nr 98/2013 z 30 sierpnia 2013 r.

<sup>47</sup> Zawierającym wytyczne do monitorowania ryzyka wystąpienia zakażenia miejsca operowanego.

<sup>48</sup> Tj. dokonywał oceny ryzyka wystąpienia zakażenia miejsca operowanego oraz wklucia centralnego i obwodowego, a także oceny ryzyka wystąpienia patogenów alarmowych oraz zakażeń *clostridium difficile*.

<sup>49</sup> Celem wszystkich ww. kontroli było dokonanie oceny stanu sanitarno-higienicznego, (w tym: ocena ryzyka wystąpienia zakażeń związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych stosowanie środków ochrony indywidualnej i zbiorowej oraz

zakresu, sposobu i częstotliwości prowadzenia kontroli wewnętrznej w obszarze realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych<sup>50</sup>. Kontrole prowadzono zgodnie z harmonogramami na poszczególne lata, sporządzano z nich raporty zawierające dane określone w § 5 ust. 1 pkt ww. rozporządzenia, które przekazywano<sup>51</sup> Dyrektorowi Szpitala i kontrolowanej komórce organizacyjnej (jeden egzemplarz pozostawał w Zkzs). W ww. raportach opisywano stwierdzone nieprawidłowości, formułowano adekwatne wnioski oraz zalecenia pokontrolne, które były realizowane na bieżąco, z wyjątkiem zaleceń z kontroli przeprowadzonych<sup>52</sup> w Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym<sup>53</sup> a dotyczących poprawy jego stanu technicznego.

(dowód: akta kontroli tom I str. 100 oraz 111-128 i 136-144)

**2.5.** Szpital prowadził szkolenia pracowników na podstawie rocznych ogólnozakładowych planów szkoleń, opracowanych przez Dział ekonomiki i organizacji opieki zdrowotnej, zatwierdzonych przez Dyrektora Szpitala. W ramach tych szkoleń kierownik Zkzs przeprowadziła, w każdym roku objętym kontrolą, szkolenia z zakresu zakażeń szpitalnych, w których wzięło udział 149 osób.<sup>54</sup> Ponadto w szkoleniu „Postępowanie w przypadku hospitalizacji pacjentów stanowiących duże zagrożenie epidemiologiczne” przeprowadzonym w 2015 r. wzięło udział 40 osób, w tym 39 pracowników medycznych, a w szkoleniu „Jak rozpoznać zakażenie szpitalne i jak mu przeciwdziałać”, przeprowadzonym w 2016 r. uczestniczyło 68 osób, w tym 66 pracowników medycznych.

(dowód: akta kontroli tom I str. 418-423)

Zkzs przeprowadził ogółem 36 szkoleń, w tym 15 w 2015 roku, 10 w 2016 roku oraz 11 w 2017 r. (do 27 listopada). Uczestniczyło w nich łącznie 1 051 osób ze wszystkich jednostek organizacyjnych Szpitala, w tym lekarze, pielęgniarki, pracownicy niemedyczni oraz pracownicy firmy sprzątającej (dwa razy w roku).

Zkzs przeprowadzał m.in. szkolenia z profilaktyki zakażeń w poszczególnych komórkach organizacyjnych Szpitala z uwzględnieniem ich specyfiki<sup>55</sup> oraz szkolenia dla pracowników firmy sprzątającej<sup>56</sup> nt. m.in. zasad higieny szpitalnej, higieny rąk, zasad izolacji i postępowania poekspozycji zawodowej. Organizacja ww. szkoleń odpowiadała wymogom określonym w standardzie KZ 5 standardów akredytacyjnych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania szpitali.

(dowód: akta kontroli tom I str. 163-164 i tom II str. 362)

Osoby wchodzące w skład Zkzs i Kkzs również uczestniczyły w szkoleniach i konferencjach naukowych, których przedmiotem było zwalczanie i profilaktyka zakażeń szpitalnych.

(dowód: akta kontroli tom I str. 145-147)

**2.6.** Wszyscy pracownicy szpitala oraz pracownicy firm zewnętrznych, przed dopuszczeniem do pracy, byli przeszkoleni przez Zkzs w zakresie przestrzegania obowiązujących procedur dotyczących m.in. higieny rąk, postępowania z odpadami, informacji o źródłach i rodzajach zagrożeń i o zakażeniach szpitalnych, zasad izolacji i postępowania poekspozycji zawodowej.

---

analiza lokalnej sytuacji epidemiologicznej) poszczególnych oddziałów szpitalnych i innych komórek organizacyjnych oraz sprawdzenie przestrzegania procedur z zakresu kontroli zakażeń szpitalnych.

<sup>50</sup> Dz.U.Nr 100, poz. 646.

<sup>51</sup> Sporządzano je w trzech egzemplarzach.

<sup>52</sup> 11 lutego 2015 r. i 1 czerwca 2016 r.

<sup>53</sup> Dalej także ZPO.

<sup>54</sup> 40 w 2015 r., 68 w 2016 r. i 41 w I połowie 2017 r.

<sup>55</sup> Poszczególne komórki organizacyjne Szpitala na każdy rok opracowały własne plany szkoleń wewnętrznych, w których uwzględniono m.in. szkolenie z zakresu zakażeń szpitalnych.

<sup>56</sup> W umowie zawartej przez Szpital z firmą sprzątającą ustalony został obowiązek odbycia szkoleń przez pracowników tej firmy z zakresu profilaktyki zakażeń szpitalnych dwukrotnie w ciągu roku.

(dowód: akta kontroli tom I str. 152-155 i 163-164)

**2.7.** Zkzs kontrolował wyposażenie pomieszczeń (w których wykonywane są badania i zabiegi) w dozowniki z mydłem w płynie i dozowniki ze środkiem dezynfekcyjnym, zgodnie z § 36 rozporządzenia w sprawie szczegółowych wymagań jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą. Kontrole te prowadzono co najmniej dwa razy w roku w każdej komórce organizacyjnej Szpitala świadczącej usługi na rzecz pacjentów oraz w zakładzie żywienia. Stwierdzone nieprawidłowości i uchybienia były usuwane na bieżąco, oprócz tych, które dotyczyły ZPO<sup>57</sup>.

(dowód: akta kontroli tom I str. 111-128)

**2.8.** Przeprowadzone w trakcie kontroli NIK oględziny 251 pomieszczeń w dziewięciu oddziałach Szpitala wykazały, że wszystkie były wyposażone w dozowniki mydła i środka dezynfekującego na bazie alkoholu.

(dowód: akta kontroli tom II str. 379)

W latach 2015-2017 (I półrocze) w Szpitalu zużyto 418 930 litrów środków dezynfekcyjnych<sup>58</sup>, w tym 5 000 litrów środków dezynfekcyjnych na bazie alkoholu do dezynfekcji rąk<sup>59</sup>. Średnie zużycie środków dezynfekcyjnych na bazie alkoholu w przeliczeniu na jedno łóżko szpitalne wynosiło odpowiednio: 3,5 l, 3,7 l i 1,9 l.

(dowód: akta kontroli tom II str. 380)

W badanym okresie Szpital monitorował zużycie preparatów do dezynfekcji rąk w poszczególnych jednostkach organizacyjnych. Firma sprzątająca, zgodnie z umową, przekazywała co miesiąc do pielęgniarki epidemiologicznej zestawienia ilościowe zużytych preparatów do mycia i dezynfekcji rąk i powierzchni (w podziale na oddziały szpitalne), która za 2015 i 2016 r. sporządziła analizy ich zużycia w porównaniu z poprzednimi latami.

(dowód: akta kontroli tom II str. 252-258 i 352 oraz 380)

Ponadto Kierownik Zkzs monitorowała przestrzeganie Procedury mycia i dezynfekcji rąk, poprzez obserwację bezpośrednią dokonywaną w trakcie kontroli wewnętrznych oraz analizę zużycia mydła i preparatu do dezynfekcji rąk w ml/osobodzień w formie wykresów, w podziale na poszczególne oddziały szpitalne i formułowała wynikające z nich wnioski i zalecenia. Ze sporządzonych analiz wynika, że w 2016 r. w stosunku do 2015 r. wzrosło zużycie zarówno mydła, jak i preparatu do dezynfekcji. Sporządziła także analizę zużycia rękawic sterylnych i niesterylnych w formie wykresów, z których wynika, że w 2016 r. w stosunku do 2015 r. wzrosło zużycie rękawic niesterylnych o jedną parę na osobodzień, a zużycie rękawic sterylnych było na tym samym poziomie.

(dowód: akta kontroli tom II str. 375-378)

**2.9.** Zgodnie z art. 15 ust. 2 pkt 4 ustawy o zwalczaniu zakażeń, pacjenci podejrzani o zakażenie szpitalne lub chorobę zakaźną, jak również skolonizowani florą wysokooporną byli konsultowani przez Zkzs. Szpital nie prowadził rejestru przeprowadzanych konsultacji, dlatego nie było możliwe określenie liczby konsultacji przeprowadzonych w badanym okresie.

