

Stan sanitarny podmiotów wykonujących działalność leczniczą



Państwowa Inspekcja Sanitarna w 2019 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. W minionym roku skontrolowano 2908 (58,1 %) podmiotów prowadzących działalność leczniczą w stacjonarnych i całodobowych, ambulatoryjnych oraz działalność leczniczą wykonywaną przez praktyki zawodowe spośród 5005 ujętych w ewidencji, co wynikało z opracowanych planów kontroli.

W okresie sprawozdawczym dobry stan sanitarny, rozumiany jako stwierdzenie w trakcie ostatniej kontroli braku uchybień pod względem wymagań higienicznych, sanitarnych i technicznych, skutkujących wszczęciem postępowania administracyjnego, stwierdzono w 2843 podmiotach leczniczych, co stanowiło 97,7 % wszystkich skontrolowanych obiektów. Nieprawidłowości sanitarne i techniczne, rzutujące na stan sanitarny placówek stwierdzono w 65 podmiotach, co

stanowiło 2,2 % skontrolowanych obiektów. Postępowanie administracyjne obejmowało wydanie decyzji administracyjnej i/lub nałożenie grzywny w drodze mandatu karnego.

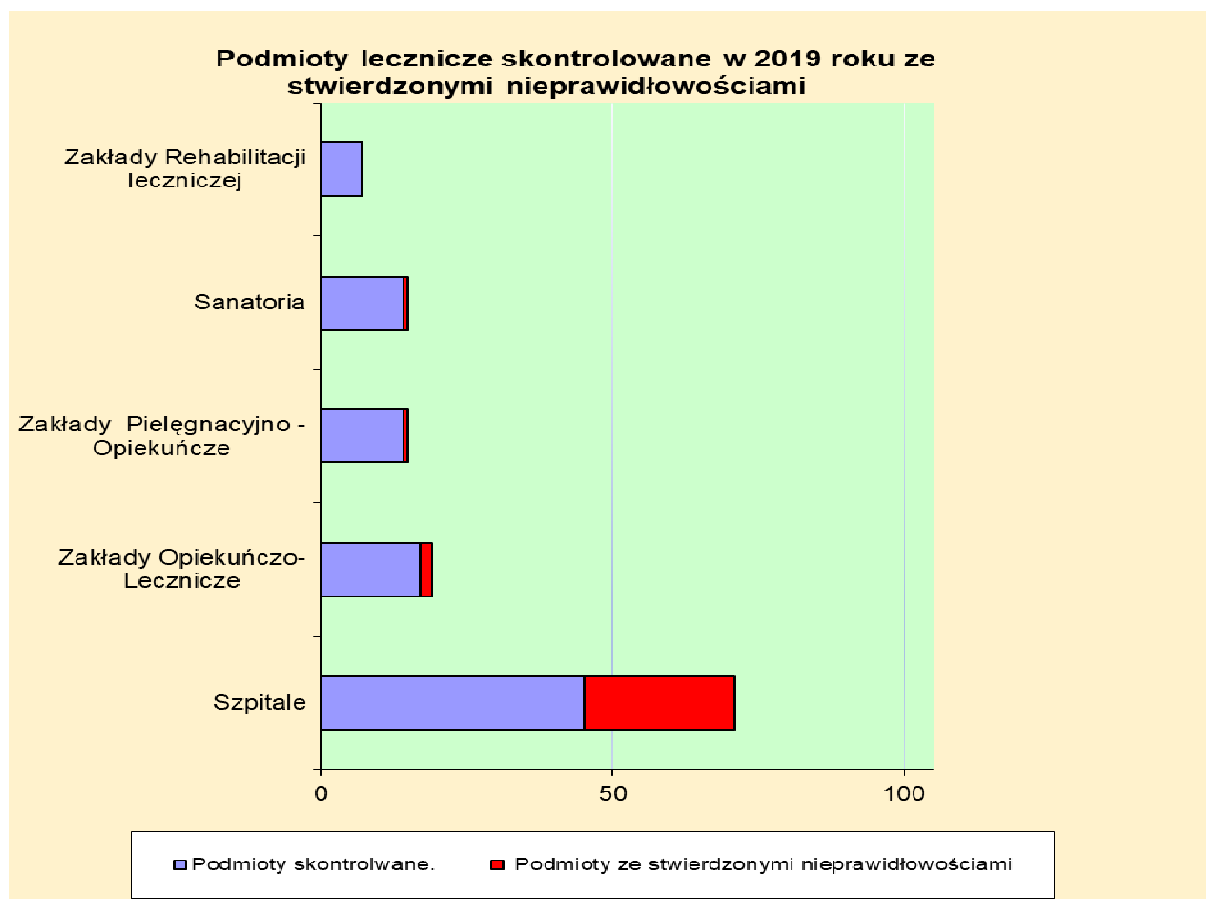
Stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne

