



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Olsztynie

LOL.410.015.04.2018

Wiesław Jurgielewicz - Prezes Zarządu
GoldMedica sp. z o.o.
19-500 Gołdap, ul. Słoneczna 7

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

P/18/058 Bezpieczeństwo pacjentów przy stosowaniu antybiotykoterapii w szpitalach

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

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	GoldMedica sp. z o.o., ul. Słoneczna 7, 19-500 Gołdap, (dalej: „Szpital” lub „Spółka”).
Kierownik jednostki kontrolowanej	Wiesław Jurgielewicz, Prezes Zarządu, od 6 września 2014 r. (dalej: „Prezes”).
Zakres przedmiotowy kontroli	1. Działania podejmowane w celu racjonalizacji stosowania antybiotyków. 2. Monitorowanie zjawiska antybiotykoodporności. 3. Efekty działań podejmowanych w celu zahamowania wzrostu lekooporności drobnoustrojów.
Okres objęty kontrolą	2016-2018 r. (I połowa) z uwzględnieniem okresów wcześniejszych, jeśli zdarzenia mające wówczas miejsce miały wpływ na kontrolowany obszar
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ¹
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Olsztynie
Kontrolerzy	1. Sebastian Helbrecht, starszy inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LOL/106/2018 z 26 września 2018 r. 2. Waldemar Żarnoch, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LOL/123/2018 z 14 listopada 2018 r.

(akta kontroli str. 1-4)

OCENA OGÓLNA

II. Ocena ogólna² kontrolowanej działalności

W okresie objętym kontrolą w Szpitalu nie podjęto skutecznych działań w celu zorganizowania i wdrożenia zasad racjonalizacji stosowania antybiotyków. Nie opracowano i nie wdrożono bowiem szpitalnej polityki antybiotykowej, zalecanej przez Ministra Zdrowia. Nie opracowano także standardów farmakoterapii i farmaprofilaktyki, o których mowa w art. 15 ust. 4 pkt 3 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu i zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi³ (dalej: „ustawa o zwalczaniu zakażeń”). Zespół ds. farmakoterapii (dalej: „ZDF”) nie wywiązał się również z obowiązku opracowania Receptariusza szpitalnego lub innego dokumentu wewnętrznego zawierającego szpitalną listę leków, w tym antybiotyków oraz zasad ich stosowania.

Podkreślić jednak należy, że w Szpitalu prawidłowo prowadzono monitoring zjawiska antybiotykoodporności, wykorzystując w coraz większym stopniu laboratoryjne badania mikrobiologiczne. Świadczy o tym wzrost odsetka pacjentów hospitalizowanych, u których wykonano badania mikrobiologiczne z 13,9% w 2016 r. do 19,3% w 2017 r. i u których wykonano antybiogram odpowiednio z 2% do 3%. Stwierdzono jednak, że pacjentom POZ wymagającym przepisania kolejnego

¹ Dz. U. z 2017 r. poz. 524 ze zm., dalej: ustawa o NIK.

² Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej.

³ Dz. U. z 2016 r. poz. 1866, ze zm.

antybiotyku, lekarz nie zlecał wykonania badania mikrobiologicznego oraz antybiogramu⁴.

W Szpitalu, poprzez systematyczne gromadzenie odpowiednich danych uzyskiwano bieżące informacje o zakażeniach bakteryjnych oraz czynnikach alarmowych.

Ustalenia kontroli wskazują, że w latach 2016-2017, pomimo spadku liczby hospitalizowanych pacjentów o 12,6%, wzrosło zarówno zużycie antybiotyków o 24,4%, jak i koszty ich zużycia o 27,8%.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny częściowej⁵ kontrolowanej działalności

OBSZAR

1. Działania podejmowane w celu racjonalizacji stosowania antybiotyków

Opis stanu faktycznego

1.1. W Szpitalu zadania poszczególnych komórek organizacyjnych określone zostały w „Regulaminie Organizacyjnym GoldMedica sp. z o.o. z siedzibą w Gołdapi” (dalej: „regulamin organizacyjny”). Zgodnie z tym dokumentem za zadania dotyczące m.in. monitorowania ruchu chorych w szpitalu i przygotowanie sprawozdań statystycznych odpowiadała Izba Przyjęć, natomiast gromadzenie i analizę danych dotyczących zakażeń szpitalnych i drobnoustrojów alarmowych przypisano Pielęgniarkom epidemiologicznej. Za organizowanie zaopatrzenia Szpitala w produkty lecznicze (w tym antybiotyki), ich dystrybucję pomiędzy komórkami organizacyjnymi Szpitala odpowiadał Dział Farmacji. ZDF⁶ miał za zadanie aktualizację Receptariusza szpitalnego oraz nadzór nad polityką lekową.