(dowód: akta kontroli tom I str. 492)

**2.10.** Kierownik Zkzs poinformowała, że w latach objętych kontrolą nie było formalnych posiedzeń Zkzs, gdyż wszystkie sprawy związane z zakażeniami były omawiane na bieżąco, ponieważ z pielęgniarką epidemiologiczną pracuje w jednym pokoju, a mikrobiolog w każdy dzień roboczy dostarcza do Zkzs dzienne raporty bakteriologiczne.

<sup>57</sup> Budynek wymaga generalnego remontu.

<sup>58</sup> W poszczególnych latach: 181 860 l, 187 320 l i 49 750 l.

<sup>59</sup> W poszczególnych latach: 1 980 l, 2 070 l i 1 050 l.

(dowód: akta kontroli tom I str. 492; tom II str. 442)

**2.11.** Kkzs miał przypisane i realizował zadania określone w art. 15 ust. 4 pkt 1-2 ustawy o zwalczaniu zakażeń<sup>60</sup>.

W okresie objętym kontrolą odbyło się pięć posiedzeń Kkzs<sup>61</sup>, które zgodnie z § 2 ust. 1 zarządzenia Dyrektora Szpitala nr 86/2009 odbywały się dwa razy w roku. Uczestniczyli w nich także członkowie Komitetu antybiotykoterapii.

W wyniku analizy protokołów z ww. posiedzeń Kkzs ustalono m.in., że:

- 29 lipca 2015 r. omawiano wyniki przeprowadzonej w I półroczu 2015 r. kontroli stosowania profilaktyki okołoperacyjnej oraz jednodniowej kontroli stosowania zasad antybiotykoterapii, tzw. PPS<sup>62</sup>,
- 4 grudnia 2015 r. m.in. omówiono wdrażanie wytycznych dotyczących ograniczenia rozprzestrzenia się klebsiella pneumoniae oraz wdrożenie nowej metody kontroli skuteczności dezynfekcji za pomocą znaczników fluorescencyjnych,
- 30 czerwca 2016 r. przyjęto informację kierownik Zkzs o wystąpieniu ogniska epidemicznego na Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii oraz o zużyciu antybiotyków. Ww. przedstawiła też wyniki kontroli dotyczącej skuteczności techniki dezynfekcji rąk.
- 21 grudnia 2016 r. kierownik Zkzs poinformowała o pierwszych trzech przypadkach wyhodowania drobnoustroju klebsiella pneumoniae NDM w Szpitalu i podjętych działaniach w celu ograniczenia rozprzestrzenia się tego drobnoustroju oraz zużyciu antybiotyków w oparciu o raport PPS,
- 30 czerwca 2017 r. kierownik Zkzs poinformowała o wystąpieniu ogniska epidemicznego na Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii oraz omówiła wnioski z wizytacji akredytacyjnej Szpitala, w trakcie której stwierdzono brak wiedzy personelu medycznego na temat stosowania procedury higieny rąk.

Na ww. posiedzeniach nie omawiano spraw związanych z opracowywaniem planów i kierunków systemu zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych. We wszystkich posiedzeniach uczestniczył Dyrektor Szpitala lub Zastępca Dyrektora ds. Opieki Zdrowotnej.

(dowód: akta kontroli tom I str. 330-333, 367-368, 410-411 i tom II str. 103- 124)

**2.12.** W Szpitalu powołany został Komitet terapeutyczny<sup>63</sup>, do którego zadań określonych w § 61 Regulaminu organizacyjnego Szpitala należało:

- ustalanie listy leków rekomendowanych zwanej Receptariuszem Szpitalnym,
- omawianie farmakoterapii wybranych przypadków,
- stała praca nad zmianami listy leków rekomendowanych,
- współpraca z Zkzs w celu ograniczenia infekcji wewnątrzszpitalnych,
- opracowanie informacji cenowych lekach i zmianach w liście leków rekomendowanych.

Komitet Terapeutyczny był ujęty w schemacie organizacyjnym Szpitala i podlegał Dyrektorowi ds. Opieki Zdrowotnej.

(dowód: akta kontroli tom I str. 49 i 71-73 oraz 315-317)

Komitet Terapeutyczny opracował Receptariusz Szpitalny zatwierdzony przez Dyrektora Szpitala 2 sierpnia 2010 r. Zawierał on listę leków podzielonych na grupy dostępności, tj. leki zalecane<sup>64</sup>, rezerwowe<sup>65</sup> i rezerwowe zastrzeżone<sup>66</sup>. Komitet terapeutyczny zajmował się głównie wprowadzaniem i usuwaniem

<sup>60</sup> Zgodnie ze schematem organizacyjnym Szpitala.

<sup>61</sup> Tj.: 29 lipca 2015 r., 4 grudnia 2015 r., 30 czerwca 2016 r., 21 grudnia 2016 r., 30 czerwiec 2017 r.

<sup>62</sup> Ścisłe: PPS HAI&AU – ang. Point Prevalence Survey of Healthcare-Associated Infections and Antimicrobial Use in Acute Care Hospitals – Badanie Punktowe Występowania Zakażeń Związanych z Opieką Zdrowotną i Stosowania Antybiotyków w Szpitalach Pracujących w Systemie Ostrego Dyżuru.

<sup>63</sup> Powołany zarządzeniem Dyrektora Szpitala nr 86/2010 z 15 czerwca 2010 r.

<sup>64</sup> Decyzje o stosowaniu może podjąć każdy lekarz.

<sup>65</sup> Decyzje o stosowaniu podejmuje ordynator oddziału.

<sup>66</sup> Decyzje o stosowaniu podejmuje Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa na wniosek ordynatora oddziału.

produktów leczniczych z Receptariusza Szpitalnego<sup>67</sup> oraz szkoleniem kadry medycznej w zakresie racjonalnej gospodarki lekowej<sup>68</sup>.

Zasady postępowania z lekami w Szpitalu regulowała „Instrukcja zakładowa postępowania z lekami”<sup>69</sup>, określająca m.in.: właściwe przygotowanie i zabezpieczenie leków, postępowanie z niewykorzystanymi lekami oraz ujednoczenie zasad przygotowania i podawania leków.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że Receptariusz nie zawiera instrukcji stosowania leków przeciwdrobnoustrojowych, a obecnie trwają prace nad jego aktualizacją.

(dowód: akta kontroli tom I str. 103 i 495 oraz tom II str. 304-315 i 414-433)

**2.13.** Kkzs nie uczestniczył w opracowywaniu i aktualizacji standardów farmakoprofilaktyki i farmakoterapii zakażeń i chorób zakaźnych, stosownie do postanowień art. 15 ust. 4 pkt 3 ustawy o zwalczaniu zakażeń, ponieważ nie przypisano mu tego zadania.

Dyrektor Szpitala poinformował, że Kkzs uczestniczył tylko w opracowywaniu „Zasad antybiotykoterapii” oraz „Zasad profilaktyki okołoperacyjnej”.

(dowód: akta kontroli tom I str. 103 i tom II str. 385-396 i 404)

W okresie objętym kontrolą w Szpitalu działał Zespół ds. antybiotykoterapii, powołany zarządzeniem Dyrektora Szpitala<sup>70</sup>. W skład tego zespołu wchodziły m.in. mikrobiolog, będąca równocześnie członkiem Zkzs i Kkzs oraz kierownik Zkzs. Zespół ten zbierał się dwa razy do roku, na wspólnych zebraniach z Kkzs w celu opracowania listy leków wspólnie z Komitetem terapeutycznym, opracowania rekomendacji dotyczących diagnostyki i postępowania w przypadku zakażeń strategicznych, oceny listy antybiotyków, opiniowania nowych antybiotyków, monitorowania stosowania antybiotyków<sup>71</sup>.

(dowód: akta kontroli tom I str. 391 i tom II str. 503-504)

W Szpitalu w latach 2015-2017 (do 30 października) obowiązywały opracowane przez kierownika Zkzs „Zasady antybiotykoterapii”<sup>72</sup>, w których m.in. określono zasady leczenia w poszczególnych rodzajach zakażenia, profilaktyki okołoperacyjnej i zasady terapii deeskalacyjnej u pacjentów z ciężkim zakażeniem oraz postępowania z antybiotykami, w tym III rzutu.

(dowód: akta kontroli tom I str. 318-325 i tom II str. 298-299)

**2.14.** Zkzs współpracował z Komitetem terapeutycznym i Zespołem ds. antybiotykoterapii. Członkowie Zespołu antybiotykoterapii uczestniczyli w posiedzeniach Kkzs. W Szpitalu opracowano i wdrożono zasady profilaktyki okołoperacyjnej na podstawie wytycznych NPOA<sup>73</sup> rekomendowanych przez Ministerstwo Zdrowia. Dokonano retrospektywnej analizy prawidłowości stosowania profilaktyki okołoperacyjnej<sup>74</sup>.