Warunki lokalowo-techniczne

Państwowa Inspekcja Sanitarna województwa podkarpackiego nadzorowała w 2019 r. 146 podmiotów leczniczych wykonujących stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne: 56 szpitali (w tym 14 szpitali jednodniowych i 3 szpitale uzdrowiskowe), 21 zakładów opiekuńczo-leczniczych, 14 zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych, 9 zakładów rehabilitacji leczniczej, 24 sanatoria, 11 hospicjów, oraz 11 podmiotów zakwalifikowanych jako inne (w tym m.in. stacje dializ).

W ramach nadzoru bieżącego przeprowadzono 112 kontroli z uwzględnieniem: stanu technicznego rzutującego na stan sanitarny, opracowanych procedur zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych oraz dostosowania pomieszczeń do wymogów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. (Dz. U. z 2019 r. poz. 595) a także rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 kwietnia 2012 r. w sprawie określenia wymagań, jakim powinny odpowiadać zakłady i urządzenia lecznictwa uzdrowiskowego (Dz. U. z 2018 r. poz. 496).

Skontrolowano 45 szpitali z spośród 56 znajdujących się w ewidencji. W 26 stwierdzono nieprawidłowości w tym w 1 szpitalu jednodniowym, z 17 skontrolowanych zakładów opiekuńczo-leczniczych w 2 stwierdzono nieprawidłowości, z 14. zakładów pielęgnacyjno - opiekuńczych w 1 stwierdzono nieprawidłowości, z 14 skontrolowanych sanatoriów w 1 stwierdzono nieprawidłowości, skontrolowano 7 zakładów rehabilitacji leczniczej w których nie stwierdzono nieprawidłowości.



Stwierdzone nieprawidłowości były przedmiotem prowadzonych postępowań administracyjnych w stosunku do podmiotów leczniczych celem ich usunięcia. Nieprawidłowości stwierdzone w podmiotach leczniczych stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych dotyczyły głównie niespełnienia wymagań higieniczno - sanitarnych i technicznych. do których należą m.in.: uszkodzenia, ubytki farby i tynku oraz zacieki na ścianach i sufitach w salach pacjentów, sanitariatach, uszkodzenia i nieszczelności oraz nierówności wykładziny podłogowej w pokojach pacjentów, pokojach zabiegowych, korytarzach, zniszczona stolarka drzwiowa i okienna, brak dezynfektora basenów i kaczek.

Nieprawidłowości w zakresie działań mających na celu zapobieganie szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych obejmowały zagadnienia dotyczące: systematyczności spotkań / posiedzeń komitetu kontroli zakażeń szpitalnych, bieżącego monitorowania zakażeń szpitalnych i czynników

alarmowych związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, systematycznej weryfikacji polityki antybiotykowej na podstawie lokalnej sytuacji epidemiologicznej tzw. „mapy epidemiologicznej” szpitala, szkoleń wstępnych z zakresu zapobiegania zakażeniom szpitalnym dla pracowników nowo zatrudnionych, uczniów, studentów przed dopuszczeniem do pracy na stanowisku pracy, zarządzenia/procedury w sprawie wykonywanie mikrobiologicznych badań przesiewowych u pacjentów przyjmowanych do szpitali, przestrzegania wymagań procedury / standardu w zakresie higieny rąk, tj. brak przygotowania do wykonania procedury poprzez posiadanie na dłoniach biżuterii, długich paznokci, sztucznych paznokci, długi rękaw.

Wywiązywanie się z obowiązków wynikających z ww. zagadnień, jest niezbędne w celu minimalizacji zagrożeń związanych z zapewnieniem bezpieczeństwa pacjentów w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych przez podmioty lecznicze.

