

Stan sanitarny podmiotów wykonujących działalność leczniczą



Ocena stanu sanitarnego pomieszczeń i urządzeń wykorzystywanych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych przez podmioty wykonujące działalność leczniczą zlokalizowane na terenie województwa podkarpackiego

Państwowa Inspekcja Sanitarna w 2017 r. sprawowała nadzór sanitarny nad podmiotami wykonującymi działalność leczniczą w ramach realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego, w tym kontroli warunków higieniczno-sanitarnych, jakie powinien spełniać personel medyczny, sprzęt oraz pomieszczenia, w których są udzielane świadczenia zdrowotne w celu ochrony zdrowia ludzkiego przed niekorzystnym wpływem szkodliwości i uciążliwości środowiskowych, zapobiegania powstawaniu chorób, w tym chorób zakaźnych i zawodowych. Skontrolowano 3169 (61,7 %) podmiotów prowadzących działalność leczniczą w stacjonarnych i całodobowych, ambulatoryjnych oraz działalność leczniczą wykonywaną przez praktyki zawodowe spośród 5140 ujętych w ewidencji.

W okresie sprawozdawczym zły stan sanitarny, rozumiany jako stwierdzenie w trakcie ostatniej kontroli uchybień pod względem wymagań higienicznych, sanitarnych i technicznych, skutkujących wszczęciem postępowania administracyjnego, stwierdzono w 73 podmiotach leczniczych, co stanowiło 2,3 % wszystkich kontrolo-

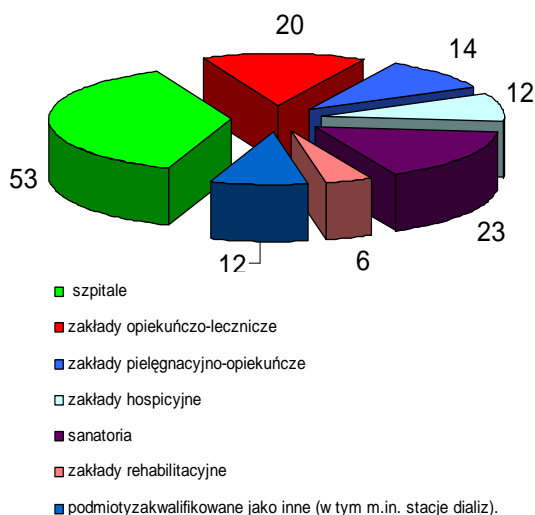
wanych obiektów. Nieprawidłowości techniczne, rzutużące na stan sanitarny placówek stwierdzono w 20 podmiotach, co stanowiło 0,6 % skontrolowanych obiektów. Postępowanie administracyjne obejmowało wydanie decyzji administracyjnej i / lub nałożenie grzywny w drodze mandatu karnego.

Stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne

1. Warunki lokalowo-techniczne

Państwowa Inspekcja Sanitarna nadzorowała w 2017 r. 140 podmiotów leczniczych wykonujących stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne: 53 szpitale (w tym 12 szpitali jedno-dniowych i 3 szpitale uzdrowiskowe), 20 zakładów opiekuńczo-leczniczych, 14 zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych, 23 sanatoria, 12 hospicjów, 6 zakładów rehabilitacji leczniczej oraz 12 podmiotów zakwalifikowanych jako inne (w tym m.in. stacje dializ).

Podmioty lecznicze wykonujące stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w 2017 roku.



W ramach nadzoru bieżącego przeprowadzono 130 kontroli z uwzględnieniem: stanu technicznego rzutużącego na stan sanitarny, opracowanych procedur zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych oraz dostosowania pomieszczeń do wymogów rozporządzenia Ministra

Stan sanitarny podmiotów wykonujących działalność leczniczą

Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. (Dz. U. z 2012 r. poz. 739) a także rozrządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 kwietnia 2012 r. w sprawie określenia wymagań, jakim powinny odpowiadać zakłady i urządzenia lecznictwa uzdrowiskowego (Dz. U. z 2012 r. poz. 452).

Skontrolowano 52 szpitale. W 27 stwierdzono nieprawidłowości w tym w 2 szpitalach jednodniowych; z 20 zakładów opiekuńczo-leczniczych w 2 stwierdzono nieprawidłowości; z 14 zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych w 3 stwierdzono nieprawidłowości; z 18 skontrolowanych sanatoriów w 1 stwierdzono nieprawidłowości; z 11 hospicjów nieprawidłowości stwierdzono w 1.

Stwierdzone nieprawidłowości były przedmiotem prowadzonych postępowań administracyjnych w stosunku do podmiotów leczniczych celem ich usunięcia. Nieprawidłowości dotyczyły głównie niespełnienia wymagań higieniczno-sanitarnych i technicznych do których należą m.in.:

- pęknięcia, ubytki farby i tynku oraz zacieki na ścianach i sufitach w salach pacjentów, sali intensywnego nadzoru, sanitariatach ogólnodostępnych i węzłach sanitariatach w salach pacjentów, brudownikach, pomieszczeniach porządkowych, korytarzach, pomieszczeniach sterylizacji, pracowniach laboratoryjnych, salach obserwacyjnych SOR, w pomieszczeniu mycia środków transportu wewnętrznego, pomieszczeniach socjalnych, szatni pracowników, depozytach odzieży pacjentów, magazynach,
- uszkodzenia i nieszczelności oraz nierówności wykładziny podłogowej w pokojach pacjentów, pokojach zabiegowych, poczekalni dla pacjentów,
- zniszczona z ubytkami farby, uszkodzeniami mechanicznymi stolarka drzwi w salach pacjentów i/lub innych pomieszczeniach oddziału, korytarzach; zniszczona stolarka okienna w łazienkach, sanitariatach,
- brak rozdziału pomieszczeń brudownika i pomieszczenia porządkowego w oddziałach,

- ubytki okleiny na szafkach przeznaczonych do przechowywania płynów infuzyjnych, sprzętu i materiałów medycznych,
- nieszczelna i/lub pęknięta armatura sanitarna przy umywalce i zlewie w gabinecie zabiegowym, łazienkach ogólnodostępnych i sanitariatach dla personelu,
- zniszczona z przetarciami, ubytkami tapicerka foteli w gabinetach i dyżurkach, pomieszczeniach oddziałów,
- brak płuczki - dezynfektora w brudownikach,
- brak dostępu do wody, brak zlewu z baterią i dozownikiem ze środkiem dezynfekcyjnym, zabrudzone ściany w pomieszczeniu gospodarczym pełniącym funkcje pomieszczenia porządkowego,
- brak dostępu do zlewu, brak możliwości mycia i dezynfekcji sprzętu do utrzymania czystości w pomieszczeniu porządkowym.