Stosowane w szpitalu antybiotyki zostały pogrupowane na antybiotyki I, II i III rzutu z określeniem zasad ich stosowania (zgodnie z ww. rekomendacjami). Zużycie antybiotyków w poszczególnych komórkach było oceniane raz na kwartał, a wyniki ocen przekazywano kierownikom oddziałów oraz Dyrektorowi Szpitala. Najczęściej występujące zakażenia szpitalne i ich profilaktyka były omawiane na odprawach kadry kierowniczej, odbywających się średnio raz w miesiącu oraz na szkoleniach

<sup>67</sup> Od momentu jego wprowadzania dokonano w nim 15 zmian, w tym czterech w okresie objętym kontrolą.

<sup>68</sup> W trzech szkoleniach, które odbyły się w 2015, 2016 i 2017 wzięło udział w sumie 114 osób.

<sup>69</sup> Wprowadzona zarządzeniem Dyrektora Szpitala nr 124/2017 z 23 maja 2017 r., które zmieniło wcześniejsze zarządzenia dot. ww. instrukcji z: 28 lutego 2017 r., 28 czerwca 2016 r. i 18 lipca 2013 r.

<sup>70</sup> Nr 65/2011 z 20 maja 2011 r.

<sup>71</sup> Poprzez analizę: zużycia antybiotyków w Szpitalu i w poszczególnych oddziałach w przeliczeniu na ilość dobowych dawek definiowanych na 100 osobodni leczenia, kosztów antybiotykoterapii oraz indywidualnych formularzy zamówienia antybiotyków III rzutu.

<sup>72</sup> Wprowadzone zarządzeniem Dyrektora Szpitala nr 112/2014 z 26 czerwca 2014 r., zmienione zarządzeniem nr 184/2014 z 22 października 2014 r.

<sup>73</sup> Narodowy Program Ochrony Antybiotyków.

<sup>74</sup> Protokoły z kontroli z: 28 lipca 2015 r., 5 stycznia 2016 r., 17 sierpnia 2016 r., 8 marca 2017 r. i 26 lipca 2017 r.

zarówno ogólnozakładowych, jak i szkoleniach w poszczególnych komórkach szpitala. Epidemie szpitalne omawiano na dodatkowych szkoleniach w komórkach, w których doszło do epidemii oraz na odprawach kadry kierowniczej.

(dowód: akta kontroli tom I str. 104 i tom II str. 502-517)

**2.15.** Zasadność stosowania antybiotyków była kontrolowana w ramach PPS. Ponadto kierownik Zkzs w 2015 i 2016 r. przeprowadziła kontrolę<sup>75</sup> formularzy zamówień do Apteki Szpitalnej antybiotyków III rzutu wypisywanych przez lekarzy prowadzących pacjentów i składanych, po zatwierdzeniu przez kierowników oddziałów. Protokoły pokontrolne wraz z zaleceniami zostały przekazane kierownikom oddziałów i Dyrektorowi Szpitala. Wątpliwości co do zasadności zastosowania danego antybiotyku były na bieżąco wyjaśniane przez Kkzs z lekarzem prowadzącym, w obecności kierownika oddziału.

W Szpitalu organizowano szkolenia z zakresu zasad antybiotykoterapii, w ramach szkoleń zakładowych oraz szkoleń prowadzonych przez Zkzs.

(dowód: akta kontroli tom I str. 104 i tom II str. 504-505)

**2.16.** W latach 2015-2017 (I półrocze) w Szpitalu wykryto łącznie 244 zakażenia szpitalne u 237 pacjentów (141 w 2015 roku, 61 w 2016 roku i 35 w I połowie 2017 r.). Najwięcej zakażeń wykryto na oddziale:

- Dziecięcym łącznie 78, w tym: 53 w 2015 r., 19 w 2016 r. i 6 w I półroczu 2017 r.;
- Chorób Wewnętrznych – 36 (18, 3 i 15);
- Neurologicznym – 26 (19, 6 i 1);
- Chirurgii Ogólnej – 26 (8, 16 i 2);
- Ginekologiczno-Położniczym – 19 (6, 11 i 2);
- Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej – 13 (10, 2 i 1);
- Anestezjologii i Intensywnej Terapii – 15, w tym 13 w 2015 r. i 2 w I półroczu 2017 r.

Spośród 237 pacjentów badania mikrobiologiczne wykonano 167 pacjentom, w tym: 87 w 2015 r., 50 w 2016 r. i 30 w I półroczu 2017 r.

Liczba wszystkich badań mikrobiologicznych, w przeliczeniu na jedno łóżko szpitalne wyniosła: 441 w 2015 r., 442 w 2016 r. i 246 w I półroczu 2017 r.

(dowód: akta kontroli tom I str. 303-305)

Zakażenia szpitalne dotyczyły w szczególności: układu pokarmowego – 119 przypadków, miejsca operowanego – 52, układu moczowego – 28, sepsy – 18 i zapalenia płuc – 10. W latach 2015-2017 (I półrocze) w Szpitalu zmarło 1 456 pacjentów, w tym: 585 w 2015 r., 566 w 2016 r. i 305 w I półroczu 2017 r. W żadnym przypadku zakażenie szpitalne nie było bezpośrednią przyczyną zgonu pacjenta.

(dowód: akta kontroli tom I str. 429-434)

**2.17.** Zkzs opracował i wdrożył procedurę postępowania na wypadek wystąpienia w poszczególnych oddziałach szpitala czynników alarmowych wymienionych w załączniku nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2011 r. w sprawie listy czynników alarmowych, rejestrów zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych oraz raportów o bieżącej sytuacji epidemiologicznej szpitala<sup>76</sup> i ich lekowrażliwości. W okresie objętym kontrolą w Szpitalu obowiązywała procedura „Izolacji chorych zakażonych oraz pacjentów o podwyższonym ryzyku zakażenia”<sup>77</sup>, która dotyczyła m.in. pacjentów, u których stwierdzono czynniki alarmowe.

<sup>75</sup> Protokoły z kontroli z: 31 sierpnia 2016 r. i 19 kwietnia 2017 r.

<sup>76</sup> Dz.U. Nr 294, poz.1741. Dalej także rozporządzenie w sprawie czynników alarmowych

<sup>77</sup> Opracowana przez Zkzs i wprowadzona zarządzeniem Dyrektora Szpitala nr 1/2015 z 2 stycznia 2015 r.

(dowód: akta kontroli tom I str. 104 i 199-207)

**2.18.** Laboratorium mikrobiologiczne firmy ALAB codziennie przekazywało do Zkzs raporty mikrobiologiczne, z uwzględnieniem patogenów alarmowych. Raz na kwartał przekazywało raport zbiorczy z wyhodowanych patogenów alarmowych w postaci mapy mikrobiologicznej. Na podstawie analizy raportów kierownik Zkzs wyliczała odsetek szczepów bakteryjnych lekoopornych i przekazywała te informacje kierownikom poszczególnych oddziałów oraz Dyrektorowi Szpitala. Wyniki tych analiz omawiano na posiedzeniach Kkzs z udziałem członków zespołu ds. antybiotykoterapii i terapeutycznego.

(dowód: akta kontroli tom I str. 104 i tom II str. 166-177)

**2.19.** Mikrobiolog w przypadku wyhodowania flory bakteryjnej wysokoopornej lub uzyskania dodatniego posiewu krwi, płynu mózgowo-rdzeniowego lub innego płynu ustrojowego informowała o tym telefonicznie lekarza prowadzącego. Po zakończeniu badania mikrobiologicznego pisemne wyniki były przekazywane do oddziału, w którym leczony był pacjent. Ponadto informowała o tych wynikach pielęgniarkę epidemiologiczną.

(dowód: akta kontroli tom II str. 196)

**2.20.** Rejestracja zakażeń szpitalnych dokonywana była metodą czynno-bierną. Jak wyjaśnił Dyrektor Szpitala w Zkzs była zatrudniona tylko jedna pielęgniarka epidemiologiczna i nie było możliwości czynnej rejestracji zakażeń, która wymaga m.in. codziennej analizy kart gorączkowych pacjentów we wszystkich oddziałach. Dlatego pielęgniarka epidemiologiczna prowadziła rejestrację bierną w formie rejestru zakażeń szpitalnych, na podstawie kart zgłoszeń zakażenia szpitalnego.

(dowód: akta kontroli tom I str. 105)

**2.21.** W okresie objętym kontrolą w Szpitalu stosowano „Kryteria rozpoznawania zakażeń” opracowane przez kierownika Zkzs i zatwierdzone przez Dyrektora Szpitala, które obowiązują od 1 października 2009 r. i są zgodne ze standardami akredytacyjnymi Kontroli Zakażeń. Kryteria rozpoznawania zakażeń szpitalnych dotyczą m.in. miejsca operowanego, układu moczowego, skóry, tkanek miękkich i odleżyn. Z ww. kryteriami zapoznali się m.in. pracownicy Oddziału Chirurgii Ogólnej i Chorób Wewnętrznych.