(akta kontroli str. 5-29)

1.2. Pracownicy Szpitala posiadali zakresy obowiązków, w których precyzyjnie określono rodzaje wykonywanych przez nich czynności oraz zakres odpowiedzialności i uprawnień, np.: Pielęgniarka oddziałowa odpowiedzialna była za zaplanowanie kompleksowej i ciągłej opieki pielęgniarskiej. Pracownik kierujący Działem Farmacji odpowiedzialny był m.in. za nadzór nad lekami narkotycznymi i psychotropowymi.

(akta kontroli str. 30-40)

1.3. W okresie objętym kontrolą Szpital nie uczestniczył w Narodowym Programie Ochrony Antybiotyków na lata 2016 – 2020. Prezes wyjaśnił, że przyczyną nieprzystąpienia do tego programu było m.in. niespełnianie wymagań programu pilotażowego, tj. Szpital nie dysponował co najmniej 400 łózkami⁷, nie posiadał oddziału intensywnej terapii oraz nie dysponował systemem informatycznym, niezbędnym do generowania wymaganych danych.

(akta kontroli str. 41)

1.4. W Szpitalu, zgodnie z art. 14 ustawy o zwalczaniu zakażeń, powołany został Komitet ds. Kontroli Zakażeń Szpitalnych⁸ (dalej: „KKZS”) oraz Zespół ds. Kontroli Zakażeń Szpitalnych⁹ (dalej: „ZKZS”). Do zadań KKZS należało m.in. opracowanie

⁴ Ustaleń tych dokonano na podstawie badania próby dokumentacji medycznej 46 pacjentów POZ.

⁵ Oceny częściowe to oceny działalności w poszczególnych obszarach badań kontrolnych. Ocena częściowa może być sformułowana jako ocena pozytywna, ocena negatywna albo ocena w formie opisowej.

⁶ Powołany zarządzeniem nr 5/2014 Prezesa Zarządu GoldMedica sp. z o.o. z 13 marca 2014 r.

⁷ Szpital w latach 2016 – 2018 (I połowa) dysponował odpowiednio: 66, 62 i 58 łózkami.

⁸ Na podstawie zarządzenia nr 3/2005 Dyrektora Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Gołdapi z 10 lutego 2005 r. w sprawie powołania KKZS oraz zarządzenia nr 5/2016 Prezesa Zarządu GoldMedica sp. z o.o. z 15 kwietnia 2016 r. dotyczącego powołania KKZS.

⁹ Na podstawie zarządzenia nr 4/2005 Dyrektora Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Gołdapi z 10 lutego 2005 r. w sprawie powołania ZKZS oraz zarządzenia nr 4/2016 Prezesa Zarządu GoldMedica sp. z o.o. z 15 kwietnia 2014 r. dotyczącego powołania ZKZS.

i aktualizacja standardów farmakoprofilaktyki i farmakoterapii zakażeń i chorób zakaźnych w Szpitalu. ZKZS odpowiadał natomiast za opracowanie i aktualizację systemu zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych oraz szkolenie personelu w zakresie kontroli zakażeń szpitalnych. Zarówno KKZS, jak i ZKZS nie były ujęte w regulaminie organizacyjnym Szpitala. Prezes wyjaśnił, że komitety te nie zostały ujęte w ww. regulaminie, ponieważ nie są komórkami organizacyjnymi Szpitala i nie podlegają rejestracji w Wydziale Zdrowia Urzędu Wojewódzkiego w Olsztynie.

(akta kontroli str. 7-29, 42-78)

1.5 Zadania dotyczące „Szpitalnej Polityki Antybiotykowej” były realizowane przez powołane w drodze zarządzeń Prezesa: ZDF, ZKZS, KKZS i Zespół ds. Akredytacji. W celu powstrzymania szerzenia się w szpitalu szczepów bakterii stanowiących najpoważniejsze zagrożenie zdrowotne i epidemiologiczne dla hospitalizowanych pacjentów w Szpitalu opracowano „Procedurę epidemiologiczną – postępowanie w przypadku identyfikacji szczepów Enterobacteriace produkujących karbapenemazy w szczególności *Klebsiella pneumoniae* wytwarzających karbapenemazy NDM, KPC, OXA-48”. Dotyczyła ona m.in. stosowanych regulacji i postępowania w przypadku identyfikacji szczepów pałeczki jelitowej, które nabyły odporność na większość antybiotyków, w tym wykonywania badań przesiewowych u pacjentów.

Prezes wyjaśnił również, że w celu właściwej diagnostyki i terapii najczęściej występujących zakażeń, w Szpitalu korzystano z ogólnodostępnych wytycznych i rekomendacji dotyczących m.in. zakażenia układu moczowego, układu oddechowego oraz *Clostridium difficile*.

