

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr ONS-PEp.4200.1.2019

Poniatowa, 22 lutego 2019 r.

(miejsowość i data)

przeprowadzonej przez: [REDAKTOWANE] Sekcja Nadzoru p/Epidemicznego,
nr upoważnienia: 4/2019; - Sekcja Nadzoru p/Epidemicznego,
nr upoważnienia: 5/2019.

(imię i nazwisko, komórka organizacyjna, nr upoważnienia do wykonywania czynności kontrolnych)

Pracownika (-ów) upoważnionego (-ych) przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Opolu Lubelskim. Kontrolę przeprowadzono na podstawie art.1 i art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (tj. Dz. U. z 2019 r., poz. 59) w związku z art. 67 § 1 oraz art. 68 § 1 i 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (t.j. Dz.U. z 2018 poz. 2096 z późn. zm.)

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany

Samodzielne Publiczne Sanatorium Gruźlicy i Chorób Płuc w Poniatowej

(imię i nazwisko / pełna nazwa / inwestor/organ założycielski/w przypadku spółki cywilnej wymienić wszystkich współników)

24-320 Poniatowa, ul. Fabryczna 6, tel. 81 820 47 30, e-mail: sanatoriumpg@wp.pl

(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna)

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

Szpital Samodzielnego Publicznego Sanatorium Gruźlicy i Chorób Płuc w Poniatowej,

24-320 Poniatowa, ul. Fabryczna 6, tel. 81 820 4730

(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna/rodzaj prowadzonej działalności)

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

Samodzielne Publiczne Sanatorium Gruźlicy i Chorób Płuc w Poniatowej

(imię i nazwisko/pełna nazwa (inwestor/organ założycielski/w przypadku spółki cywilnej wymienić wszystkich współników)

24-320 Poniatowa, ul. Fabryczna 6, tel. 81 820 47 30, e-mail: sanatoriumpg@wp.pl

(adres zamieszkania/siedziby (w przypadku spółki cywilnej adresy zamieszkania wszystkich współników/telefon/faks/poczta elektroniczna)

4. NIP 7171548381 REGON 43102196500020 PKD

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

Lucyna Kowalska – Dyrektor

(imię i nazwisko/stanowisko)

6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu* nie dotyczy

(imię i nazwisko/stanowisko/dane upoważniającego/data wydania upoważnienia/nr)

7. Inne osoby, w obecności których przeprowadzono kontrolę*

[REDAKTOWANE] - pielęgniarka epidemiologiczna

[REDAKTOWANE] – Przewodnicząca Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych

(imię i nazwisko/stanowisko/inne)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli: 22 lutego 2019 r. godz. 09⁴⁰
2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli* nie dotyczy
3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: nie dotyczy
4. Data i godzina zakończenia kontroli: 22 lutego 2019 r. godz. 13⁴⁰
5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości* 2 godziny
6. Zakres przedmiotowy kontroli: Kontrola przestrzegania przepisów ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi dotyczących zapobiegania szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych dotyczących wdrożenia i zapewnienia funkcjonowania systemu zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych
7. Wyposażenie użyte podczas kontroli*
Laptop Lenovo G40-45 nr SK/K/08-23/PEp
(nazwa wyposażenia/nr identyfikacyjny)
8. Podczas kontroli wykonano pomiary, badania lub pobrano próbki do badań laboratoryjnych** – nr i nazwa protokołu/ów* - nie dotyczy
9. Podczas kontroli wykonano zapis dźwięku lub obrazu* nie dotyczy
10. Korzystano* z wyników badań i pomiarów nie dotyczy
11. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli:
 - Rejestr patogenów alarmowych
 - Plan szkoleń wewnętrznych na 2019 rok
 - Rejestr szkoleń wewnętrznych w 2018 roku
 - Karty rejestracyjne drobnoustroju alarmowego
 - Protokoły z zebrań ZKZS z dnia 21.02.2019 r., 27.12.2018 r., 30.11.2018 r., 30.10.2018 r., 6.09.2018 r., 14.08.2018 r., 25.07.2018 r., 28.06.2018 r., 24.05.2018 r., 19.04.2018 r.,
 - Protokół z zebrań KKZS z dnia 20.12.2018 r.
 - Raport Laboratorium za okres od 01.01.2018 r. do 31.12.2018 roku.
 - Protokoły kontroli wewnętrznej (11 sztuk) między innymi z dnia 14.12.2018 r., 15.06.2018 r., 11.06.2018 r., 10.09.2018 r.
12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli*
nie dotyczy
13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli – nr: F/EP/10

III. WYNIKI KONTROLI

1. Informacje o kontrolowanym podmiocie np. stan formalno-prawny/nr wpisu do KRS/inne informacje istotne dla ustaleń kontroli:

Szpital Samodzielnego Publicznego Sanatorium Gruźlicy i Chorób Płuc w Poniatowej, 24-320 Poniatowa, ul. Fabryczna 6. Podmiot tworzący Samorząd Województwa Lubelskiego.