Pomimo stwierdzonych nieprawidłowości w 2019 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. W wyniku realizacji programów rozbudowy i modernizacji, uruchomiono nowe bloki operacyjne, spełniające obowiązujące standardy. Nowe Bloki Operacyjne utworzono w Strzyżowie, Dębicy, Sanoku, Kolbuszowej, Łąncucie i Stalowej Woli. Centralne Sterylizatornie, posiadające trzy strefy, oddano do użytku w Dębicy, Sanoku, Kolbuszowej, Stalowej Woli.

W 2019r. PPWIS wydał 16 decyzji administracyjnych dotyczących naruszenia wymagań higieniczno-sanitarnych, wynikających z braku realizacji wymogów zawartych w postanowieniach stwierdzających znaczny wpływ na bezpieczeństwo pacjentów, w związku z niezrealizowaniem założeń Programów Dostosowania. W większości szpitali pomieszczenia Bloku Operacyjnego i Centralnej Sterylizatorni spełniają wymagania określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 marca 2019r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. Z 2019r. Poz 595).

Pięć szpitali w całości wykonało obowiązki nałożone przedmiotowymi decyzjami.

Konieczność realizacji prac budowlanych, modernizacji i reorganizacji w kontrolowanych podmiotach wynikała z obowiązku dostosowania ich do wymogów przepisów prawa i była niezbędna w celu dostosowania do wymagań odpowiednim do rodzaju wykonywanej działalności leczniczej oraz rodzaju udzielanych świadczeń zdrowotnych oraz poprawy bezpieczeństwa pacjentów.

Podmioty lecznicze, które nie zrealizowały zaleceń w wyznaczonym terminie występowały do PPWIS z prośbą o przesunięcie terminu realizacji zaleceń



zawartych w decyzjach. Na wniosek stron PPWIS zmieniał ww decyzje, wyznaczając nowe terminy realizacji obowiązków.

Działalność szpitalnych zespołów do spraw zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych

W szpitalach i podmiotach leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne, kierownicy 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 szpitali którzy w większości przypadków spełniali 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 obiektach objętych nadzorem 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 w celu ograniczenia rozprzestrzeniania zakażeń szpitalnych poprzez weryfikowanie i nadzór nad stosowanymi procedurami oraz zastosowanie skutecznych metod oceny podejmowanych działań.

Poddano również analizie sposób opracowywania i aktualizację standardów farmakoprolaktyki i farmakoterapii zakażeń i chorób zakaźnych w szpitalu. Ocenę wyników kontroli wewnętrznych polityki antybiotykowej w większości szpitali przeprowadza zespół do spraw antybiotykoterapii lub Komitet ds. terapeutycznych, Komitet Terapeutyczny. Zespoły są powołane zarządzeniem Dyrektora podmiotu leczniczego. W zakresie czynności zespołu do spraw antybiotykoterapii jest opracowanie receptariusza szpitalnego, który uwzględnia wytyczne stosowania

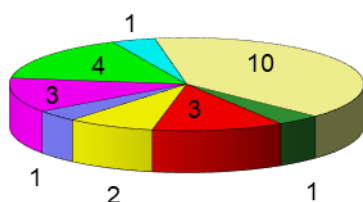
antybiotyków w wybranych sytuacjach klinicznych. Aktualizacja receptariusza szpitalnego jest przeprowadzana średnio raz w roku. Ponadto w części szpitali Komitet Terapeutyczny prowadzi konsultacje w zakresie właściwego stosowania antybiotyków oraz monitoruje stosowanie antybiotyków na podstawie wydruku zużytych antybiotyków z apteki szpitalnej.

W 2019 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 obowiązkami.

W 2019 r. w zakładach lecznictwa zamkniętego odnotowano 24 ogniska epidemiczne, w tym 8 ognisk o etiologii wirusowej (wirus grypy typ A (1); Rotawirus (3); Norowirus (4)), 11 ognisk o etiologii bakteryjnej (Pseudomonas aeruginosa MBL (+) (1); Clostridioides difficile (10)) ognisko wywołane przez świerzbowca oraz 3 ogniska o nieustalonej etiologii. Ponadto wykazano dwie transmisje kolonizacji Klebsiella MBL i Klebsiella KPC.