(dowód: akta kontroli tom II str. 472-477)

Szpital nie ma możliwości dokładnego wyliczenia odsetka pacjentów, którym profilaktycznie podano antybiotyk podczas znieczulenia anestezyjologicznego, ponieważ nie prowadzono rejestrów w tym zakresie. Kierownik Zkzs, w okresie objętym kontrolą, przeprowadziła pięć (dwa razy w roku) retrospektywnych kontroli dokumentacji pacjentów operowanych w celu weryfikacji prawidłowości stosowania profilaktyki okołoperacyjnej. Kontrolą objętych zostało ok. 20% operowanych pacjentów. W przypadku stwierdzenia profilaktyki niezgodnej z przyjętymi zasadami informowano o popełnionych błędach kierowników oddziałów zabiegowych, kierownika oddziału anestezjologii i intensywnej terapii oraz Dyrektora Szpitala. Zgodnie z ogólnymi zasadami dla profilaktyki okołoperacyjnej, wprowadzonymi zarządzeniem Dyrektora Szpitala nr 184/2014 z 22 października 2014 r.<sup>78</sup>, antybiotyk podaje anestezyjolog przed rozpoczęciem zabiegu<sup>79</sup>. Z ustaleń ww. kontroli wynikało, iż w ok. 90% przypadków antybiotyk, w ramach profilaktyki okołoperacyjnej, był podawany przez anestezyjologa.

(dowód: akta kontroli tom I str. 107 i 318-325 oraz tom str. 517-531 i 479)

**2.22.** W okresie objętym kontrolą Pielęgniarka Epidemiologiczna prowadziła w formie elektronicznej Rejestr zakażeń szpitalnych, który zawierał dane

<sup>78</sup> Zmieniające zarządzenie nr 112/2014 z 26 czerwca 2014 r.

<sup>79</sup> Do 30 min. przed nacięciem powłok skórnych

wymagane art. 14 ust. 5 pkt. 2 i 4 ustawy o zwalczaniu zakażeń. Szpital nie prowadził rejestru czynników alarmowych.

(dowód: akta kontroli tom II str. 60)

**2.23.** Analiza losowo dobranych 60 kart zgłoszenia zakażenia, przekazanych Pielęgniarsce Epidemiologicznej w latach 2016-2017 (I półrocze)<sup>80</sup> wykazała, że:

- karty prowadzono w formie papierowej<sup>81</sup> (dziewięć kart) oraz elektronicznej (51 kart<sup>82</sup>),
- w kartach wypełnianych elektronicznie nie wpisywano daty pobrania materiału do badania bakteriologicznego i daty wykonania tego badania, a w przypadku kart wypełnianych ręcznie nie wpisywano daty wykonania tego badania,
- w dziewięciu kartach nie wpisano daty wypisu/zgonu, w czterech czynników ryzyka,
- w trzech kartach nie odnotowano antybiotykoterapii,
- w dwóch kartach nie wpisano daty pierwszych objawów,
- w sześciu kartach nie wpisano daty jej sporządzenia,
- w 11 przypadkach nie wykonano badania bakteriologicznego.

(dowód: akta kontroli tom II str. 125-130)

**2.24.** W latach 2015-2017 (I półrocze) do Szpitala przyjęto łącznie 62 800 pacjentów, z tego w poszczególnych latach tego okresu odpowiednio: 24 725, 25 048 i 13 027.

Z analizy dokumentacji medycznej 50 pacjentów przyjętych do Szpitala w maju i czerwcu 2017 r.<sup>83</sup> wynikało, że we wszystkich przypadkach, po przyjęciu pacjenta do Szpitala, niezwłocznie dokonano oceny ryzyka wystąpienia zakażenia i udokumentowano je w karcie oceny ryzyka wystąpienia zakażenia szpitalnego<sup>84</sup>.

(dowód: akta kontroli tom I str. 308-314 i 435)

**2.25.** Wskaźnik zachorowalności<sup>85</sup> w Szpitalu wynosił 0,6 w 2015 r. oraz 0,3 w 2016 r. i w I półroczu 2017 r. Najwyższy wskaźnik zachorowalności wystąpił na Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii i wynosił 24,2 w 2015 r. i 7,2 w I półroczu 2017 r. oraz 8,4 w 2015 r. w Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym. W pozostałych oddziałach wskaźnik ten kształtował się na poziomie od 0,1 na Oddziale Urologicznym w 2016 r. do 3,1 na Oddziale Dziecięcym w 2015 r.

(dowód: akta kontroli tom I str. 435)

Dyrektor Szpitala podał w wyjaśnieniach, że dane z monitorowania zakażeń są analizowane i omawiane przez Zkzs z kierownikami oddziałów oraz Dyrektorem Szpitala na bieżąco. Są one podstawą do analizy skuteczności wdrażanych procedur i ewentualnych ich modyfikacji lub wprowadzenia nowych w celu wyeliminowania lub ograniczenia do minimum czynników powodujących zakażenie<sup>86</sup>. Nie przeprowadzono analizy danych dotyczących zachorowalności, chorobowości i śmiertelności z powodu zakażeń szpitalnych, ponieważ zgonów z powodu zakażeń szpitalnych w ostatnich latach nie odnotowano. Szczegółowej analizie są poddawane jedynie przypadki epidemii szpitalnych, ale z tych analiz nie sporządzano oddzielnych dokumentów.

<sup>80</sup> Po 20 kart z oddziałów: Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Chirurgii Ogólnej z Chirurgią Dziecięcą oraz Chorób Wewnętrznych i Kardiologii.

<sup>81</sup> Na formularzu wprowadzonym aneksem nr 3 /2011 z 1 lipca 2011 r. do zarządzenia Dyrektora MSS nr 71/2010 z 17 maja 2010 r.

<sup>82</sup> Która nie została formalnie wprowadzona do stosowania.

<sup>83</sup> Po 25 przyjętych jako pierwszych w każdym miesiącu.

<sup>84</sup> Wszystkie karty oceny ryzyka zakażenia przy przyjęciu do szpitala zostały podpisane przez lekarzy przyjmujących pacjentów i były sporządzone na wzorze wprowadzonym ww. zarządzeniem Dyrektora MSS w Ostrołęce nr 153/2016 z 30 sierpnia 2016 r. .

<sup>85</sup> Liczba stwierdzonych przypadków zakażeń szpitalnych/liczbę osób leczonych w oddziale. W przypadku badanego okresu wskaźnik chorobowości był tożsamy ze wskaźnikiem zachorowalności.

<sup>86</sup> W szczególności dotyczyło to procedur izolacji, higieny rąk i planu higieny szpitala oraz zasad antybiotykoterapii ze szczególnym uwzględnieniem stosowania antybiotyków o możliwie wąskim spektrum działania.



(dowód: akta kontroli tom I str. 106)

Ponadto Dyrektor Szpitala stwierdził, że w wyniku monitorowania zakażeń:

- zwiększono liczbę dozowników z preparatem do dezynfekcji rąk, umieszczając je w miejscach najbardziej dogodnych przy sprawowaniu opieki nad pacjentem,
- w salach intensywnego nadzoru wprowadzono dozowniki nadłóżkowe,
- zwiększono nadzór nad przestrzeganiem zasad izolacji chorych,
- wprowadzono badania przesiewowe, przy przyjęciu do szpitala, pacjentów z grup podwyższonego ryzyka kolonizacji patogenów alarmowych. Pacjenci podlegają izolacji do czasu uzyskania ujemnego wyniku badań bakteriologicznych.

(dowód: akta kontroli tom I str. 106)

**2.26.** W latach 2016-2017 (do 30 listopada) w Szpitalu obowiązywała procedura „Izolacji chorych zakażonych oraz pacjentów o podwyższonym ryzyku zakażenia”<sup>87</sup>, zawierająca m.in. zasady postępowania w przypadku wystąpienia zakażeń, z określeniem czterech poziomów izolacji: standardowego, uwzględniającego drogi przenoszenia zakażeń, ochronnego i ścisłego. Szpital dysponował ww. okresie 63 salami jednoosobowymi, w tym 22 salami z indywidualnym węzłem sanitarnym oraz siedmioma izolatkami dla pacjentów ze szczególnie niebezpiecznymi i wysoce zakaźnymi chorobami.

(dowód: akta kontroli tom I str. 107 i 199-207)

Ogłędziny siedmiu izolatek<sup>88</sup> wykazały, że spełniały one wymagania określone w § 21 ust. 1 i § 22 rozporządzenie w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą.

(dowód: akta kontroli tom I str. 107 i 406-408)

Do najczęstszych sposobów zapobiegania szerzeniu się zakażeń szpitalnych w przypadku wystąpienia zakażenia dróg oddechowych należały:

- monitorowanie pozycji ciała chorych leżących;
- żywienie dojelitowe i/lub doustne z zachowaniem odpowiedniej diety oraz pozycji ciała chorego, zapobiegającej zachłyśnięciu;
- toaleta jamy ustnej i dróg oddechowych (w tym inhalacje, oklepywanie i odsysanie wydzieliny z drzewa oskrzelowego);
- izolacja chorych, szczególnie z infekcjami wirusowymi dróg oddechowych oraz podejrzanych o gruźlicę.