Nr księgi rejestrowej w rejestrze prowadzonym przez Wojewodę Lubelskiego 000000002941.

2. Informacje istotne dla ustaleń kontroli np. stwierdzenia dotyczące stanu technicznego podmiotu/objektu, stanu sanitarno-higienicznego

Ocena Szpitala w zakresie systemu kontroli zakażeń szpitalnych:

Szpital nie posiada certyfikatu jakości, akredytacji. Liczba oddziałów: 1 (1A i 1B), liczba łóżek 100 (wszystkie niezabiegowe). Liczba hospitalizacji w ostatnim zakończonym roku 765. Według raportu rocznego liczba badań mikrobiologicznych na łóżko na rok 765 w 2018 roku. Wykorzystanie łóżek 57%, liczba osobodni 5700.

W szpitalu jest możliwość zapewnienia warunków izolacji pacjentów z podejrzeniem/zakażeniem lub chorobą wywołaną czynnikami alarmowymi (zapewniono 3 izolatki spełniające wymogi przepisów §21 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz 2 sal jednoosobowych z węzłem sanitarnym w oddziale.

W dniu kontroli udostępniono do wglądu dokumentację zawierającą:

1. Powołanie Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych - zarządzenie Dyrektora 14/2016 z dnia 01.04.2016 r,
2. Powołanie Komitetu Kontroli Zakażeń Szpitalnych - zarządzenie Dyrektora 13/2016 z dnia 01.04.2016 r

W skład Komitetu Kontroli Zakażeń Szpitalnych wchodzi Dyrektor Szpitala - przewodniczący oraz członkowie Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych: lekarz medycyny pracy, przełożona pielęgniarek, pielęgniarka epidemiologiczna, mikrobiolog, farmaceuta kierujący działem farmacji. W skład Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych wchodzi Lekarz – Przewodniczący ZKZS, Pielęgniarka epidemiologiczna, mikrobiolog. Zarówno lekarz jak i pielęgniarka epidemiologiczna wykonują obowiązki ZKZSz w ramach funkcji dodatkowej. Mikrobiolog z laboratorium zewnętrznego, wykonującego badania laboratoryjne dla Szpitala, na podstawie zawartej umowy. Przewodniczący ZKZS posiada specjalizację choroby płuc oraz kurs

specjalistyczny dla lekarzy przewodniczących Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych, natomiast pielęgniarka nie posiada ukończonej specjalizacji pielęgniarstwa epidemiologicznego.

Do zadań Komitetu Kontroli Zakażeń Szpitalnych należy opracowanie planów i kierunków systemu zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych, przeprowadzanie oceny wyników kontroli wewnętrznych przedstawianych przez zespół kontroli zakażeń szpitalnych, opracowanie i aktualizacja standardów farmakoprophylaktyki i farmakoterapii zakażeń i chorób zakaźnych w szpitalu. Przedłożono do wglądu dokumentację:

Protokoły z zebrań KKZS z dnia 22.03.2018 oraz z dnia 20.12.2018 roku.

- Protokoły z zebrań ZKZS z dnia 21.02.2019 r., 27.12.2018 r., 30.11.2018 r., 30.10.2018 r., 6.09.2018 r. 14.08.2018 r., 25.07.2018 r., 28.06.2018 r., 24.05.2018 r., 19.04.2018 r.,

- Protokoły z kontroli wewnętrznej z dnia 15.06.2018 roku oraz z dnia 14.12.2018 roku w zakresie oceny monitorowania patogenów alarmowych i zakażeń szpitalnych oraz oceny profilaktyki zakażeń i stosowania antybiotykoterapii.

- Protokół kontroli wewnętrznej z dnia 14.12.2018 roku w zakresie prawidłowości i skuteczności profilaktyki i terapii antybiotykowej za rok 2018. Raport zawiera dane dotyczące 14 pacjentów: nr historii choroby, PESEL, ICD 10, czas antybiotykoterapii z wyszczególnieniem nazwą antybiotyku, uwagi. Zużycie antybiotyków w całym szpitalu w DDD w przeliczeniu na 100 osobodni hospitalizacji wynosiło 81,15.