W związku z wystąpieniem ognisk epidemicznych i transmisji kolonizacji w podmiotach leczniczych podjęto następujące działania: wstrzymano przyjęcia pacjentów oraz odwiedzin, zweryfikowano procedury medyczne redukujące transmisję drobnoustrojów, przeprowadzono szkolenia personelu na stanowiskach pracy.

Ogniska epidemiczne w placówkach lecznictwa zamkniętego w 2019 roku.



- Wirus grypy typ A
- Rotawirus
- Norowirus
- Ogniska o etiologii bakteryjnej, Pseudomonas aeruginosa MBL (+)
- Clostridioides difficile
- Ognisko wywołane przez świerzbowca
- Ognisko o nieustalonej etiologii.
- Kolonizacja Klebsiella MBL i Klebsiella KPC.

Opracowanie i wdrożenie procedur

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 większości 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 stwierdzono nieliczne 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.

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 godzinny zapas wody, dla kilku rezerwowym źródłem zaopatrzenia w wodę są własne ujęcia ze studni głębinowej lub wodociągi sieciowe. W dwóch szpitalach obowiązuje decyzja nakazująca zapewnienie rezerwowego źródła wody.

Podczas przeprowadzonych kontroli szpitali kwestionowano stan sanitarno-techniczny pomieszczeń hydroforni, zbiornika rezerwowego wody, wnętrza studni, włączów do zbiorników, kominka wentylacyjnego, pokrywy studni,

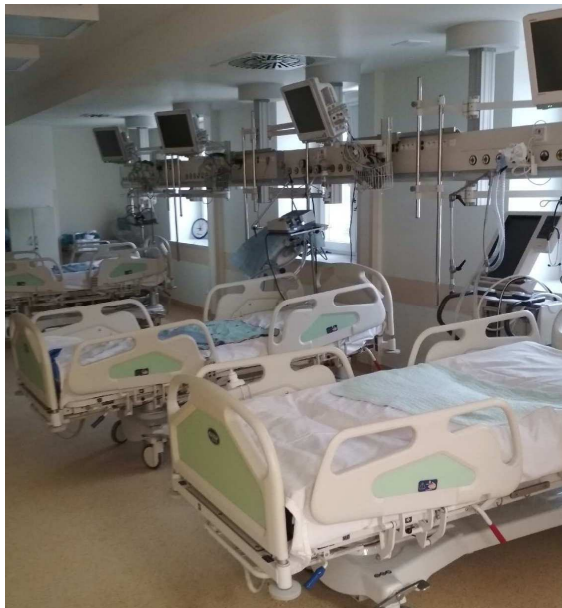
stwierdzono brak odnotowanych zapisów z czyszczenia i dezynfekcji zbiorników służących do gromadzenia wody czystej. Wyżej wymienione nieprawidłowości ujęte zostały w wydanych decyzjach.

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 sitem, dostosowanych do ilości dezynfekowanego sprzętu. Mycie i dezynfekcja narzędzi i sprzętu odbywa się w większości podmiotów w sposób manualny oraz coraz częściej także maszynowy w obrębie centralnej sterylizatorni.

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 2019r. poz. 662).





Sterylizacja

Wszystkie nadzorowane szpitale mają możliwość wykonywania sterylizacji sprzętu, posiadają centralną sterylizatornię, lokalną sterylizatornię lub punkty sterylizacyjne.

Szpitale w Lubaczowie, Nisku, Łańcucie, Dębicy, Jasle, Brzozowie, Jarosławiu, Leżajsku, Kolbuszowej, Krośnie, Mielcu, Nisku, Sanoku, Stalowej Woli, Tarnobrzegu w 2019r. dostosowały centralne sterylizatornie zgodne z wymogami obowiązujących przepisów prawa i wytycznymi poprzez zapewnienie trzech stref: brudną, czystą i sterylną.

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 lub zawarły umowy w zakresie sterylizacji sprzętu z inną placówką. Również w przypadku braku autoklawów niskotemperaturowych szpitale zawierały umowę na usługi sterylizacyjne z innymi placówkami.

W autoklaw niskotemperaturowy wyposażone są szpitale : Brzozów, Dębica, Jasło, Kolbuszowa, Krosno, 1 szpital w Przemyślu, 3 szpitale w Rzeszowie, Przeworsk, Sanok.