(dowód: akta kontroli tom I str. 107)

**2.27.** W latach 2015-2017 (I półrocze) u pacjentów z zakażeniem szpitalnym stwierdzono łącznie 95 przypadków wyizolowania patogenów alarmowych wyszczególnionych w załączniku nr 1 do rozporządzenia w sprawie czynników alarmowych, tj. u 40,1% pacjentów z zakażeniami szpitalnymi w tym okresie (237), z tego: 52 w 2015 r., 25 w 2016 r. i 18 w I półroczu 2017 r. Najczęściej występujące patogeny alarmowe to:

- szczepy chorobotwórcze laseczki beztlenowej *Clostridium difficile* oraz wytwarzane przez nie toksyny A i B – 28,
- gronkowiec złocisty (*Staphylococcus aureus*) oporny na metycylinę (MRSA) lub glikopeptydy (VISA lub VRSA) lub oksazolidynony – 26,
- pałeczki Gram-ujemne *Enterobacteriaceae* wytwarzające beta-laktamazy o rozszerzonym spektrum substratowym lub odporne na karbapenemy, lub inne dwie grupy leków, lub polimiksyny – 24.

(dowód: akta kontroli tom I str. 436-438)

<sup>87</sup> Wprowadzona zarządzeniem Dyrektora Szpitala nr 1/2015 z 2 stycznia 2015 r.

<sup>88</sup> Po jednej na Oddziale Pediatrycznym oraz Anestezjologii i Intensywnej Terapii i pięciu na Oddziale Obserwacyjno-Zakaźnym.

Szpital<sup>89</sup> przekazywał do PPIS zgłoszenia przypadków podejrzenia lub rozpoznania zakażenia chorobami wskazanymi w załączniku Nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 lipca 2013 r. w sprawie zgłoszeń podejrzenia lub rozpoznania zakażenia, choroby zakaźnej lub zgonu z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej<sup>90</sup>, na podstawie art. 27 ust. 1 ustawy o zwalczaniu zakażeń. W badanym okresie dokonano 1 131 takich zgłoszeń, z tego: 464 w 2015 r., 401 w 2016 r. i 266 w I półroczu 2017 r.

Zgodnie z zarządzeniem Dyrektora Szpitala nr 92/2013<sup>91</sup> poszczególne komórki organizacyjne Szpitala prowadziły rejestry ww. zgłoszeń, które nie były przekazywane Zkzs (ani pielęgniarki epidemiologicznej). Szpital nie dysponuje dokumentacją, na podstawie której można ustalić datę przekazania zgłoszenia do PPIS. Datę wpływu ww. zgłoszeń do PPIS ustalono na podstawie informacji uzyskanej z tego podmiotu.

(dowód: akta kontroli tom II str. 197-201)

**2.28.** W latach 2015-2017 (I półrocze) w Szpitalu operowano łącznie 11 149 pacjentów, z tego: 4 339 w 2015 r., 4 385 w 2016 r. i 2 425 w I półroczu 2017 r. Badanie dokumentacji 113 pacjentów (z poszczególnych lat: 44, 44 i 25) wykazało, że 26 z nich nie podano profilaktycznie antybiotyku przed operacją i u jednego pacjenta wystąpiło zakażenie szpitalne, zaś 87 pacjentom podano profilaktycznie antybiotyk i również u jednego wystąpiło zakażenie szpitalne.

(dowód: akta kontroli tom I str. 439-441 i 443-444)

**2.29.** W Szpitalnym Oddziale Ratunkowym<sup>92</sup> nie powołano zespołu szybkiego reagowania dla przypadków podejrzenia sepsy, ale zasady postępowania z pacjentem podejrzanym o wstrząs septyczny jak i zasady podawania antybiotyków w SOR zostały ustalone zarządzeniem Dyrektora Nr 122/2014 r. z 4 lipca 2014 r. Zasady te zakładają wdrożenie postępowania diagnostycznego, w tym wykonanie posiewów krwi oraz niezwłoczne podania antybiotyku o szerokim spektrum działania.

(dowód: akta kontroli tom I str. 107-108 i tom II str. 316-317)

Zkzs na podstawie 10 losowo wybranych historii choroby raz w roku przeprowadzał kontrole postępowania<sup>93</sup> w przypadkach stwierdzenia posocznicy w SOR. Kontrole te wykazały m.in., że czas od przyjęcia pacjenta na SOR do podania pierwszej dawki antybiotyku, w badanym okresie, zmniejszył się z 4 godz. 16 min w 2015 r. do 2 godz. 16 min w 2016 r. i 1 godz. 57 min w 2017 r.

(dowód: akta kontroli tom I str. 107-108 oraz 156-160 i tom II str. 317)

Dyrektor Szpitala poinformował, że nie ma możliwości dokładnego określenia, jaki odsetek pacjentów z sepsą był rozpoznany w Izbie przyjęć i SOR, ponieważ nie jest prowadzona taka ewidencja.

Szacunkowe dane wskazują, że w latach 2015-2017 (I półrocze) w Izbie przyjęć i SOR Szpitala stwierdzono sepsę u 640 pacjentów, w tym u: 270 w 2015 r., 273 w 2016 r. i 97 w I półroczu 2017 r.

(dowód: akta kontroli tom I str. 107)

<sup>89</sup> Zgłoszenia były przekazywane przez poszczególne komórki organizacyjne Szpitala. Zgłoszenia były wysyłane pocztą (listem poleconym lub zwykłym) lub faksem (Oddział Dziecięcy) do PPIS w Ostrołęce przez kancelarię Szpitala (na drukach ZLK 1, 2, 3, 4 i 5).

<sup>90</sup> Dz.U. poz. 848. Dalej także: rozporządzenie MZ z 10 lipca 2013 r.

<sup>91</sup> Z 26 sierpnia 2013 r. w sprawie zgłoszeń podejrzenia lub rozpoznania zakażenia choroby zakaźnej lub zgonu z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej oraz prowadzenia rejestrów tych zgłoszeń.

<sup>92</sup> Dalej także: SOR.

<sup>93</sup> Wyniki kontroli w formie protokołów były przekazane do kierowników wszystkich oddziałów szpitalnych, w tym SOR oraz Dyrektorowi Szpitala.

W sprawozdawczości Szpitala, dotyczącej zakażeń szpitalnych i drobnoustrojów alarmowych za lata 2015-2017 (I półrocze) nie wykazywano przypadków sepsy, ponieważ PPIS nie wymagał podawania takich informacji. Natomiast w rocznych sprawozdaniach z działalności Zkzs przypadki sepsy były wykazywane jako dodatkowa informacja.

(dowód: akta kontroli tom I str. 107 i 168-192)

W latach 2015-2017 (I półrocze) w Szpitalu stwierdzono 38 ciężkich przypadków zakażeń, w tym:

- 23 w 2015 r., z czego: jeden na oddziale chirurgii ogólnej, jeden na chirurgii ortopedycznej, trzy na wewnętrznym, siedem na anestezjologii i intensywnej terapii, 10 na neurologii oraz jeden w ZPO;
- 11 w 2016 r., z czego na jeden oddziale obserwacyjno-zakaźnym, jeden na wewnętrznym, trzy na chirurgii ogólnej i sześć na neurologii;
- cztery w I połowie 2017 r., z czego jeden na oddziale neurologii, jeden na chirurgii ortopedycznej i dwa na obserwacyjno-zakaźnym.

Sepsę, jako zakażenie szpitalne, rozpoznano u 17 pacjentów, w tym:

- u 12 pacjentów w 2015 r., z czego sześciu na oddziale: anestezjologii i intensywnej terapii, trzech na chirurgii ogólnej oraz po jednym na oddziałach: obserwacyjno-zakaźnym, chirurgii ortopedycznej i neonatologicznym;
- u dwóch pacjentów w 2016 r., po jednym na oddziale obserwacyjno-zakaźnym i neonatologicznym;
- u trzech pacjentów w I półroczu 2017 r., w tym u dwóch na oddziale: obserwacyjno-zakaźnym i u jednego na neurologii.

Zgonów z powodu zakażeń szpitalnych nie odnotowano.

(dowód: akta kontroli tom I str. 108-109)

Ustalone  
nieprawidłowości

1. Kkzs nie przypisano zadania określonego w art. 15 ust. 4 pkt 3 ustawy o zwalczaniu zakażeń, dotyczącego opracowania i aktualizacji standardów farmakoprofilaktyki i farmakoterapii zakażeń i chorób zakaźnych w szpitalu. Nie przypisano ww. zadań żadnej komórce organizacyjnej Szpitala ani żadnemu pracownikowi.

Dyrektor Szpitala poinformował, że powyższych zadań nie ujęto przez przeoczenie, ale zostaną one dopisane do zadań Kkzs i Zkzs.

(dowód: akta kontroli tom I str. 367; tom II str. 439)

2. W Regulaminie Zkzs nie ujęto dwóch zadań określonych w art. 15 ust. 2 pkt 3 i 4 ustawy o zwalczaniu zakażeń, tj.:

- szkolenia personelu w zakresie kontroli zakażeń szpitalnych
- konsultowania osób podejrzanych o zakażenia lub chorobę zakaźną oraz tych, u których rozpoznano zakażenia lub chorobę zakaźną.