(akta kontroli str. 79-101)

1.6. W Szpitalu nie opracowano Receptariusza szpitalnego lub innego dokumentu wewnętrznego, zawierającego szpitalną listę leków i zasady ich stosowania¹⁰. Dokumentacja Szpitala w przedmiotowym zakresie nie zawierała także listy antybiotyków z wydzieleniem antybiotyków, których zalecenie wymaga autoryzacji przez kierownika komórki organizacyjnej Szpitala lub dyrektora ds. medycznych.

(akta kontroli str. 75-78, 84)

1.7. W skład ZDF wchodziło pięć osób, tj.: specjalista chirurg, Pielęgniarka epidemiologiczna, farmaceuta, specjalista chorób wewnętrznych oraz specjalista pediatra. Osoby powołane w skład KKZS, tj. Prezes Zarządu, Ordynator Oddziału Pediatrycznego, Kierujący Oddziałem Chorób Wewnętrznych, Specjalista medycyny pracy, Naczelny Lekarz oraz Specjalista do spraw mikrobiologii, spełniały kwalifikacje wymagane w art. 15 ust. 3 i 4 ustawy o zwalczaniu zakażeń, zaś Pielęgniarka epidemiologiczna była w trakcie wykonywania specjalizacji¹¹.

(akta kontroli str. 49)

1.8. Dwoje z trzech członków ZKZS pobierało dodatkowe wynagrodzenie za pełnione w nim funkcje. W badanym okresie, łączny koszt dodatkowego wynagrodzenia wyniósł 9,7 tys. zł, tj.:

- 1,9 tys. zł (wynagrodzenie jednego z członków 1,0 tys. zł, drugiego 0,9 tys. zł) w 2016 r.,
- 4,2 tys. zł (odpowiednio: 3,0 tys. zł i 1,2 tys. zł) w 2017 r.,

¹⁰ Zgodnie ze „Szpitalną Polityką Antybiotykową - Propozycja kierowana do szpitali” akceptowaną przez Ministra Zdrowia 9 listopada 2011 r. - celem wprowadzenia Receptariusza szpitalnego jest racjonalizacja stosowania antybiotyków polegająca na optymalnym wyborze leku, do poszczególnych chorób, o udowodnionej skuteczności, z uwzględnieniem skutków ubocznych i kosztów. Dokument ten powinien zawierać m.in.: szpitalną listę leków, informacje o lekach obejmującą podstawowy zakres ich stosowania oraz opcjonalnie: dawkowanie, uboczne działania niepożądane, najważniejsze interakcje z innymi lekami.

¹¹ Zdany 25 września 2018 r. egzamin państwowy specjalizacja pielęgniarstwo epidemiologiczne

– 3,6 tys. zł (3,0 tys. zł i 0,6 tys. zł) w I połowie 2018 r.

(akta kontroli str. 74)

1.9. W badanym okresie odbyło się pięć posiedzeń KKZS, w tym: jedno w 2016 r. oraz po dwa w 2017 r. i 2018 (I połowa). W tym czasie odbyło się dziewięć posiedzeń ZKZS w tym: trzy w 2016 r., cztery w 2017 r. i dwa w I połowie 2018 r.

(akta kontroli str. 60-73)

1.10. W latach 2016 – 2018 (I półrocze) ZKSZ przeprowadził sześć szkoleń dla lekarzy i personelu medycznego w zakresie profilaktyki zakażeń i racjonalnej gospodarki lekami przeciwbakteryjnymi. I tak, w:

- 2016 r. – trzy szkolenia, w którym udział wzięło 68 osób, w tym jeden lekarz,
- 2017 r. – trzy szkolenia (39 osób).

Szkolenia dotyczyły: dezynfekcji powierzchni, higieny rąk, profilaktyki zakażeń, higieny rąk w warunkach szpitalnych, sposobu postępowania z pacjentem skolonizowanym drobnoustrojem alarmowym oraz postępowania w przypadku identyfikacji KPC.

(akta kontroli str. 102)

1.11. W okresie objętym kontrolą w Szpitalu koszty zużycia antybiotyków ogółem wyniosły 193,0 tys. zł, w tym: 65,0 tys. zł w 2016 r., 82,5 tys. zł w 2017 r. (w tym w I półroczu 2017 r. 41,2 tys. zł) oraz 45,5 tys. zł w I półroczu 2018 r.

(akta kontroli str. 103)

1.12. W latach objętych kontrolą udział kosztów zużycia antybiotyków w Szpitalu stanowił:

- 24,62% w 2016 r., 26,27% w 2017 r., 25,91% w I półroczu 2017 r. i 25,90% w I półroczu 2018 r. – kosztów poniesionych na leki,
- 1,57% w 2016 r., 1,85% w 2017 r., 1,84% w I półroczu 2017 r. i 1,90% w I półroczu 2018 r. – kosztów leczenia szpitalnego, finansowanego ze środków publicznych,
- 0,92% w 2016 r., 1,07% w 2017 r., 1,09% w I półroczu 2017 r. i 1,04% w I półroczu 2018 r. – kosztów ogółem poniesionych przez Szpital.