Sterylizatornie szpitalne wyposażone są głównie w sterylizatory typu parowego

oraz sterylizatory nisko temperaturowe. 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 zgodnie z przyjętymi procedurami kontroli procesu. Wskaźniki biologiczne stosowane były celem kontroli skuteczności procesu sterylizacji autoklawu jeden raz w tygodniu lub częściej zgodnie z obowiązującą w placówce procedurą (obecnie nieliczne placówki), stosują wskaźnik biologiczny jeden raz w miesiącu.

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.

Sterylny sprzęt i materiał przechowywany był prawidłowo z zachowaniem terminu ważności. Sprzęt i narzędzia do i po sterylizacji transportowane były w przeznaczonych do tego celu odpowiednio opisanych pojemnikach, kontenerach podlegających myciu i dezynfekcji.



Gospodarka odpadami

We wszystkich skontrolowanych szpitalach segregacja odpadów medycznych 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.

We wszystkich skontrolowanych szpitalach odpady medyczne przechowywane są poza miejscem ich powstania w przystosowanym do tego celu pomieszczeniu. Nie wszystkie szpitale uporały się z dostosowaniem pomieszczeń, w których przechowywane są odpady medyczne do obowiązującego w tym zakresie rozporządzenia Ministra Zdrowia.

W stosunku do roku 2018 notuje się jednak nieznaczną poprawę. Nieprawidłowości stwierdzono jedynie w 11 z 44 skontrolowanych w tym zakresie szpitali.

Każdorazowo w przypadku stwierdzenia nieprawidłowości wydawano decyzje lub zalecenia z nakazem ich usunięcia. W 4 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.

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. Jedynie 6 szpitali pierze bieliznę i pościel we własnych pralniach.

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



- brak środka transportu z przestrzenią zamkniętą do przewozu bielizny czystej z wyraźnym oznaczeniem identyfikującym ich przeznaczenie,
- niewłaściwy stan sanitarno-techniczny powierzchni ścian, sufitów,
- niezgodne z zapisami procedury postępowanie z bielizną czystą, przez co bielizna jest narażona na wtórne skażenie,

- brak pomieszczenia mycia i dezynfekcji wózków przeznaczonych do transportu bielizny czystej i brudnej.

W związku ze stwierdzonymi w 5 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.

Instalacje i urządzenia wentylacji mechanicznej i klimatyzacji

Większość szpitali przeprowadza okresowe przeglądy wentylacji mechanicznej i klimatyzacji przez zewnętrzne firmy specjalistyczne lub wykwalifikowany personel zatrudniony przez podmioty lecznicze.

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 pomieszczeniach prosektorium, odbiór przez rodzinę i wyspecjalizowaną firmę. Wszystkie działania odbywają się z poszanowaniem godności osoby zmarłej.

Narażenia i choroby zawodowe w placówkach służby zdrowia.

W 2019 r. na terenie województwa podkarpackiego stwierdzono ogółem **43** choroby zawodowe, z czego **6** przypadków dotyczyło pracowników służby zdrowia. 3 stwierdzone schorzenia zawodowe związane były z obciążeniem obwodowego układu nerwowego wywołanego sposobem wykonywania pracy pod postacią zespołu cieśni w obrębie nadgarstka u 2 masażyistów oraz lekarza stomatologa. U 2 pielęgniarek rozpoznano wirusowe zapalenie wątroby typu C i gruźlicę wiążąc je z narażeniem zawodowym na szkodliwe czynniki biologiczne w miejscu pracy. 1 salowa zachorowała na alergiczne zapalenie skóry rąk związane z używaniem w środowisku pracy substancji chemicznych wykazujących działanie alergizujące.

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 1378 podmiotów leczniczych wykonujących ambulatoryjne świadczenia zdrowotne spośród 1919 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 i pojemniki na ręczniki jednorazowego użycia,
- gospodarkę odpadami medycznymi i komunalnymi,
- postępowanie z bielizną brudną i czystą,
- zapewnienie sterylizacji narzędzi, sprzętu i materiałów medycznych
- zapewnienie pomieszczenia lub miejsca porządkowego,
- procedury utrzymania czystości, dezynfekcji, mycia narzędzi i sprzętu medycznego, sterylizacji, sprzątnięcia i dezynfekcji pomieszczeń,
- funkcjonowanie instalacji wentylacyjnej i klimatyzacji,
- stan sanitarno – higieniczny pomieszczeń i ich funkcjonalność,

- realizację działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych oraz ocenę prowadzonej dokumentacji tych działań.