Pomimo stwierdzonych nieprawidłowości w 2017 r. w podmiotach udzielających stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych prowadzono na bieżąco prace remontowo-budowlane, których zakres wynikał z konieczności realizacji obowiązków nałożonych w decyzjach administracyjnych, aktualnych potrzeb oraz możliwości finansowych podmiotów. Przeprowadzono remonty i modernizację w następujących szpitalach :

- ❖ Brzozów – Bank Tkanek i Komórek, sala operacyjna dla Oddziału Chirurgii Onkologicznej,
- ❖ Jarosław – Tymczasowy Punkt Sterylizacyjny, Tymczasowa Apteka Szpitalna,
- ❖ Jasło – Tymczasowy Punkt Sterylizacyjny,
- ❖ Dębica – Tymczasowa Apteka Szpitalna, Apteka Szpitalna,
- ❖ Sanok – powiększenie Oddziału Urazowo-Ortopedycznego,
- ❖ Łańcut – Kliniczny Oddział Chorób Zakaźnych z pododdziałem Hepatotropowym.

Podmioty lecznicze świadczące usługi w zakresie lecznictwa zamkniętego w większości skorzystały z możliwości opracowania programu dostosowania do wymagań określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2012 r. poz. 739).

Programy dostosowania przedstawione na podstawie art. 207 ust. 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1638), który stanowi, że podmiot wykonujący działalność leczniczą przedstawi organowi prowadzącemu rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą, program dostosowania tego podmiotu do wymagań odpowiednich do rodzaju wykonywanej działalności leczniczej oraz zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych w terminie do 31 grudnia 2012 r. Zaopiniowane przez właściwy organ Państwowej Inspekcji Sanitarnej, zgodnie z art. 10 ust. 2 ustawy z dnia 14 czerwca 2012 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2015 r. poz. 1412), stały się programami dostosowania w rozumieniu obowiązujących przepisów, a ich termin realizacji upłynął 31.12.2017r.

Nowelizacja przepisów prawnych z dniem 1 grudnia 2017r., art 3 ustawy z dnia 29 września 2017r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2017 r. poz. 2110), umożliwiła

podmiotom leczniczym, które co najmniej częściowo nie zrealizowały programu dostosowania, złożenie wniosku do właściwego organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej o wydanie opinii o wpływie niespełniania wymagań zawartych w zaopiniowanych programach, na bezpieczeństwo pacjentów. W województwie podkarpackim z takiej możliwości skorzystało 46 podmiotów leczniczych, w tym 26 zamkniętej opieki zdrowotnej, stacjonarnej i całodobowej.

2. Działalność szpitalnych zespołów do spraw zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych

Kierownicy szpitali i podmiotów leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne, zgodnie z art. 14 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2018 r. poz.151) powołali i nadzorowali pracę zespołów i komitetów kontroli zakażeń szpitalnych. W skład zespołów i komitetów w większości podmiotów wchodzi pracownicy szpitala spełniający wymagania art. 15 cyt. ustawy.

Do zadań zespołu kontroli zakażeń szpitalnych należy m.in.: opracowywanie i aktualizacja systemu zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych, prowadzenie kontroli wewnętrznej oraz przedstawianie wyników i wniosków z tej kontroli kierownikowi szpitala i komitetowi zakażeń szpitalnych, szkolenie personelu w zakresie kontroli zakażeń szpitalnych, konsultowanie osób podejrzanych o zakażenie lub chorobę zakaźną oraz tych, u których rozpoznano zakażenie lub chorobę zakaźną, opracowywanie norm, standardów oraz zatwierdzanie procedur i instrukcji dla placówki.

W nadzorowanych obiektach w toku kontroli dokonano oceny działalności komitetów i zespołów kontroli zakażeń szpitalnych, zapewnienia warunków ochrony przed zakażeniem, monitorowania i rejestracji zakażeń i czynników alarmowych, raportów o bieżącej sytuacji epidemiologicznej szpitala. Oceniono również zakres, sposób i częstotliwość prowadzenia kontroli

wewnętrznej w obszarze realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych. Na podstawie analizy protokołów i raportów z kontroli wewnętrznej obserwuje się konieczność podejmowania przez podmioty lecznicze działań ograniczających rozprzestrzenianie zakażeń szpitalnych poprzez weryfikowanie stosowanych procedur oraz wdrożenie skutecznych metod oceny podejmowanych działań. Poddano również analizie sposób opracowywania i aktualizację standardów farmakoprophylaktyki i farmakoterapii zakażeń i chorób zakaźnych w szpitalu.

W 2017 r. wszystkie szpitale zatrudniały pielęgniarki epidemiologiczne na pełnych etatach wymiaru czasu pracy, a w przypadku większej liczby łóżek w szpitalach zapewniono dodatkowy etat na tym stanowisku lub stanowisko łączone z innym obowiązkiem.

W 2017 r. w zakładach lecznictwa zamkniętego wystąpiło 15 ognisk epidemicznych, w tym 5 ognisk, których czynnikami etiologicznymi były wirusy (*Rotavirus* (4), wirus grypy typu A (1)), 9 ognisk zakażeń o etiologii bakteryjnej (*Clostridium difficile* (5), *Pseudomonas aeruginosa* MBL (1), *Klebsiella pneumoniae* ESBL (1), *Salmonella enteritidis* (1), *Acinetobacter baumannii* (1)) oraz 1 ognisko wywołane przez świerzb.



W związku z wystąpieniem ognisk epidemicznych w szpitalach wstrzymano przyjęcia pacjentów oraz odwiedzin, zweryfikowano procedury medyczne redukujące transmisję drobnoustrojów, przeprowadzono szkolenia personelu na stanowiskach pracy.

3. Opracowanie i wdrożenie procedur: dezynfekcji, mycia narzędzi i sprzętu medycznego, sterylizacji, sprzątania i dezynfekcji pomieszczeń

Zgodnie z art. 11 ust. 1, ust. 2 pkt 3 Ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2018 r. poz. 151), kierownicy podmiotów leczniczych oraz inne osoby udzielające świadczeń zdrowotnych podjęli działania zapobiegające szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych obejmujące w szczególności opracowanie, wdrożenie oraz nadzorowanie procedur sanitarno - higienicznych zapobiegających zakażeniom i chorobom zakaźnym związanym z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, dla podległych placówek.

W toku kontroli dokumentacji i wiedzy personelu udzielającego świadczeń zdrowotnych nie stwierdzono nieprawidłowości w zakresie procedur sanitarno-higienicznych oraz instrukcji stanowiskowych, a w większości placówek są one aktualizowane i dostosowane do rodzaju wykonywanej działalności leczniczej oraz zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych, uwzględniających warunki i nieprawidłowości techniczne obiektów.

4. Zaopatrzenie w wodę przeznaczoną do spożycia

Skontrolowane podmioty wykonujące działalność leczniczą z rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne zaopatrywane są w wodę głównie z wodociągów sieciowych, pozostających pod stałym nadzorem służb sanitarnych, nieliczne szpitale korzystają z własnych ujęć wody. Awaryjnym źródłem zaopatrzenia w wodę dla większości szpitali są przepływowe zbiorniki retencyjne zapewniające co najmniej 12 godz. zapas wody, dla kilku rezerwowym źródłem zaopatrzenia w wodę są własne ujęcia ze studni głębinowej lub wodociągi sieciowe. W jednym szpitalu obowiązuje decyzja nakazująca zapewnienie rezerwowego źródła wody. Pozostałe

szpitale obowiązek ten miały zapisany w swoich programach dostosowawczych. Podczas przeprowadzonych kontroli szpitali kwestionowano stan sanitarno-techniczny pomieszczeń hydroforni, zbiornika rezerwowego wody, ogrodzenia ujęcia wody. Stwierdzono brak tablicy informującej o zakazie wstępu osób nieupoważnionych na teren ujęcia oraz brak odnotowanych zapisów z czyszczenia i dezynfekcji zbiorników służących do gromadzenia wody czystej. Wyżej wymienione nieprawidłowości ujete zostały w wydanych decyzjach.