Dyrektor Szpitala poinformował, że powyższych zadań nie ujęto przez przeoczenie, ale zostaną one dopisane do Zkzs.

(dowód: akta kontroli tom I str. 331-332; tom II str. 440)

3. Dyrektor Szpitala nie powierzył Zkzs zadania określonego w art. 11 ust. 2 pkt 6 ustawy o zwalczaniu zakażeń, tj. prowadzenia kontroli wewnętrznej w zakresie realizacji działań, o których mowa w art. 11 ust. 1 ww. ustawy.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że powyższego zadania nie ujęto przez przeoczenie, ale zostanie dopisane do Zkzs.

(dowód: akta kontroli tom I str. 331-332; tom II str. 440)

4. W sprawozdaniach o działalności szpitala ogólnego MZ-29 za lata 2015 i 2016 błędnie wykazano liczbę zmarłych: 574 i 565 zamiast 585 i 566.

Dyrektor Szpitala podał w wyjaśnieniach, że przyczyną tej sytuacji była pomyłka pracownika sporządzającego sprawozdanie.

(dowód: akta kontroli tom I str. 232, 244, 432-443)

5. W Szpitalnym Rejestrze zakażeń szpitalnych nie ujmowano danych osób, u których rozpoznano zakażenie szpitalne lub czynnik alarmowy, co było niezgodne z art. 14 ust. 5 pkt 1, 3, 5 i 6 ustawy o zakażeniach szpitalnych. Ponadto Rejestr ten nie był prowadzony ani w porządku chronologicznym, ani alfabetycznym, tylko wg kolejności napływających zgłoszeń, co było niezgodne z § 3 ust. 1 rozporządzenia w sprawie czynników alarmowych.

Dyrektor Szpitala podał w wyjaśnieniach, że Rejestr ten nie zawierał ww. danych, ponieważ do prowadzonego w Szpitalu od 1999 r. elektronicznego rejestru zakażeń szpitalnych takich danych wprowadzić nie można. Dopiero po zainstalowaniu nowego będzie taka możliwość.

(dowód: akta kontroli tom II str. 60, 438-439)

6. Karty rejestracji zakażenia szpitalnego były wypełniane nierzetelnie. Na 60 zbadanych w toku kontroli 51 kart zostało wypełnionych niezgodnie ze wzorem<sup>94</sup> a tylko dziewięć wg wzoru, ale i te nie zawierały daty badania mikrobiologicznego<sup>95</sup>. W dziewięciu kartach nie wpisano daty wypisu/zgonu, w czterech nie wpisano czynników ryzyka, w dwóch nie wpisano daty pierwszych objawów i w sześciu nie wpisano daty jej sporządzenia,

Dyrektor Szpitala podał w wyjaśnieniach, że lekarze wypełniający karty rejestracji zgłoszenia zakażenia szpitalnego nie przekazywali ich do pielęgniarki epidemiologicznej na bieżąco. Jednocześnie poinformował, że zobowiąże lekarzy poszczególnych oddziałów do systematycznego, rzetelnego ich wypełniania i przekazywania Zkzs.

(dowód: akta kontroli tom II str. 125-130, 438)

7. Szpital nie prowadził wymaganego przepisami art. 14 ust. 2 ustawy o zwalczaniu zakażeń rejestru czynników alarmowych.

Dyrektor Szpitala poinformował, że rejestr ten powinien być prowadzony wspólnie z rejestrem zakażeń szpitalnych, ale w prowadzonym elektronicznie rejestrze nie ma takiej możliwości. W najbliższym czasie zostanie zainstalowany nowy program umożliwiający prowadzenie rejestru zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych.

(dowód: akta kontroli tom II str. 439)

8. Zawiadomienia o podejrzeniu lub rozpoznaniu zakażenia lub choroby zakaźnej przekazywano do PPIS niezgodnie z obowiązującymi przepisami. Analiza 165 takich zawiadomień z II kwartału 2017 r. wykazała, że:

- 162 zgłoszenia zostały przekazane po 24 godzinach od powzięcia podejrzenia lub stwierdzenia zakażenia, co było niezgodne z art. 27 ust. 1 ustawy o zwalczaniu zakażeń<sup>96</sup>,
- 18 zgłoszeń przesłano do niewłaściwych dla miejsca rozpoznania zakażenia PPIS, co było niezgodne z § 8 rozporządzenia MZ z dnia 10 lipca 2013 r.,
- 41 zgłoszeń z Oddziału dziecięcego zostało przesłanych do PPIS faksem, tj. w formie nieprzewidzianej w § 9 ww. rozporządzenia MZ z dnia 10 lipca 2013 r.

Dyrektor Szpitala podał w wyjaśnieniach, że było to spowodowane niedopatrzaniem bowiem, chociaż w swoim zarządzeniu nr 92/2013 z 26 sierpnia 2013 r. zobowiązał lekarzy do przekazywania ww. zawiadomień w ciągu 24 godzin do PPIS, to sposób ich przekazywania nie został szczegółowo określony. Dlatego od nowego roku zgłoszenia te będą przesyłane za pomocą środków komunikacji

<sup>94</sup> Wprowadzonym aneksem nr 3 /2011 z 1 lipca 2011 do zarządzenia Dyrektora MSS nr 71/2010 z 17 maja 2010 r.

<sup>95</sup> Natomiast pozostałe 51 kart (85%) nie zawierało ani daty pobrania ani daty wykonania badania.

<sup>96</sup> Opóźnienia wynosiły od 1 do 40 dni, w przypadku 57 zgłoszeń opóźnienie wynosiło 10 lub więcej dni.

elektronicznej w postaci zaszyfrowanej, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 10 lipca 2013 r.

(dowód: akta kontroli tom II str. 198-201 oraz 443 i 440, 457-463)

Uwagi dotyczące  
badanej działalności

W okresie objętym kontrolą nie odbywały się formalne spotkania Zkzs, co było niezgodne ze standardem KZ 1.1 standardów akredytacyjnych wskazującym, że spotkania takiego zespołu, w celu okresowej oceny wdrożonych procedur, stosowanej antybiotykoterapii i oceny wiarygodności monitorowania zakażeń powinny odbywać się regularnie, nie rzadziej niż raz na miesiąc. Wyniki pracy zespołu powinny być znane personelowi medycznemu szpitala.

Dyrektor Szpitala poinformował, że członkowie Zkzs spotykają się regularnie, ponieważ kierownik Zkzs i pielęgniarka epidemiologiczna pracują w jednym pokoju, a mikrobiolog w każdy dzień roboczy dostarcza do Zkzs dzienne raporty bakteriologiczne. Oficjalnych spotkań, które byłyby protokołowane nie było, ale z chwilą zwiększenia zatrudnienia w Zkzs o kolejną pielęgniarkę epidemiologiczną oraz zwiększenie zatrudnienia mikrobiologa do 0,2 etatu spotkania tego zespołu będą się odbywać zgodnie ze standardami akredytacyjnymi.

(dowód: akta kontroli tom II str. 442)

Ocena cząstkowa

W latach 2015-2017 (I półrocze) Szpital realizował zadania w zakresie zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych. Posiadał procedury dotyczące organizacji wykonywania zadań w tym zakresie, w tym szczegółowe zasady wykorzystywania w terapii zakażeń antybiotyków. Zkzs sprawował nadzór nad przestrzeganiem tych procedur. W oparciu o harmonogramy prowadzono szkolenia personelu medycznego i niemedycznego w zakresie profilaktyki i zwalczania zakażeń szpitalnych. Przeprowadzono też kontrole wewnętrzne stanu sanitarnego i wewnętrznej ordynacji antybiotykowej w wymaganym przepisami zakresie i z wymaganą częstotliwością. Chorzy wymagający szczególnych warunków hospitalizacji mieli zapewnione miejsca w izolatkach.

Opracowano receptariusz zawierający wskazania dla antybiotykoterapii.

Szpital zapewnił wymaganym przepisami stan sanitarny urządzeń medycznych i pomieszczeń szpitalnych, z wyjątkiem centralnej sterylizatorni i ZPO.

Szpital prowadził rejestr zakażeń szpitalnych, ale w sposób niezgodny z przepisami, a rejestru czynników alarmowych nie prowadził w ogóle. Zawiadomienia o podejrzeniu lub rozpoznaniu zakażenia lub choroby zakaźnej przekazywał PPIS, ale po terminie określonym w przepisach. Prowadzone w Szpitalu karty rejestracji zakażenia szpitalnego były wypełniane nierzetelnie. Ponadto w dokumentach określających organizację Szpitala nie wyznaczono osób/stanowisk odpowiedzialnych za realizację niektórych zadań z zakresu zakażeń szpitalnych.

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

Opis stanu  
faktycznego

**3.1.** W latach 2015-2017 (I półrocze) PPIS przeprowadził w Szpitalu 16 kontroli, w tym sześć (jedną w 2015 r., trzy w 2016 r. i dwie w 2017 r.) w zakresie działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych, o których mowa w art. 13 ustawy o zwalczaniu zakażeń oraz w zakresie spełnienia wymogów rozporządzenia w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą.