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 66 podmiotach leczniczych (4,3% skontrolowanych obiektów), w tym 27 pod względem technicznym, co stanowi 1,9 % skontrolowanych.

Tabela - działalność kontrolna w podmiotach wykonujących ambulatoryjne świadczenia lecznicze

Wyszczególnienie		Liczba urzędzeń i obiektów				
		według ewidencji na 31 XII	skontrolowanych			
			Ogółem	ze stwierdzonym nieprawidłowym stanem		
			higieniczno-sanitarnym i technicznym	tylko higieniczno-sanitarnym	tylko technicznym	
Ogółem		1919	1378	36	3	27
ambulatoryjne świadczenia zdrowotne	Przychodnie, ośrodki zdrowia, poradnie, ambulatoria z izbą chorych, lecznice	1257	980	33	2	23
	Zakłady badań diagnostycznych i medyczne laboratoria diagnostyczne	77	48	2	0	0
	Zakłady rehabilitacji leczniczej	284	168	1	0	3
	Inne	300	182	0	1	1

Skontrolowane podmioty wykonujące działalność leczniczą z rodzaju ambulatoryjne świadczenia zdrowotne zaopatrywane są w wodę głównie z wodociągów sieciowych, pozostających pod stałym nadzorem

szluzb 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. Najczęściej występujące nieprawidłowości to:

- nieprawidłowe oznakowanie identyfikujące odpady i brak procedur postępowania z odpadami oraz urządzenia chłodniczego do przechowywania odpadów medycznych,
- brak podajnika z rękawiczkami jednorazowymi, dozownika z preparatem do dezynfekcji rąk oraz z mydłem, pojemnika na zużyte rękawiczki,
- brak miejsca przeznaczonego do dezynfekcji, mycia i przechowywania środków transportu wewnętrznego odpadów medycznych,

Skontrolowane w 2019 roku podmioty wytwarzające odpady, w większości 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.

Postępowanie z bielizną w podmiotach wykonujących działalność leczniczą z rodzaju ambulatoryjne świadczenia zdrowotne regulują opracowane i wdrożone procedury. Placówki posiadają wydzielone, oznakowane pojemniki do przetrzymywania bielizny brudnej, wyłożone wsadami z worków jednorazowego użytku i usytuowane w pomieszczeniach porządkowych. Czystą bieliznę przetrzymywano w wydzielonych szafkach. Większość podmiotów stosuje 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 2019 r. w dwóch skontrolowanych obiektach stwierdzono nieprawidłowości związane z brakiem do wglądu dokumentacji potwierdzającej usługi pralnicze odzieży ochronnej personelu oraz brakiem prawidłowych warunków przetrzymywania odzieży osobistej i ochronnej.

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.

Óśrodki 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. Skuteczność procesu sterylizacji oceniana jest w ramach kontroli wewnętrznej za pomocą wskaźników chemicznych i biologicznych. Podmioty wykonywały kontrole skuteczności procesu sterylizacji z zastosowaniem biologicznych wskaźników z częstotliwością raz lub dwa razy w miesiącu. Sprzęt i materiał po sterylizacji przechowywany był w przeznaczonych do tego szufladach lub szafach. Pakiety ze sterylnymi narzędziami posiadały aktualny termin ważności oznaczony opisem ręcznym, pieczętką lub wydrukiem z metkownicy. Placówki sukcesywnie wycofują z użytku wyeksploatowany sprzęt do sterylizacji, zamieniając go nowoczesnym, dostosowanym do obowiązujących standardów.

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.

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 sprząkania i dezynfekcji pomieszczeń. Podczas przeprowadzanych kontroli stwierdzono: brak dostępu do bieżącej wody oraz wyposażenia w zlew z baterią i dozownikiem środka dezynfekcyjnego w pomieszczeniu porządkowym, wózki serwisowe do sprząkania pomieszczeń przychodni skorodowane, ze zniszczonymi wiadrami, trudne do utrzymania w czystości. Każdorazowo w przypadku stwierdzenia uchybień wydawano decyzje z nakazem ich usunięcia.