W 2018 roku przeprowadzono 5 kontroli wewnętrznych w kuchence oddziałowej, w żadnej z tych kontroli wewnętrznych nie stwierdzono nieprawidłowości. Natomiast kontrolę wewnętrzną w zakresie oceny realizacji działań zapobiegających zakażeniom szpitalnym przeprowadzono w dniu 11.06.2018 roku oraz w ramach rekontroli w dniu 10.09.2018 roku. Stwierdzone podczas kontroli w powyższym zakresie nieprawidłowości dotyczące niewystarczająca ilość antyseptyku bez wyszczególnienia w jakim pomieszczeniu oraz zbyt krótki czas dezynfekcji powierzchni małych również bez wyszczególnienia jakich pomieszczeń i powierzchni dotyczy ww. nieprawidłowość. W Protokole z kontroli wewnętrznej z dnia 10.09.2018 roku nie ma zapisów dotyczących oceny prawidłowości i skuteczności procedury dekontaminacji powierzchni dotykowych, pomimo stwierdzonych nieprawidłowości w tym zakresie w poprzedniej kontroli.

Przedłożono do wglądu analizę zużycia mydła antybakteryjnego oraz antyseptyku za rok 2018. z analizy wynika, że zużycie mydła w ilości 132500 ml odpowiada ilości potrzebnej na wykonanie 57 procedur higienicznego mycia rąk na jednego hospitalizowanego pacjenta natomiast zużycie antyseptyku w ilości 110000 ml odpowiada ilości potrzebnej do wykonania 48 procedur higienicznej dezynfekcji rąk na jednego hospitalizowanego pacjenta.

W 2018 roku Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych opracował 3 nowe procedury: szczegółowego postępowania odpadami medycznymi, higienicznego mycia rąk oraz

higienicznej dezynfekcji rąk, pracownicy wykonujący ww. procedury zostali zaznajomieni z ich treścią, co potwierdzili poprzez złożeniem podpisów.

W trakcie kontroli stwierdzono, że w Szpitalu nie opracowano oraz nie wdrożono procedury badań przesiewowych w celu zapobiegania rozprzestrzenianiu się CPE oraz procedury postępowania w przypadku zachorowań sporadycznych i ognisk epidemicznych wywołanych przez Gram ujemne pałeczki z rodziny Enterobacteriaceae wytwarzających karbapenemazy (CPE). Ponadto nie przeprowadzono szkolenia personelu w tym zakresie. Raport roczny o zgłoszonych transmisjach kolonizacji Klebsiella MBL/NDM za rok 2018 przesłany do PSSE w Opolu Lubelskim nie zawiera żadnego przypadku (zerowy).

Według protokołu z zebrania ZKZS z dnia 21.02.2019 roku tematem spotkania członków Zespołu były badania przesiewowe w kierunku CPE, identyfikacja, problem nosicielstwa, przygotowanie planu postępowania w przypadkach wyników dodatnich. Nie przedłożono do wglądu dokumentacji działań podejmowanych w zakresie ograniczenia transmisji kolonizacji Klebsiella MBL/NDM oraz zakażeń/zachorowań wywołanych przez CPE.

Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych przeprowadza szkolenia wewnętrzne, tematy szkoleń zawarte w Rocznym Planie szkoleń. Protokoły z przeprowadzonych szkoleń wewnątrzdziałowych oraz listy osób uczestniczących w szkoleniu przedłożono do wglądu.

Tematy szkoleń przeprowadzanych 2018 roku:

1. Zasady zapobiegania zakażeniom szpitalnym wywołanym przez prątki gruźlicy (13 osób przeszkolonych)
2. Wirusowe biegunki szpitalne (11 osób przeszkolonych)
3. Postępowanie w szpitalu w przypadku wystąpienia zgorzeli gazowej (9 osób przeszkolonych)
4. Problemy związane z wystąpieniem bakterii z rodzaju Legionella w instalacjach wody ciepłej w szpitalu (12 osób przeszkolonych)
5. Gronkowce- zakażenia szpitalne (13 osób przeszkolonych)
6. Sepsa- mechanizm powstawania, rozpoznanie, leczenie (10 osób przeszkolonych)
7. Żywnienie pozajelitowe-zagrożenia epidemiczne(11osób przeszkolonych)
8. Odleżyny – zapobieganie i leczenie (9 osób przeszkolonych)
9. CD - nieszkodliwy drobnoustrój czy śmiertelne zagrożenie (10osób przeszkolonych)
10. Choroby zawodowe- ryzyko zakażenia w oddziale zakaźnym(9 osób przeszkolonych)
11. W dniu 23.01.2019 roku przeprowadzono szkolenie na temat Opatrywanie ran - zapobieganie odleżynom (12 osób przeszkolonych).