Jakość ciepłej wody w instalacjach wewnętrznych

Bakterie Legionella sp. występują w wodzie ciepłej. Do zakażenia bakteriami Legionella sp. dochodzi na skutek wdychania skażonego aerozolu wodno-powietrznego, a czynnikiem sprzyjającym ich rozwojowi i namnażaniu jest temperatura wody w zakresie 20-48°C. Osobami szczególnie narażonymi na zakażenia są chorzy przebywający w szpitalach, zakładach opiekuńczo-leczniczych, mieszkańcy domów pomocy społecznej i innych obiektów zamieszkania zbiorowego.

W roku sprawozdawczym przedstawiciele Państwowej Inspekcji Sanitarnej województwa podkarpackiego prowadzili badania na obecność pałeczek Legionella sp. w 31 podmiotach prowadzących działalność leczniczą i 41 obiektach zamieszkania zbiorowego. Łącznie w 2017 roku pobrano 117 próbek ciepłej wody użytkowej z wewnętrznych instalacji wodociągowych.

W obiektach prowadzących stacjonarne całodobowe świadczenia zdrowotne w 90 % próbek liczba kolonii bakterii Legionella sp. nie przekraczała 100jtk/100 ml wody, co oznaczało, że system dystrybucji ciepłej wody w obiekcie znajdował się pod kontrolą i nie stanowił zagrożenia dla zdrowia pacjentów. Jedynie 10 % próbek było kwestionowanych.

Ze względu na zagrożenie zdrowia właściwi inspektorzy sanitarni nakazywali podjęcie natychmiastowych działań naprawczych. Łącznie w 2017 roku wydano 8 decyzji zobowiązujących właścicieli obiektów służby zdrowia do

podjęcia stosownych działań naprawczych. Dla porównania w roku 2016 było ich 9, a w 2013 – 27.

Stan czystości wewnętrznych instalacji ciepłej wody w obiektach służby zdrowia z roku na rok systematycznie się poprawia. W większości nadzorowanych placówek opracowano i przestrzegane są procedury postępowania mające na celu wyeliminowanie bakterii Legionella sp. z instalacji wewnętrznych lub niedopuszczenie do jej ponownego skolonizowania.



5. Zaopatrzenie w środki dezynfekcyjne i ich stosowanie

Wszystkie placówki posiadały wystarczającą ilość środków do mycia i dezynfekcji narzędzi, sprzętu medycznego, powierzchni oraz wystarczającą ilość i dostęp do indywidualnych środków ochrony osobistej (rękawiczki, fartuchy, maseczki itp.).

Dezynfekcja sprzętu wielokrotnego użycia prowadzona była w pomieszczeniu udzielania świadczenia w specjalnie do tego celu wydzielonych i opisanych pojemnikach z przykrywą i śitem, dostosowanych do ilości dezynfekowanego sprzętu. Mycie i dezynfekcja narzędzi i sprzętu odbywa się w większości podmiotów w sposób

manualny oraz coraz częściej także maszynowy.

Wszystkie stosowane w placówkach preparaty dezynfekcyjne były zarejestrowane przez Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych zgodnie z ustawą z dnia 18 marca 2011r. o Urzędzie Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych (Dz. U. z 2016r. poz. 1718).

5. Sterylizacja

Wszystkie nadzorowane szpitale mają możliwość wykonywania sterylizacji sprzętu, posiadają centralną sterylizatornię, lokalną sterylizatornię lub punkty sterylizacyjne. Szpitale w Brzozowie, Krośnie, Lubaczowie, Łańcucie, Mielcu, Nisku i Rzeszowie posiadają centralne sterylizatornie zgodne z wymogami obowiązujących przepisów prawa i wytycznymi.

Podmioty inne niż szpitale, udzielające stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych, które stosowały sprzęt wielokrotnego użycia, po wstępnej dezynfekcji przekazywały go do centralnej sterylizatorni zlokalizowanej w szpitalu należącym do tego samego podmiotu.

W przypadku braku autoklawów niskotemperaturowych szpitale zawierały umowę na usługi sterylizacyjne z innymi placówkami. Sterylizatornie szpitalne wyposażone są w sterylizatory typ: próżniowy, grawitacyjny, niskotemperaturowy i plazmowy. Kontrola wewnętrzna procesów sterylizacji prowadzona była w formie dokumentacji cyklu, lub protokołu procesu łącznie z wydrukami z autoklawu. Kontroli wewnętrznej podlegały wskaźniki fizyczne (temperatura, czas, ciśnienie), chemiczne i biologiczne.

Wskaźniki chemiczne zakładane były do każdego wsadu, pakietu i zestawu z narzędziami. Najczęściej używano wskaźników chemicznych klasy IV, V i VI.

Wskaźniki biologiczne stosowane były celem kontroli skuteczności procesu sterylizacji autoklawu raz w miesiącu lub częściej zgodnie z obowiązującą w placówce procedurą.

Wszystkie szpitale prowadziły dokumentację medyczną w sposób umożliwiający powiązanie procesu sterylizacji narzędzi z konkretnym pacjentem, u którego zostały użyte.

Fakt ten, dokumentowano w historii choroby pacjenta lub protokole zabiegowym, operacyjnym.

W żadnym z kontrolowanych szpitali nie prowadzono reprocessowania sprzętu jednorazowego użycia. Sterylny sprzęt i materiał przechowywany był prawidłowo z zachowaniem terminu ważności. Sprzęt i narzędzia do i po sterylizacji transportowane były do sterylizatorni w odpowiednio opisanych pojemnikach podlegających myciu i dezynfekcji.

6. Gospodarka odpadami

We wszystkich skontrolowanych szpitalach segregacja odpadów odbywa się w miejscu ich wytworzenia. Odpady niebezpieczne, za wyjątkiem odpadów o ostrych końcach i krawędziach są zbierane w miejscu ich powstawania do worków jednorazowego użycia, koloru czerwonego, wytrzymałych, odpornych na działanie wilgoci i środków chemicznych, z możliwością jednokrotnego zamknięcia. Zużyte przedmioty o ostrych końcach i krawędziach są zbierane w pojemnikach jednorazowego użycia, sztywnych, odpornych na działanie wilgoci, mechanicznie odpornych na przekłucie bądź przecięcie. Pojemniki te znajdują się w miejscach powstawania odpadów.