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

Podczas przeprowadzanych kontroli sprawdzano również dokumentację zdrowotną zatrudnionych pracowników. Wszyscy pracownicy posiadali odpowiednie zaświadczenie.

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, sufitów, podłóg, brak wentylacji w pomieszczeniu poczekalni, brak dostępności i przystosowania obiektu do potrzeb osób niepełnosprawnych.

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 dobrym 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 2019 roku. Najczęstszymi nieprawidłowościami objętymi programami dostosowania były:

- dostosowanie otworów drzwiowych i wstawienie drzwi o szer. 0,9 m we wszystkich pomieszczeniach,
- brak bezpośredniego dostępu pacjentek do kabiny higieny osobistej w gabinecie ginekologicznym,
- wymiana instalacji zimnej i ciepłej wody oraz kanalizacyjnej połączona z montażem nowej armatury i wymianą urządzeń,
- 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 przeprowadzania kontroli wewnętrznej w obszarze realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych oraz sporządzania raportów zgodnie z obowiązującymi przepisami, brak

stosowania procedury dekontaminacji powierzchni. Nieprawidłowości te ujęte zostały w decyzjach pokontrolnych i zaleceniach.

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

Stan sanitarny skontrolowano w 1419 (48 %) obiektach praktyk lekarskich, lekarzy dentystów, pielęgniarek i innych spośród 2943 ujętych w ewidencji. Negatywnie oceniono 11 w tym: 5 pod względem higieniczno-sanitarnym i technicznym, 5 pod względem higieniczno -sanitarnym i 1 pod względem technicznym.

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

Tabela- kontrola działalności leczniczej wykonywanej przez praktyki zawodowe

Wyszczególnienie	Liczba urządzeń i obiektów				
	według evidenc ji na 31 XII	skontrolowanych			
		ogółem	ze stwierdzonym nieprawidłowym stanem		
			higienicz no- sanitarn ym i technicz nym	tylko higieniczn o- sanitarny m	tylko technicznym
Ogółem	2943	1419	5	1	5
Indywidualne, specjalistyczne i grupowe praktyki lekarskie	1302	771	3	0	4
Indywidualne, specjalistyczne i grupowe praktyki lekarzy dentyków	1146	808	2	1	1
Indywidualne, specjalistyczne i grupowe praktyki pielęgniarek	237	130	0	0	0
Inne	101	28	0	0	0

Podczas przeprowadzania kontroli indywidualnych praktyk lekarzy dentyków w jednym obiekcie wydano decyzję administracyjną z rygorem natychmiastowej wykonalności dotyczącą zaprzestania wykonywania świadczeń medycznych do czasu zaopatrzenia w sterylne narzędzia, wstrzymania wykonywania sterylizacji wyrobów medycznych wielokrotnego użycia w autoklawie do czasu uzyskania ujemnego wyniku badań skuteczności procesu sterylizacji, poddania autoklawu przeglądowi technicznemu, powiadomienia podmiotów, którym gabinet świadczy usługi sterylizacji o zakazie używania narzędzi. Decyzja ta została wykonana.

Inne nieprawidłowości stwierdzone w gabinetach indywidualnych praktyk lekarzy dentyków dotyczyły:

- brak aktualnego przeglądu technicznego sterylizatora i nieprawidłowa kontrola procesu sterylizacji,
- brak automatycznej rejestracji parametrów krytycznych procesu,
- brak odpowiedniego oznakowania pakietów z narzędziami po sterylizacji,
- nieprawidłowe zbieranie i magazynowanie odpadów medycznych oraz nieaktualna
-

procedura postępowania z odpadami medycznymi,

Nieprawidłowości stwierdzano również w gabinetach indywidualnych praktyk lekarskich, dotyczyły :

- braku regularnej wewnętrznej kontroli procesu sterylizacji wskaźnikami biologicznymi,
- złego stanu sanitarno-technicznego ścian, sufitów i podłóg,
- zapewnienia wyodrębnienia pomieszczeń gabinetu od pomieszczeń budynku wykorzystywanych do innych celów.

W gabinetach indywidualnych i grupowych praktyk pielęgniarek nie stwierdzano nieprawidłowości.

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