Wszystkie szkolenia przeprowadzone przez personel szpitala - pielęgniarki, bez udziału wykładowców zewnętrznych. Członkowie ZKZS uczestniczyli w szkoleniach zewnętrznych, według wyjaśnień Pielęgniarki epidemiologicznej w ostatnim roku odbyła 2 szkolenia zewnętrzne, nie przedłożono do wglądu dokumentacji ze szkoleń zewnętrznych.

Monitorowanie i rejestracja zakażeń i czynników alarmowych:

Do wglądu przedłożono Rejestr patogenów alarmowych, prowadzonego w postaci indywidualnych „Kart rejestracji drobnoustroju alarmowego” według obowiązujących wzorów formularzy. :

1. Clostridium difficile GHD (+) toksyn A / B nie wykryto (pacjent przyjęty z innego szpitala w dniu 26.04.2018 r. data pobrania materiału 09.05.2018 r.) do karty załączono wyniki badań laboratoryjnych,

2, Przeciwciała anty HCV pacjent przyjęty z innego szpitala, data pobrania materiału do badań laboratoryjnych 15.11.2018 roku.

W Rejestrze patogenów alarmowych w 2019 roku zarejestrowano

1. Clostridium difficile toksyny A i B u pacjenta przyjętego z innego szpitala w dniu 05.01.2018 roku z objawami biegunki, próbę do badań pobrano w dniu 22.01.2019 roku.

2. CD GDH toksyn A i B nie wykryto. W 2018 roku oraz w 2019 roku do dnia kontroli nie odnotowano ogniska epidemicznego. Do PPIS w Opolu Lubelskim przesłano raport o bieżącej sytuacji epidemiologicznej szpitala za rok 2018 oraz raport o patogenach alarmowych (na obowiązującym formularzu, w obowiązującym terminie).

Wykonywanie badań laboratoryjnych umożliwiających identyfikację biologicznych czynników chorobotwórczych w Laboratorium mikrobiologicznym (podmiot zewnętrzny, na podstawie umowy) z zapewnieniem możliwości wykonywania badań laboratoryjnych mikrobiologicznych w ciągu całej doby. Do wglądu przedłożono Raport sporządzony przez laboratorium zawierający zestawienie liczby zidentyfikowanych mikroorganizmów z wyszczególnieniem liczby identyfikacji i pacjentów w podziale na materiał oraz mapę mikrobiologiczną liczby pacjentów, u których zidentyfikowano: 91 przypadków prątek gruźlicy.

3. Nieprawidłowości stwierdzone podczas kontroli z podaniem przepisów prawnych, które naruszono*

W Szpitalu nie opracowano oraz nie wdrożono procedury badań przesiewowych w celu zapobiegania rozprzestrzenianiu się CPE oraz procedury postępowania w przypadku zachorowań sporadycznych i ognisk epidemicznych wywołanych przez Gram ujemne pałeczki z rodziny Enterobacteriaceae wytwarzających karbapenemazy (CPE).

Art. 11 ust. 1 i ust. 2 pkt 2, pkt 3 Ustawy z dnia 5 grudnia 2008 roku o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi

§ 1 pkt 1 i pkt 3 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 maja 2010 r. w sprawie sposobu dokumentowania realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych oraz warunków i okresu przechowywania tej dokumentacji

W ramach przeprowadzanych przez ZKZS kontroli wewnętrznych w obszarze realizacji działań zapobiegających się szerzeniu zakażeń i chorób zakaźnych nie dokonano oceny prawidłowości i skuteczności stosowanych procedur w oparciu o ogólnodostępne standardy i wytyczne ośrodków referencyjnych, zasady współczesnej wiedzy medycznej, wytyczne konsultantów krajowych w odpowiednich dziedzinach medycyny znajdujących zastosowanie w działalności świadczeniodawcy.