Worki jednorazowego użycia są umieszczane na stelażach lub w sztywnych pojemnikach (jednorazowego lub wielokrotnego użycia),

napełniane są do 2/3 objętości, zamykane i przekazywane do pomieszczenia służącego do wstępnego magazynowania odpadów niebezpiecznych. Transport wewnętrzny odpadów medycznych z miejsca powstawania do miejsca magazynowania lub odbioru odbywa się środkami transportu przeznaczonymi wyłącznie do tego celu, w sztywnych pojemnikach wielokrotnego lub jednorazowego użycia lub na specjalnie przeznaczonych do tego celu wózkach.

W większości skontrolowanych szpitali odpady medyczne przechowywane są poza miejscem ich powstania w odpowiednio przystosowanym do tego celu pomieszczeniu lub miejscu.

W obszarze postępowania z odpadami medycznymi w stosunku do roku 2016 notuje się poprawę. Nieprawidłowości stwierdzono jedynie w 6 z 52 skontrolowanych w tym zakresie szpitali. Dotyczyły one: złego stanu sanitarno-technicznego powierzchni sufitów, ścian i drzwi w pomieszczeniu magazynowania odpadów; przechowywania pojemników z odpadami medycznymi w niewłaściwej temperaturze; braku opisu zamrażarki na odpady medyczne o kodzie 180102 i oznaczenia trwałym znakiem graficznym bezpieczeństwa „biohazard”.



Każdorazowo w przypadku stwierdzenia nieprawidłowości wydawano decyzje lub zalecenia z nakazem ich usunięcia. W 3 szpitalach obowiązki z wydanych decyzji oraz zaleceń pokontrolnych zostały zrealizowane.

Wszystkie skontrolowane szpitale posiadały podpisane umowy na transport

i unieszkodliwianie odpadów z firmami posiadającymi wymagane zezwolenia, które przekazywały odpady do zlokalizowanych na terenie woj. podkarpackiego trzech instalacji spalających odpady medyczne: w Jedliczu, Rzeszowie i Tarnobrzegu.

7. Pralnictwo i postępowanie z bielizną szpitalną

Postępowanie z bielizną szpitalną w obiektach stacjonarnej opieki zdrowotnej regulują opracowane i wdrożone procedury szpitalne uwzględniające warunki lokalowe oraz zapisy umów zawartych z pralniami zewnętrznymi piorącymi bieliznę szpitalną i zapewniającymi transport bielizny czystej i brudnej. Większość szpitali przekazuje bieliznę do posiadających barierę higieniczną pralni zapewniających właściwe monitorowanie technologicznego procesu prania i skutecznej dezynfekcji. Pranie bielizny i pościeli z obiektów lecznictwa zamkniętego głównie zlecane jest podmiotom zewnętrznym.

Do najczęściej występujących nieprawidłowości i uchybień w postępowaniu z bielizną szpitalną należy zaliczyć:

- niewłaściwy stan sanitarno-techniczny powierzchni ścian, sufitów (zacieki, ubytki farby, zagrzybenia) oraz podłóg w pomieszczeniach pralni i magazynach bielizny brudnej i czystej,
- krzyżowanie się dróg obiegu bielizny czystej i brudnej w pralni,
- niezgodne z zapisami procedury postępowanie z bielizną czystą, przez co bielizna jest narażona na wtórne skażenie,
- wykorzystywanie magazynu bielizny brudnej niezgodnie z przeznaczeniem,
- brak pomieszczenia mycia i dezynfekcji wózków przeznaczonych do transportu bielizny czystej i brudnej,
- niemożliwy do umycia i skutecznego zdezynfekowania materiał, z którego wykonane są regały w magazynach bielizny czystej,
- uszkodzone, nieszczelne pojemniki do przewożenia bielizny wewnątrz pralni,

- brak środków transportu bielizny o zamkniętej przestrzeni ładunkowej z wyraźnym oznaczeniem identyfikującym ich przeznaczenie.

W związku ze stwierdzonymi w 10 szpitalach nieprawidłowościami związanymi między innymi z ryzykiem wtórnego zanieczyszczenia bielizny czystej oraz zagrożeniem rozprzestrzenienia się flory bakteryjnej bielizny brudnej, wydano decyzje nakazujące usunięcie tych nieprawidłowości.

8. Postępowanie ze zwłokami osób zmarłych w szpitalu

We wszystkich szpitalach zasady postępowania ze zwłokami osób zmarłych w szpitalu określają opracowane procedury uwzględniające wszystkie działania od stwierdzenia śmierci pacjenta, aż do przekazania zwłok rodzinie lub firmie pogrzebowej celem pochówku. Są to (w zależności od potrzeb i możliwości szpitala) transport, przechowywanie w pomieszczeniu pro-morte, chłodni, lub pro-sekturnie, odbiór przez rodzinę i wyspecjalizowaną firmę. Wszystkie działania odbywają się z poszanowaniem godności osoby zmarłej.



Podczas przeprowadzonych kontroli stwierdzono następujące nieprawidłowości:

- niewłaściwy stan sanitarno-techniczny ścian, sufitów, podłóg i drzwi w pomieszczeniach pro-sekturnie i pro-morte,
- zniszczone powierzchnie wózków do przewozu zwłok uniemożliwiające ich skuteczne umycie i zdezynfekowanie,
- otwarta przestrzeń ładunkowa wózka przeznaczonego do transportu zwłok,

- nieaktualne i niewłaściwie opracowane procedury postępowania w przypadku śmierci pacjenta i postępowania ze szczątkami pooperacyjnymi.

W związku z powyższym w 10 szpitalach zostały wydane decyzje, z których 7 zostało wykonanych do końca 2017 roku.

9. Blok żywienia

W 2017 r. Państwowa Inspekcja Sanitarna kontynuowała kontrolę bezpieczeństwa żywienia pacjentów szpitali zlokalizowanych w województwie podkarpackim. Nadzorem sanitarnym w zakresie warunków produkcji i obrotu żywnością oraz w zakresie oceny adekwatności żywienia pacjentów w stosunku do ich potrzeb objęto 43 bloki żywienia w szpitalach oraz 15 zakładów należących do firm cateringowych obsługujących szpitale w zakresie wyżywienia pacjentów. Nieprawidłowości w zakresie stanu sanitarno-technicznego ujawniono w 12 blokach żywienia znajdujących się w strukturze szpitali oraz w 5 zakładach prowadzonych przez firmy cateringowe. Stosownie do przepisów art. 54 nr 882/2004 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie kontroli urzędowych przeprowadzanych w celu sprawdzenia zgodności z prawem paszowym i żywnościowym oraz regułami dotyczącymi zdrowia zwierząt i dobrostanu zwierząt

Państwowa Inspekcja Sanitarna podejmowała działania administracyjne nakazujące podmiotom odpowiedzialnym zastosowanie środków zaradczych w celu usunięcia ujawnionych nieprawidłowości. Ogółem wydano 18 prawomocnych decyzji administracyjnych nakazujących zapewnienie stanu sanitarnego i technicznego zgodnego z wymaganiami określonymi w przepisach prawa żywnościowego. W zakładach żywienia produkujących i dystrybuujących żywność dla pacjentów szpitali stwierdzono naruszenie przepisów rozporządzenia (WE) nr 852/2004 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie higieny środków spożywczych w szczególności w zakresie wymagań dla pomieszczeń,

w których przygotowuje się, poddaje obróbce lub przetwarza środki spożywcze w szczególności dotyczące pogorszonego stanu technicznego pomieszczeń, wyposażenia czy też brak aktualnego wyniku badania wody używanej do produkcji żywności.