W wyniku dwóch kontroli stwierdzono<sup>97</sup> zbyt małą liczbę pielęgniarek epidemiologicznych w składzie Zkzs, w związku z tym, że zatrudniona była jedna,

<sup>97</sup> Tj. przeprowadzonych 7-9 grudnia 2015 r. oraz 5-16 grudnia 2016 r.

a powinny być trzy. Do dnia zakończenia kontroli zalecenie PPIS w tym zakresie nie zostało zrealizowane.

(dowód: akta kontroli tom I str. 166-167 oraz tom II str. 15-23 i 38)

W protokole z kontroli przeprowadzonej 5 i 16 grudnia 2016 r. podano, że Szpital posiada pozytywnie zaopiniowany program dostosowawczy<sup>98</sup> w zakresie spełniania wymagań rozporządzenia MZ z dnia 26 czerwca 2012 r., zgodnie z którym Centralna Sterylizatornia<sup>99</sup> i ZPO<sup>100</sup> nie spełniają wymagań określonych w ww. rozporządzeniu.

Terminy realizacji wszystkich niezgodności, zadeklarowane przez Dyrektora Szpitala w programie dostosowawczym, minęły 31 grudnia 2016 r. Jednakże zgodnie z art. 207 ust. 1 i ust. 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej<sup>101</sup> przedłużono terminy realizacji do 31 grudnia 2017 r.

(dowód: akta kontroli tom II str. 33-39, 183 i 405-413)

Podczas kontroli przeprowadzonej 1 lutego 2017 r. PPIS stwierdził nieprawidłową lokalizację poradni chorób płuc i gruźlicy oraz poradni neonatologicznej z uwagi na zagrożenie epidemiologiczne i zalecił ich przeniesienie. Dyrektor Szpitala w piśmie z 17 marca 2017 r. poinformował PPIS o wykonaniu tego zalecenia.

(dowód: akta kontroli tom II str. 40-47)

**3.2.** W badanym okresie w Szpitalu wystąpiły dwa ogniska zakażenia szpitalnego na Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii, które zostały zgłoszone do PPIS w formie raportów wstępnych. Po wygaszeniu ognisk zostały przesyłane raporty końcowe<sup>102</sup> w terminie określonym w § 5 ust.1 pkt 2 rozporządzenia w sprawie czynników alarmowych. Do wystąpienia ognisk doszło:

- 5 maja 2016 r. i ogniskiem objętych zostało 5 pacjentów<sup>103</sup>. Podjęto działania w celu wygaszenia ogniska polegające m.in. na wzmożeniu nadzoru nad przestrzeganiem higieny przez personel oddziału i nad procesami dezynfekcji powierzchni i sprzętów oraz objęto nadzorem pacjentów, którzy kontaktowali się z osobami chorymi. Nie wystąpiły zgony w ognisku.
- 26 lutego 2017 r. i ogniskiem objętych zostało dwóch pacjentów<sup>104</sup>. Podjęto działania mające na celu wygaszenie ogniska, polegające m.in. na umieszczeniu pacjentów w izolatkach z pełnym węzłem sanitarnym, wydzielenie personelu dla pacjentów i sprzętu do sprzątnięcia izolatek, wzmożeniu reżimu sanitarnego. Zkzs przeprowadził szkolenie wewnątrzoddziałowe na temat stosowania zasad izolacji. Po opuszczeniu oddziału przez pacjentów sale chorych poddano procesom mycia i dezynfekcji oraz dekontaminacji. Jeden pacjent objęty ogniskiem zmarł.

(dowód: akta kontroli tom I str. 109 i tom II str. 146-165)

**3.3.** W badanym okresie nie wystąpiły przypadki potwierdzonego epidemicznego wzrostu liczby zakażeń szpitalnych, skutkujących wydaniem przez PPIS decyzji nakazujących czasowe zamknięcie oddziału szpitalnego.

(dowód: akta kontroli tom I str. 109 i tom II str. 185)

**3.4.** Szpital nie był kontrolowany przez wojewódzką stację sanitarno-

<sup>98</sup> Decyzja PPIS z 16 listopada 2012 r. znak PPIS.EPN.4240/os-6/12.

<sup>99</sup> Tj.: brak jest spalarki lub katalizatora do utylizacji tlenu etylenu w sterylizacji gazowej, Pakietowanie narzędzi i bielizny odbywa się tylko w jednym pomieszczeniu w strefie czystej, brak wydzielonego pomieszczenia w strefie czystej do załadunku materiału w pomieszczeniu sterylizacji gazowej, w strefie sterylnej brak wydzielonego pomieszczenia do degazacji sterylizowanych materiałów w pomieszczeniu sterylizacji gazowej, do sterylizacji tlenkiem etylenu są butle 40-litrowe, a powinny być jednorazowe z czynnikiem sterylizującym.

<sup>100</sup> Tj.: brak dostępu do łóżek z trzech stron, brak pomieszczenia porządkowego i dozowników w nim z preparatem do dezynfekcji rąk, agregat prądotwórczy nie posiada funkcji autostartu.

<sup>101</sup> Dz.U. z 2016 r. poz. 1638 ze zm..

<sup>102</sup> 27 lipca 2016 r. i 5 czerwca 2017 r.

<sup>103</sup> Zakażonych *Staphylococcus aureus* MRSA.

<sup>104</sup> Zakażonych *Klebsiella pneumoniae* NDM. Szczepy wysłano do Krajowego Ośrodka Referencyjnego ds. Lekowrażliwości Drobnoustrojów w Warszawie.

epidemiologiczną w latach 2015-2017 (I półrocze).

(dowód: akta kontroli tom I str. 109 i tom II str. 61-102)

Ustalone  
nieprawidłowości

1. Raporty wstępne<sup>105</sup> o podejrzeniu lub wystąpieniu ogniska epidemicznego sporządzone zostały niezgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 2 do rozporządzenia w sprawie czynników alarmowych.

Dyrektor Szpitala poinformował, że powyższa nieprawidłowość wynikała z niedopatrzenia. Wyjaśnił także, że zadanie to zostanie przypisane pielęgniarce epidemiologicznej.

(dowód: akta kontroli tom II str. 146-148 i 158-159, 443)

2. Ww. raporty przekazano do PPIS z opóźnieniem wynoszącym odpowiednio trzy i 11 dni w stosunku do terminu określonego w § 5 ust. 2 pkt 1 rozporządzenia w sprawie czynników alarmowych.

Dyrektor Szpitala poinformował, że opóźnienia te wynikały z niedopatrzenia.

(dowód: akta kontroli tom II str. 193-194 i 248-250, 443)

3. Szpital nie zrealizował zaleceń PPIS dotyczących zatrudnienia wymaganej liczby pielęgniarek epidemiologicznych, określonej w art. 15 ust. 1 pkt 2 ustawy o zwalczaniu zakażeń.

Dyrektor Szpitala poinformował, że w celu zrealizowania ww. zalecenia PPIS 10 listopada 2017 r. ogłosił ofertę na zatrudnienie pielęgniarek epidemiologicznych.

(dowód: akta kontroli tom II str. 443 i 486)

Uwagi dotyczące  
badanej działalności

W ocenie NIK Szpital nie podjął wystarczających działań dla spełnienia przez Centralną Sterylizatornię i ZPO wymagań określonych w rozporządzeniu w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą.

Dyrektor Szpitala podał w wyjaśnieniach, że zaniechano poprawy stanu technicznego pomieszczeń, w których zlokalizowany jest ZPO, ze względu na brak środków finansowych, ale podjęto kroki w celu przekazania tej działalności podmiotowi zewnętrznemu, na co zgodę wyraziła Rada Społeczna Szpitala w uchwale nr 9/2016 z 15 września 2016 r.

(dowód: akta kontroli tom II str. 443-446)

Ocena częściowa

Szpital tylko częściowo zrealizował zalecenia i wnioski pokontrolne PPIS, a po przeprowadzonych kontrolach, informował PPIS o zrealizowaniu bądź braku możliwości wykonania zaleceń i wniosków pokontrolnych. Przekazywał również raporty o podejrzeniu wystąpienia i wygaszeniu ogniska epidemicznego. Stwierdzono, że raporty wstępne nie były sporządzone zgodnie ze wzorem określonym w rozporządzeniu w sprawie czynników alarmowych i były przekazywane do PPIS nieterminowo. Ponadto z ustaleń kontroli wynika, że Szpital nie dotrzyma ustawowego terminu wykonania programu dostosowawczego w całości.

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

Opis stanu  
faktycznego

4.1. Poniesione przez Szpital w latach 2015-2017 (I półrocze) koszty związane z przedłużeniem hospitalizacji z powodu zakażeń szpitalnych wyniosły 368,6 tys. zł, z tego: 183,9 tys. zł 2015 r., 94,6 tys. zł w 2016 r. i 90,1 tys. zł w I kwartale 2017 r.<sup>106</sup>

(dowód: akta kontroli tom I str. 297-302)

<sup>105</sup> Z 5 maja 2016 r. i 7 marca 2017 r.

<sup>106</sup> Dane szacunkowe.