Art. 11 ust. 1 i ust. 2 pkt 6 Ustawy z dnia 5 grudnia 2008 roku o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi

§ 3 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 maja 2010 r. w sprawie zakresu, sposobu i częstotliwości prowadzenia kontroli wewnętrznej w obszarze realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych

§ 1 pkt 1 i pkt 3 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 maja 2010 r. w sprawie sposobu dokumentowania realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych oraz warunków i okresu przechowywania tej dokumentacji

Pielęgniarka wchodząca w skład zespołu kontroli zakażeń szpitalnych jako pielęgniarka epidemiologiczna nie posiada specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego lub higieny i epidemiologii

§ 3 pkt 1-3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 maja 2010 roku w sprawie kwalifikacji członków zespołu kontroli zakażeń szpitalnych

4. Doraźne zalecenia, uwagi i wnioski*

Należy monitorować zużycie preparatów dezynfekcyjnych i myjących do rąk według zasady litr/1000 pacjentodni;

Monitorować zużycie preparatów dezynfekcyjnych w porównaniu do zużycia rękawiczek ochronnych

- według zaleceń Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Epidemiologicznych

IV. UWAGI I ZASTRZEŻENIA OSÓB UCZESTNICZĄCYCH W KONTROLI

1. Omówiono wyniki kontroli, dokonano/ ~~nie dokonano~~ wpisu do książki kontroli/dziennika budowy**

.....

2. ~~Wnieiono~~/nie wniesiono** uwag i zastrzeżeń do opisanego w protokole stanu faktycznego

.....

3. Poprawki i uzupełnienia do protokołu ~~naniesiono~~/nie naniesiono**

.....

(podać: numer strony protokołu, określenia lub wyrazy błędne i te, które je zastępują)

4. Za stwierdzone nieprawidłowości wymienione w protokole w części III pkt 3 lit. nie nałożono/nałożono** grzywnę w drodze mandatu karnego na

.....

(imię i nazwisko/stanowisko)

w wysokości..... słownie.....

(nr mandatu karnego).....

(podstawa prawna).....

5. Upoważnienie do nakładania grzywien w drodze mandatu karnego nr..... z dnia

wydane przez

(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)

6. Osoba ukarana została pouczona o prawie odmowy przyjęcia mandatu.

Z tego prawa skorzystała/nie skorzystała** - nie dotyczy

7. Dane osoby odmawiającej przyjęcia mandatu – nie dotyczy

(imię i nazwisko/adres)

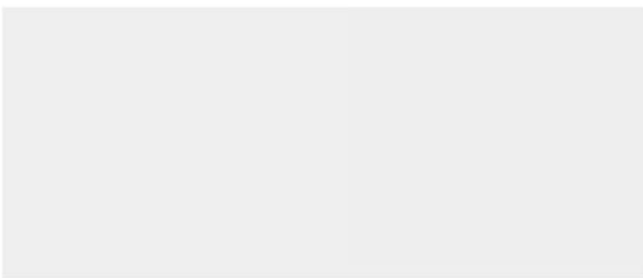
8. Protokół został sporządzony w 2 jednobrzmiących egzemplarzach

9. Z treścią protokołu kontroli zapoznano się/nie zapoznano się**

10. W przypadku odmowy podpisania protokołu należy wpisać powód odmowy podpisania protokołu

nie dotyczy

.....
(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)


(czytelny podpis kontrolującego (-ych))

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu 13.03.2019

DYREKTOR
Samodzielnego Publicznego
Sanatorium Gruźlicy i Chorob Płuc
w Poniatowej
Iwona Kowalska
I. Kowalska
.....
(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

SAMODZIELNE PUBLICZNE SANATORIUM GRUŻLICY
I CHOROBY PŁUC W PONIATOWEJ
24-320 Poniatowa, ul. Fabryczna 6
tel. 81 820 47 30, fax. 81 820 48 32
REGON 431021965 NIP 717-15-48-381
KRS 0000041592

W trakcie kontroli wykorzystano/~~nie wykorzystano~~ formularze kontroli** nr - F/EP/10 Ocena szpitala w zakresie systemu kontroli zakażeń szpitalnych
(nazwa/nr)

POUCZENIE: W terminie 7 dni od daty doręczenia niniejszego protokołu kontroli mogą zostać zgłoszone zastrzeżenia do ustaleń stanu faktycznego..

Wyniki kontroli dotyczą warunków skontrolowanego podmiotu w czasie i miejscu trwania kontroli.

Strona na każdym etapie postępowania ma prawo wglądu w dokumentację w siedzibie właściwej stacji sanitarno-epidemiologicznej.

* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

** niewłaściwe skreślić