Kontrole sanitarne w zakresie oceny adekwatności żywienia pacjentów do ich potrzeb wynikających ze stanu fizjologicznego i zdiagnozowanej jednostki chorobowej przeprowadzono we wszystkich podmiotach prowadzących działalność leczniczą (przedsiębiorcy, SP ZOZ, jednostki budżetowe). Obowiązek zapewnienia wyżywienia zgodnie z potrzebami w jednostkach organizacyjnych w systemie opieki zdrowotnej, bez względu na zakres leczenia wynika wprost z przepisów ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r., poz. 1938). Wyżywienie mieści się w zakresie pojęcia świadczenia opieki zdrowotnej udzielanego w podmiotach leczniczych udzielających świadczeń w trybie stacjonarnym i całodobowym. Ustawa o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r., poz. 160) stanowi, że świadczenia udzielane w szpitalach należą do świadczeń stacjonarnych i całodobowych.



Ocena żywienia pacjentów ujawniła zaniedbania w przedmiotowym zakresie w 15 szpitalach produkujących posiłki we własnym zakresie, w 7 szpitalach, dla których posiłki produkuje firma cateringowa i w 2 firmach cateringowych obsługujących szpitale. We wszystkich podmiotach dokonano teoretycznej oceny jakościowej jadłospisów dziennych w okresie dekady, kontroli organizacji i obowiązujących zasad żywienia, w wybranych zakładach pobierano próbki

posiłków obiadowych do badań laboratoryjnych w kierunku wartości odżywczej. W wyniku teoretycznej oceny jakościowej metodą Szewczyńskiego (zaproponowaną do oceny żywienia w szpitalach przez Instytut Żywności i Żywienia) jadłospisów dziennych w ciągu dekady ujawniono brak drugich śniadań i trzeciego dania w obiedzie; zbyt małą podaż warzyw i owoców, w tym surowych w ciągu dekady; zaniżoną częstotliwość serwowania pełnych posiłków (zawierających białko zwierzęce, warzywa i /lub owoce), mleka lub przetworów mlecznych, brak produktów zbożowych z pełnego przemiału, znikomy udział ryb lub przetworów rybnych, brak tłuszczów roślinnych w składzie posiłków.

Ponadto stwierdzono zaniedbania w zakresie kontroli wartości odżywczej diet, w szczególności diet dostarczanych przez firmy cateringowe skutkiem czego pacjent otrzymywał posiłki stanowiące zagrożenie dla zdrowia ze względu na nieadekwatną do potrzeb podaż składników odżywczych - białka, tłuszczu, węglowodanów, błonnika, sodu i innych. Większość szpitali nie zapewniła warunków do sprawnego i poprawnego bilansowania diet. Badania laboratoryjne próbek posiłku obiadowego pobranych w toku kontroli sanitarnej, przeprowadzone przez laboratorium Państwowej Inspekcji Sanitarnej ujawniły zaniżoną wartość kaloryczną pomimo, iż masa porcji podana pacjentowi była zawyżona w stosunku do dziennej racji pokarmowej zaplanowanej przez szpital. Składnikami posiłków były środki spożywcze o niskiej wartości odżywczej. Posiłki były mało urozmaicone, serwowane zestawy monotonne, gramatura porcji warzyw znacznie zaniżona. Notowano przypadki braku wymagań co do wielkości porcji żywności przeznaczonej dla pacjenta, dozwolonych technik i technologii produkcji posiłków dla zapewnienia zaplanowanej wartości odżywczej, brak kontroli środków spożywczych pod względem kryteriów określonych w specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia gwarantujących zapewnienie adekwatnej do potrzeb pacjentów wartości odżywczej diet.

Podkarpacki Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny jak również

państwowi powiatowi inspektorzy sanitarni informowali właściwe podmioty o ujawnionych nieprawidłowościach w zakresie żywienia pacjentów i zobowiązywali do podjęcia działań zapewniających skuteczną poprawę w przedmiotowym zakresie, o czym powiadamiał organy założycielskie i Narodowy Fundusz Zdrowia, z którym podmioty lecznicze zawarły umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

10. Narażenia i choroby zawodowe w placówkach służby zdrowia

W 2017 roku Państwowa Inspekcja Sanitarna województwa podkarpackiego nadzorowała warunki pracy w 88 zakładach ochrony zdrowia, zatrudniających łącznie 18676 pracowników. W wyniku kontroli wydano 19 decyzji administracyjnych stwierdzających uchybienia w zakresie przestrzegania przepisów prawa pracy, dotyczących najczęściej:

- nieprawidłowego sporządzenia oceny ryzyka zawodowego dotyczącego narażenia na czynniki biologiczne oraz narażenia na czynniki chemiczne,
- wyposażenia pracowników w środki ochrony indywidualnej zabezpieczających przed działaniem szkodliwych czynników w środowisku pracy,
- prowadzenia instrukcji bezpieczeństwa i higieny pracy dotyczących prac związanych z zagrożeniem wypadkowym i zagrożeniami zdrowia pracownika, postępowania z materiałami szkodliwymi i niebezpiecznymi dla zdrowia,
- prowadzenia rejestru prac i pracowników narażonych na działanie substancji rakotwórczych i mutagennych,
- złego stanu sanitarno-higienicznego pomieszczeń.



Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne

Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne udzielane są w przychodniach, poradniach, ośrodkach zdrowia, lecznicach lub ambulatoriach z izbą przyjęć, zakładach badań diagnostycznych i medycznych laboratoriach diagnostycznych, zakładach rehabilitacji leczniczej oraz innych nie wymienionych podmiotach.

Skontrolowano 1399 podmiotów leczniczych wykonujących ambulatoryjne świadczenia zdrowotne spośród 1927 ujętych w ewidencji. Zakres kontroli w tego typu obiektach obejmował:

- zaopatrzenie punktów wodnych w bieżącą zimną i ciepłą wodę oraz wyposażenie ich w umywalki, dozowniki z mydłem w płynie, dozowniki ze środkiem dezynfekcyjnym, pojemniki z ręcznikami jednorazowego użycia i pojemniki na zużyte ręczniki,
- gospodarkę odpadami medycznymi i komunalnymi,
- postępowanie z bielizną brudną i czystą,
- zapewnienie sterylizacji narzędzi, sprzętu i materiałów medycznych, w tym właściwego ciągu technologicznego w sterylizatorni, którą stanowi wydzielone miejsce w gabinecie,
- zapewnienie pomieszczenia lub miejsca porządkowego wyposażonego w zlew z baterią i dozownik ze środkiem dezynfekcyjnym,
- procedury utrzymania czystości, dezynfekcji, mycia narzędzi i sprzętu medycznego, sterylizacji, sprzątania i dezynfekcji pomieszczeń, środki czystości i dezynfekcyjne,
- funkcjonowanie instalacji wentylacyjnej i klimatyzacji,
- dokumentację zdrowotną pracowników,
- stan sanitarno - higieniczny pomieszczeń i ich funkcjonalność,
- realizację działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych oraz ocenę prowadzonej dokumentacji tych działań.