W okresie objętym kontrolą system zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych, stanowiący element systemu zarządzania Szpitalem, był poddawany bieżącej kontroli, ewaluacji i doskonaleniu<sup>107</sup>.

Działania podejmowane w celu zmniejszenia kosztów leczenia zakażeń szpitalnych<sup>108</sup> polegały na zaopatrzeniu Szpitala w odzież ochronną, niezbędną do prowadzenia izolacji chorych, sprzętu jednorazowego użytku, środków do dezynfekcji narzędzi, sprzętu do dekontaminacji pomieszczeń. Ponadto Szpital zapewniał pranie odzieży roboczej oraz sprzątanie pomieszczeń szpitalnych. Podjął też działania dla modernizacji Centralnej Sterylizatorni, Apteki (boksy do przygotowania żywienia pozajelitowego i przygotowania cytostatyków) i bloku operacyjnego.

Na bieżąco były analizowane raporty Zkzs i podejmowane działania w związku z zaleceniami i sugestiami Zkzs.

(dowód: akta kontroli tom I str. 109)

**4.2.** Na funkcjonowanie systemu zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych w oddziałach Szpital wydatkował w latach 2015-2017 (I półrocze) 13 166,0 tys. zł z tego: 5 065,9 tys. zł w 2015 r., 5 321,3 tys. zł w 2016 r. i 2 778,8 tys. zł w I półroczu 2017 r.

Stosunek tych kosztów do przychodów uzyskanych z tytułu zrealizowanych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych<sup>109</sup> wynosił 6,1%, a ich udział w kosztach Szpitala ogółem<sup>110</sup> stanowił 3,7%.

(dowód: akta kontroli tom I str. 442)

W ww. okresie Szpital poniósł koszty: zatrudnienia Pielęgniarki Epidemiologicznej w kwocie łącznej 144,1 tys. zł (49,4 tys. zł w 2015 r., 55,6 tys. zł w 2016 r. i 39,1 tys. zł w I półroczu 2017 r.); zatrudnienia mikrobiologa 14,2 tys. zł (5,7 tys. zł, 5,6 tys. zł i 2,9 tys. zł); zużycia antybiotyków 1 675,1 tys. zł (643,7 tys. zł, 671,8 tys. zł i 359,6 tys. zł); zużycia sprzętu jednorazowego użytku 24 962,0 tys. zł (9 629,4 tys. zł, 10 226,9 tys. zł i 5 105,7 tys. zł); utrzymania czystości i dezynfekcji powierzchni szpitalnych 2 749,7 tys. zł (1 113,7 tys. zł, 1 022,7 tys. zł i 558,3 tys. zł); sterylizacji i dekontaminacji 6 762,0 tys. zł (2 569,4 tys. zł, 2 792,8 tys. zł i 1 399,8 tys. zł); utylizacji odpadów medycznych 6,1 tys. zł (2,1 tys. zł, 2,9 tys. zł i 1,1 tys. zł) oraz usług prania pościeli i bielizny szpitalnej 2 623,2 tys. zł (960,7 tys. zł, 1 106,0 tys. zł i 556,5 tys. zł).

(dowód: akta kontroli tom I str. 306-307)

W latach 2015-2017 (I półrocze) łączne koszty utrzymania w Szpitalu systemu zapobiegania i zwalczania zakażeń wyniosły 40 739,3 tys. zł (w poszczególnych latach: 15 692,4 tys. zł, 16 655,0 tys. zł i 8 391,9 tys. zł i ich stosunek do przychodów Szpitala uzyskanych z tytułu zrealizowanych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych wynosił 18,8% oraz stanowił 11,4% wszystkich kosztów funkcjonowania Szpitala.

(dowód: akta kontroli tom I str. 307 i 442)

**4.3.** Szpital w latach 2015-2017 (I półrocze) na badania mikrobiologiczne świadczone przez Spółkę ALAB<sup>111</sup> poniósł koszty w łącznej kwocie 1 621,3 tys. zł, z tego: 660,9 tys. zł w 2015 r., 620,2 tys. zł w 2016 r. i 340,2 tys. zł w I półroczu 2017 r.

<sup>107</sup> Zagadnienia z tym związane zostały opisane w części 1 i 2 niniejszego wystąpienia.

<sup>108</sup> Wg. wyjaśnień Dyrektora Szpitala.

<sup>109</sup> Przychody uzyskane przez Szpital z tytułu wykonania świadczeń w ramach umów podpisanych z Narodowym Funduszem Zdrowia o udzielenie świadczeń w rodzaju leczenia szpitalnego w latach 2015-2017 (I półrocze) wyniosły 216 609,3 tys. zł, w tym: 85 161,5 tys. zł w 2015 r., 88 590,9 tys. zł w 2016 r. i 42 856,9 tys. zł w I półroczu 2017 r.

<sup>110</sup> Wszystkie koszty funkcjonowania Szpitala wyniosły w latach 2015-2017 (I półrocze) 356 151,3 tys. zł, w tym: 137 312,7 tys. zł w 2015 r., 144 675,8 tys. zł w 2016 r. i 74 162,8 tys. zł w I półroczu 2017 r.

<sup>111</sup> Na podstawie umowy nr 6/2010 z 13 września 2010 r. o świadczenie dla Szpitala usług w zakresie badań laboratoryjnych i mikrobiologicznych.



(dowód: akta kontroli tom I str. 307-308 i 393-401)

**4.4.** Dyrektor Szpitala podał w wyjaśnieniach, że nie analizowano ponoszonych kosztów na leczenie osób zakażonych i dotyczących funkcjonowania systemu zakażeń szpitalnych, ponieważ nie było zaleceń w tym zakresie. Jedynie Zkzs analizował procentowy udział kosztów antybiotyków w ogólnych kosztach leków stosowanych w Szpitalu.

(dowód: akta kontroli tom I str. 110)

**4.5.** W latach 2015-2017 r. (I półrocze) przeciwko Szpitalowi z tytułu zakażeń szpitalnych prowadzone były cztery postępowania sądowe<sup>112</sup>, z których trzy pozostają nadal w toku<sup>113</sup>. W przypadku jednej sprawy Sąd Apelacyjny oddalił apelację powódki w zakresie roszczeń wobec Szpitala.

W okresie objętym kontrolą Szpital nie poniósł wydatków z tytułu roszczeń związanych z zakażeniami szpitalnymi.

(dowód: akta kontroli tom I str. 110 i tom II str. 489)

#### Ocena częściowa

W okresie objętym kontrolą Szpital prowadził ewidencję kosztów związanych z zapobieganiem i leczeniem zakażeń szpitalnych w sposób umożliwiający ich monitorowanie jak i sporządzanie na ich podstawie analiz. Podejmował także właściwe działania w celu obniżenia kosztów leczenia takich zakażeń.

## IV. Uwagi i wnioski

Przedstawiając powyższe oceny i uwagi wynikające z ustaleń kontroli, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli<sup>114</sup>, wnosi o:

- 1) kontynuowanie działań zmierzających do zatrudnienia w Szpitalu wymaganej liczby pielęgniarek epidemiologicznych,
- 2) sporządzanie wstępnych raportów o podejrzeniu lub wystąpieniu ogniska epidemicznego zgodnie z obowiązującym wzorem i terminowe ich przekazywanie PPIS właściwemu dla miejsca rozpoznania zakażenia,
- 3) prowadzenie rejestru zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych zgodnie z ustawą o zwalczaniu zakażeń i rozporządzeniem w sprawie czynników alarmowych,
- 4) wyznaczenie w dokumentach określających organizację Szpitala osób/stanowisk odpowiedzialnych za realizację zadań określonych w ustawie o zwalczaniu zakażeń,
- 5) dokonywanie zgłoszeń do PPIS przypadków podejrzenia lub rozpoznania zakażenia chorobami zakaźnymi w terminach określonych w ustawie o zakażeniach oraz w formie określonej w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 10 lipca 2013 r.,
- 6) rzetelne sporządzanie sprawozdań MZ-29,
- 7) wyegzekwowanie od lekarzy rzetelnego wypełniania kart rejestracji zakażeń szpitalnych i terminowego ich przekazywania pielęgniarsce epidemiologicznej,
- 8) zrealizowanie zaleceń PPIS i Zkzs.

## V. Pozostałe informacje i pouczenia

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

Prawo zgłoszenia  
zastrzeżeń

<sup>112</sup> Łączna kwota roszczeń wynosiła 535,3 tys. zł.

<sup>113</sup> W tym jedna dotyczy sprawy rozpoczętej przed 2015 r. Dwie sprawy rozstrzygane są w I instancji, a w przypadku jednej sprawy została wniesiona skarga kasacyjna do Sądu Najwyższego.

<sup>114</sup> Dz.U. z 2017 r. poz. 524.

Zgodnie z art. 54 ustawy o NIK, Dyrektorowi 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 Warszawie.

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.

Warszawa, 5 grudnia 2017 r.

Najwyższa Izba Kontroli  
Delegatura w Warszawie

Kontroler  
Jan Sulima  
główny specjalista k.p.