Stan sanitarny podmiotów wykonujących działalność leczniczą

Działalność kontrolna w podmiotach wykonujących ambulatoryjne świadczenia lecznicze

Wyszczególnienie		Liczba urządzeń i obiektów				
		według ewidencji na 31 XII	skontrolowanych			
			ogółem	ze stwierdzonym złym stanem		
		higieniczn o- sanitarny m i techniczny m		tylko higieniczn o- sanitarny m	tylko technicznym	
Ogółem		1927	1399	35	0	7
ambulatoryjne świadczenia zdrowotne	Przychodnie, ośrodki zdrowia, poradnie, ambulatoria z izbą chorych, lecznice	1287	973	29	0	6
	Zakłady badań diagnostycznych i medyczne laboratoria diagnostyczne	60	53	0	0	0
	Zakłady rehabilitacji leczniczej	267	168	4	0	1
	Inne	313	205	2	0	0

W okresie sprawozdawczym zły stan sanitarny rozumiany jako stwierdzenie w trakcie ostatniej kontroli uchybień pod względem wymagań higienicznych, sanitarnych i technicznych skutkujących wszczęciem postępowania administracyjnego, wydaniem decyzji administracyjnej, czy nałożeniem grzywny w drodze mandatu karnego, stwierdzono w 42 podmiotach leczniczych (3% skontrolowanych obiektów), w tym 7 pod względem technicznym, co stanowi 0,5% skontrolowanych.

Skontrolowane podmioty wykonujące działalność leczniczą z rodzaju ambulatoryjne świadczenia zdrowotne zaopatrywane są w wodę głównie z wodociągów sieciowych, pozostających pod stałym nadzorem służb sanitarnych. Nieliczne przychodnie, poradnie, czy ośrodki zdrowia korzystają z własnych ujęć wody. Zaopatrzenie placówek w ciepłą wodę zapewniane było z miejscowych sieci komunalnych, własnych kotłowni, elektrycznych podgrzewaczy wody lub bojlerów gazowych.

W większości skontrolowanych placówek stwierdzono prawidłowość w zakresie zaopatrzenia w bieżącą ciepłą wodę. Punkty wodne wyposażone są w:

zasobnik z ręcznikami jednorazowego użytku, podajnik z preparatem do dezynfekcji rąk, podajnik z mydłem w płynie.

Podczas przeprowadzanych kontroli sanitarnych zwracano uwagę na stałe utrzymywanie temperatury wody powyżej 55°C, by zapobiec możliwości zasiedlenia wewnętrznej sieci wodociągowej bakteriami z rodzaju Legionella.

Podmioty wykonujące działalność leczniczą z rodzaju ambulatoryjne świadczenia zdrowotne posiadają zawarte umowy z wyspecjalizowanymi firmami na odbiór odpadów medycznych. Odpady medyczne w zależności od ich ilości magazynowane są w przeznaczonych do tego celu przenośnych urządzeniach chłodniczych umieszczonych w wydzielonych pomieszczeniach, stacjonarnych urządzeniach chłodniczych lub w magazynach odpadów medycznych. Segregacja odpadów medycznych odbywa się w miejscu ich wytworzenia do oznakowanych worków i pojemników. W żadnym z obiektów nie stwierdzono nieprawidłowości w zakresie postępowania z odpadami medycznymi. Nie wszystkie podmioty wykonujące działalność leczniczą z rodzaju ambulatoryjne świadczenia zdrowotne

Stan sanitarny podmiotów wykonujących działalność leczniczą

zostały skontrolowane w zakresie postępowania z odpadami medycznymi, gdyż część z nich prowadzi działalność wyłącznie konsultacyjną, nie wytwarzając przy tym odpadów medycznych. Skontrolowane w 2017 roku podmioty wytwarzające odpady posiadały opracowane i wdrożone procedury postępowania z odpadami medycznymi.

Wszystkie skontrolowane podmioty lecznicze posiadały podpisane umowy na transport i unieszkodliwianie odpadów z firmami posiadającymi wymagane zezwolenia, które przekazywały odpady do zlokalizowanych na terenie woj. podkarpackiego trzech instalacji spalających odpady medyczne w: Jedliczu, Rzeszowie i Tarnobrzegu.



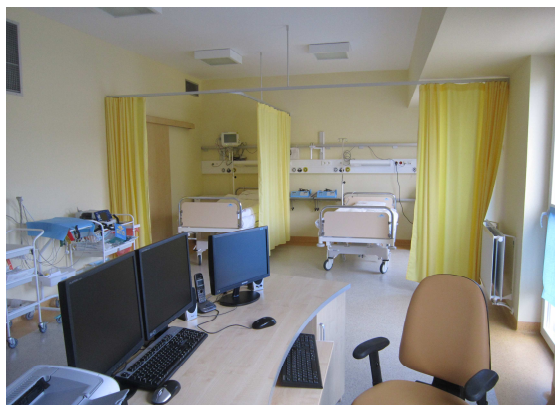
Podczas przeprowadzanych kontroli nie stwierdzono uchybień w zakresie gromadzenia i usuwania odpadów komunalnych. Odpady gromadzone są w pojemnikach lub kontenerach usytuowanych na terenie placówek. Odbiór odpadów stałych dokonywany jest przez wyspecjalizowane firmy. Placówki posiadają złożoną deklarację o opłacie za gospodarowanie odpadami komunalnymi do urzędów miast lub gmin, na terenie których się znajdują. Tylko w jednym obiekcie stwierdzono brak dokumentacji gospodarowania odpadami komunalnymi.

Postępowanie z bielizną w podmiotach wykonujących działalność leczniczą z rodzaju ambulatoryjne świadczenia zdrowotne regulują opracowane i wdrożone procedury. Placówki posiadają wydzielone, oznakowane pojemniki do

przechowywania bielizny brudnej wyłożone wsadami z worków jednorazowego użytku i usytuowane w pomieszczeniach porządkowych. Czystą bieliznę przechowywano w wydzielonych szafkach. Coraz częściej stosowano bieliznę jednorazowego użycia głównie serwety, podkłady, fartuchy, którą po kontakcie z materiałem biologicznym np. krwią, traktowano jako odpad medyczny. Bieliznę zwłaszcza odzież ochronną prano w pralniach podmiotów wykonujących działalność leczniczą lub zlecano podmiotom zewnętrznym.

W 2017 r. w kontrolowanych podmiotach nie stwierdzono nieprawidłowości związanych z postępowaniem z bielizną czystą i brudną.

Podmioty lecznicze wykonujące ambulatoryjne świadczenia zdrowotne prowadzą sterylizację we własnym zakresie lub (w zależności od ilości i rodzaju narzędzi wielokrotnego użycia) zawierają umowy ze szpitalami na prowadzenie sterylizacji sprzętu. Ośrodki zdrowia i punkty lekarskie, które realizują świadczenia w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej świadczą usługi medyczne przy użyciu sprzętu jednorazowego użytku. Przychodnie lub poradnie specjalistyczne posiadające sprzęt wielokrotnego użycia ze względu na rodzaj wykonywanych świadczeń (poradnie chirurgiczne, stomatologiczne, ginekologiczne, laryngologiczne) przeprowadzają procesy sterylizacji w autoklawach typu grawitacyjnego lub próżniowego. Kontrola procesu sterylizacji prowadzona jest w formie dokumentacji cyklu, która zawiera wynik procesu sterylizacji (wskaźnik chemiczny i biologiczny). Podmioty wykonywały kontrole skuteczności procesu sterylizacji z zastosowaniem wskaźników biologicznych z częstotliwością raz lub dwa razy w miesiącu. Sprzęt i materiał po sterylizacji przechowywany był w przeznaczonych do tego szufladach lub szafkach. Pakiety ze sterylnymi narzędziami posiadały aktualny termin ważności oznaczony opisem ręcznym, pieczętką lub wydrukiem z metkownicy.



Wszystkie skontrolowane podmioty posiadają opracowane i wdrożone procedury dezynfekcyjne. Podczas kontroli stwierdza się właściwy dobór środków dezynfekcyjnych, ich stężenie oraz znajomość zasad i sposobu dezynfekcji. Roztwory robocze środków dezynfekcyjnych przygotowywane są na bieżąco przez personel, przetrzymywane w pojemnikach opisanych, pod przykryciem. Zaopatrzenie w środki dezynfekcyjne pod względem ilości i asortymentu było wystarczające. Dezynfekcję sprzętu wielokrotnego użycia prowadzono w specjalnie do tego wydzielonych i opisanych pojemnikach z przykrywkami oraz sitem, dostosowanych do ilości oraz rodzaju dezynfekowanego sprzętu. Sprzęt i narzędzia poddawano procesowi mycia w sposób manualny. Najczęściej stwierdzane nieprawidłowości dotyczyły: braku aktualizacji lub błędnych zapisów procedur dezynfekcyjnych w zakresie mycia narzędzi i sprzętu; braku dokumentacji planu dezynfekcji; braku wyposażenia osób przeprowadzających czynności mycia i dezynfekcji powierzchni w środki ochrony indywidualnej przewidziane na tym stanowisku stosownie do zagrożenia (fartuch, rękawice i maseczka); braku aktualnego wykazu stosowanych preparatów myjących i dezynfekcyjnych oraz wykazu osób odpowiedzialnych za czynności mycia i dezynfekcji w pomieszczeniach świadczeń zdrowotnych; braku środka do dezynfekcji rąk, preparatu do dezynfekcji powierzchni, braku pojemnika na roztwory użytkowe preparatów dezynfekcyjnych.

Wyżej wymienione nieprawidłowości ujęte zostały w decyzjach administracyjnych.

Utrzymanie czystości i porządku w podmiotach lecznictwa ambulatoryjnego jest prowadzone przez przeszkolonych pracowników medycznych, osoby sprzątające zatrudnione przez podmioty lecznicze lub firmy świadczące usługi w zakresie sprzątania i dezynfekcji pomieszczeń. Podczas przeprowadzanych kontroli stwierdzono: brak zlewu, brak umywalki z baterią i dozownikiem ze środkiem dezynfekcyjnym w pomieszczeniu porządkowym, brudowniku; brak środka do dezynfekcji rąk w gabinecie zabiegowym, lekarskim, pomieszczeniu porządkowym. Każdorazowo w przypadku stwierdzenia uchybień wydawano decyzje z nakazem ich usunięcia.

Pomieszczenia pracy kontrolowanych podmiotów w większości posiadają wentylację grawitacyjną. Pomieszczenia wyposażone w sprzęt specjalistyczny, którego praca wymaga stałej temperatury powietrza oraz nieliczne poradnie specjalistyczne posiadają klimatyzatory.

Podczas przeprowadzanych kontroli sprawdzano również dokumentację zdrowotną zatrudnionych pracowników - w jednym obiekcie stwierdzono brak badań do celów sanitarno-epidemiologicznych oraz profilaktycznych badań zdrowotnych personelu.

Stan sanitarno-techniczny oraz wyposażenie podmiotów lecznictwa ambulatoryjnego, podobnie jak w przypadku szpitali, w dalszym ciągu jest zróżnicowany. Do najczęściej występujących nieprawidłowości należy zaliczyć:

- niewłaściwy stan sanitarno-techniczny powierzchni ścian i/lub sufitów (ubytki farby i/lub tynku, zacieki, pęknięcia, zabrudzenia, ubytki fug i płytek ściennych) w gabinetach lekarskich i specjalistyczno-zabiegowych, sanitariatach, rejestracjach, poczekalniach, pomieszczeniach porządkowych, gospodarczych, korytarzach, szatni,
- niewłaściwy stan sanitarno-techniczny podłóg (pęknięcia, ubytki płytek, zniszczona podłoga lastriko)

- w gabinetach zabiegowych, poradniach, sanitariatach, poczekalniach, pomieszczeniu porządkowym, w korytarzu,
- brak połączenia ścian i podłóg w sposób umożliwiający mycie i dezynfekcję,
 - zniszczona, wyeksploatowana armatura sanitarna i ceramiczna, skorodowana zewnętrzna powierzchnia rur kanalizacyjnych,
 - zniszczona, niedomykająca się stolarka drzwiowa,
 - zniszczone z ubytkami meble i sprzęty stanowiące wyposażenie rejestracji, gabinetów zabiegowych, lekarskich, poradni, poczekalni, pomieszczeń porządkowych i socjalnych,
 - wyposażenie gabinetów w meble o powierzchni trudno zmywalnej, uniemożliwiającej ich właściwe mycie i dezynfekcję,
 - brak zapewnienia ciepłej wody przy stanowiskach mycia i dezynfekcji rąk w gabinecie diagnostyczno-zabiegowym, pomieszczeniu porządkowym, wc dla pacjentów, wc dla personelu,
 - brak wydzielonego pomieszczenia dla pielęgniarek środowiskowych,
 - brak stanowiska do wypełniania dokumentacji,
 - zbyt mała powierzchnia blatów roboczych przy fotelach do pobierania krwi w punkcie pobrań materiału do badań,
 - brak szafy/szafek na dokumentację medyczną, materiały opatrunkowe, preparaty i środki do sprzątania, rzeczy prywatne pracowników,
 - brak osłon na lampach sufitowych w gabinetach, poczekalniach, łazienkach i pomieszczeniach porządkowych,
 - brak pokryw na pojemnikach przeznaczonych na odpady medyczne i komunalne.

Wyżej wymienione nieprawidłowości ujęto w decyzjach pokontrolnych.

W wyniku realizacji nakazów wydawanych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w drodze decyzji administracyjnych oraz realizacji zadań ujętych w programach dostosowawczych w wielu podmiotach lecznictwa ambulatoryjnego stwierdzono poprawę stanu sanitarno-technicznego. Część

podmiotów wykonujących działalność leczniczą zostało przeniesionych do nowych pomieszczeń o wysokim standardzie technicznym i sanitarnym. Pomieszczenia są funkcjonalne, dobrze zorganizowane zarówno w części medycznej, jak i zaplecza sanitarno-higienicznego oraz gospodarczego. Meble oraz sprzęt stanowiące wyposażenie posiadają powierzchnie gładkie, łatwe do utrzymania w czystości oraz odporne na działanie środków dezynfekcyjnych.

Niektóre podmioty lecznictwa otwartego, posiadające opracowane programy dostosowania do wymogów określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2012r. Poz. 739) z powodów finansowych nie wywiązały się z założeń swoich programów do końca 2017 roku. Najczęściej występującymi nieprawidłowościami objętymi programami dostosowania były:

- brak wydzielonego pomieszczenia porządkowego i wydzielonego miejsca na odpady,
- brak bezpośredniego dostępu pacjentek do kabiny higieny osobistej w gabinecie ginekologicznym,
- brak przystosowania obiektu do potrzeb osób niepełnosprawnych.

W czasie przeprowadzanych kontroli sprawdzano również realizację działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych oraz ocenę prowadzonej dokumentacji tych działań. Do najczęściej stwierdzanych nieprawidłowości w tym zakresie należały: brak stosowania procedury dekontaminacji powierzchni, brak właściwego procesu dekontaminacji narzędzi stomatologicznych, brak okresowego raportu o bezpieczeństwie i higienie pracy w zakresie zranień personelu ostrymi narzędziami, brak opracowanej oceny ryzyka zawodowego dla stanowiska sprzątająca i pielęgniarka oraz brak procedur BHP. Nieprawidłowości te ujęte zostały w decyzjach pokontrolnych i zaleceniach.

Stan sanitarny podmiotów wykonujących działalność leczniczą

Praktyki zawodowe: indywidualne, indywidualne specjalistyczne i grupowe praktyki lekarskie, lekarzy dentystów, pielęgniarek i inne

Stan sanitarny skontrolowano w 1645 (53 %) obiektach praktyk lekarskich, lekarzy dentystów, pielęgniarek i innych spośród 3078 ujętych w ewidencji (w roku 2016 – 52 %). Negatywnie oceniono 7 w tym: 5 pod względem higieniczno-sanitarnym i technicznym i 2 pod względem technicznym.

dezynfekcyjnym; sprawność wentylacji. Kontrola obejmowała również sprawdzenie opracowanych procedur, dotyczących powyższych zagadnień.

Kontrola działalności leczniczej wykonywanej przez praktyki zawodowe

Podczas przeprowadzania kontroli indywidualnych praktyk lekarzy dentystów w czterech obiektach wydano decyzje administracyjne z rygorem natychmiastowej wykonalności dotyczące zaprzestania wykonywania świadczeń medycznych do czasu zaopatrzenia w sterylne narzędzia, wstrzymania

Wyszczególnienie	Liczba urządzeń i obiektów				
	według ewidencji na 31 XII	skontrolowanych			
		ogółem	higieniczn o- sanitarny i techniczny m	tylko higieniczno- sanitarnym	tylko technicznym
Ogółem	3078	1645	5	0	2
Indywidualne, specjalistyczne i grupowe praktyki lekarskie	1571	599	1	0	0
Indywidualne, specjalistyczne i grupowe praktyki lekarzy dentystów	1171	855	4	0	2
Indywidualne, specjalistyczne i grupowe praktyki pielęgniarek	224	145	0	0	0
Inne	112	46	0	0	0

Ocena stanu sanitarnego w/w gabinetów to sprawdzenie: zaopatrzenia punktów wodnych w bieżącą zimną i ciepłą wodę oraz wyposażenie ich w umywalki, dozowniki z mydłem w płynie, dozowniki ze środkiem dezynfekcyjnym, pojemniki z ręcznikami jednorazowego użycia i pojemniki na zużyte ręczniki; warunków sanitarno-technicznych pomieszczeń i ich funkcjonalność; zapewnienie właściwego ciągu technologicznego w sterylizatorni, którą stanowi wydzielone miejsce w gabinecie; postępowania z bielizną czystą i brudną, postępowania z odpadami komunalnymi i medycznymi; pomieszczenia lub miejsca porządkowego wyposażonego w zlew z baterią i dozownik ze środkiem



wykonywania sterylizacji wyrobów medycznych wielokrotnego użycia w autoklawie do czasu uzyskania ujemnego wyniku badań skuteczności procesu sterylizacji, poddania autoklawu

Stan sanitarny podmiotów wykonujących działalność leczniczą

przeeglądowi technicznemu, powiadomienia podmiotów, którym gabinet świadczy usługi sterylizacji o zakazie używania narzędzi. Decyzje te zostały wykonane.

Inne nieprawidłowości stwierdzone w gabinetach indywidualnych praktyk lekarzy dentyków dotyczyły:

- braku regularnej wewnętrznej kontroli procesu sterylizacji wskaźnikami biologicznymi,
- braku procedur postępowania w przypadku skażenia powierzchni materiałem biologicznym lub niestosowania opracowanych procedur sprzątnięcia i dezynfekcji pomieszczeń,
- braku profesjonalnych preparatów do dezynfekcji powierzchni,
- stosowania sprzętu jednorazowego użytku wielokrotnie,
- zapewnienia jednokierunkowego ciągu technologicznego w pomieszczeniu gdzie przeprowadzana jest sterylizacja,
- niesprawnej wentylacji mechanicznej wyciągowej w pomieszczeniu porządkowym,
- złego stanu sanitarno-technicznego powierzchni ścian, sufitów i podłóg oraz drzwi i blatu roboczego.

Nieprawidłowości stwierdzano również w gabinetach indywidualnych praktyk lekarskich, dotyczyły one:

- braku regularnej wewnętrznej kontroli procesu sterylizacji wskaźnikami biologicznymi,
- braku procedur zapobiegania zakażeniom i chorobom zakaźnym,
- złego stanu sanitarno-technicznego ścian, sufitów i podłóg,
- złego stanu sanitarno-technicznego wyposażenia: krzesła, foteli,
- braku wentylacji mechanicznej wyciągowej w pomieszczeniu socjalnym z szatnią pracowników,
- zapewnienia wyodrębnienia pomieszczeń gabinetu od pomieszczeń budynku wykorzystywanych do innych celów.

W gabinetach indywidualnych i grupowych praktyk pielęgniarek nie stwierdzano nieprawidłowości, jedynie w jednym gabinecie położnej środowiskowo-rodzinnej stwierdzono brak wydzielonego pomieszczenia lub miejsca porządkowego wyposażonego w zlew z baterią i dozownik z mydłem i środkiem dezynfekcyjnym.

Każdorazowo w przypadku stwierdzenia uchybień wydawano decyzje lub zalecenia z nakazem ich usunięcia.