(akta kontroli str. 103)

1.13. W Dziale Farmacji Szpitala ustalono procedurę¹² wydawania produktów leczniczych oraz wyrobów medycznych na oddziały. Zgodnie z tą procedurą wydawanie leków odbywało się na podstawie recept wystawionych przez ordynatora oddziału lub lekarza wyznaczonego do wystawiania recept. Recepty te zawierały m.in. nazwę leku i jego ilość.

(akta kontroli str. 104-115)

1.14. Dział Farmacji Szpitala (dalej: „DFS”) zakupu antybiotyków dokonywał na podstawie obowiązującego w Szpitalu Regulaminu udzielania zamówień publicznych, których wartość nie przekraczała równowartości w złotych kwoty 30 tys. euro¹³. Pracownik DFS, przed zakupem antybiotyku, dokonywał rozpoznania cenowego w trzech hurtowniach farmaceutycznych.

(akta kontroli str. 116-120)

Analiza dokumentacji dotyczącej cen 30 antybiotyków (po 10 z każdego roku objętego kontrolą) o najwyższym zużyciu wykazała m.in., że ceny zakupu opakowania w przypadku czterech z nich wynosiły:

¹² Gospodarka lekami w GoldMedica sp. z o.o. z 1 października 2014 r.

¹³ Zarządzenie nr 15/2015 Prezesa Zarządu GoldMedica sp. z o.o. z 31 grudnia 2015 r.

- Taromentin 1,2g – 6,27 zł w 2016 r. i 2017 r. oraz od 6,27 zł do 6,94 zł w 2018 r. (I połowa),
- Metronidazol – od 5,93 zł do 7,62 zł w 2016 r., od 5,93 zł do 9,46 zł w 2017 r., 7,62 zł w 2018 r. (I połowa),
- Trimesolpar – od 33,19 do 39,83 zł w 2017 r. oraz 39,83 zł w 2018 r. (I połowa),
- Biseptol 480 mg od 31,61 zł do 33,20 zł w 2016 r.

W pozostałych przypadkach ceny pozostawały na takim samym poziomie, tj.: Biofuroksym 1,5g – 11,03 zł, Biseptol 960 mg – 15,88 zł, Klarmin 500 mg – 19,96 zł, Amoksiklav 1,2g – 35,92 zł oraz Klabax 0,5g – 28,60 zł i Amotaks 1g – 13,60 zł¹⁴.

(akta kontroli str. 121-122)

1.15. W badanym okresie w Szpitalu stosowano „Indywidualną kartę zleceń lekarskich”. W karcie tej lekarz prowadzący pacjenta wpisywał nazwę i dawkę antybiotyku, częstotliwość podawania oraz datę i godzinę rozpoczęcia antybiotykoterapii. Każda podana dawka była autoryzowana przez pielęgniarkę. O dacie i godzinie zakończenia antybiotykoterapii decydował lekarz poprzez umieszczenie swojego podpisu na karcie.

(akta kontroli str. 123)

1.16. Dział Farmacji Szpitalnej, stosownie do postanowień art. 86 ust. 3 pkt 9 i 10 ustawy z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne¹⁵ (dalej: „Prawo farmaceutyczne”), uczestniczył w racjonalizacji farmakoterapii i prowadzeniu gospodarki produktami leczniczymi w Szpitalu. Odbywało się to poprzez udział w posiedzeniach ZDF oraz KKZS.

(akta kontroli str. 69-73, 116-117)

1.17. W Szpitalu wprowadzono instrukcje pobierania prób do badań mikrobiologicznych¹⁶, nie określono natomiast zasad wykonywania badań mikrobiologicznych u pacjentów hospitalizowanych. W tym celu wykorzystywano wytyczne, ogólnie dostępne takie jak np. rekomendacje zalecane przez Konsultanta Krajowego w Dziedzinie Mikrobiologii Klinicznej. Ponadto w Szpitalu opracowano procedury zapobiegawcze występowania zakażeń, które dotyczyły m.in.:

- dezynfekcji skóry przed wkłuciami do stawów i jam ciała,
- założenia i pielęgnacji cewnika moczowego,
- założenia i pielęgnacji cewnika obwodowego,
- higieny rąk,
- zasady stosowania rękawic ochronnych,
- zasady stosowania środków ochrony indywidualnej.

(akta kontroli str. 124-125)

1.18. W okresie objętym kontrolą kwestie zużycia i racjonalizacji antybiotyków na oddziałach Szpitala były omawiane na spotkaniach KKZS. Odbywało się to w ramach monitoringu bieżącej sytuacji epidemiologicznej. Kwestie dotyczące racjonalizacji stosowania antybiotyków pozostawały w gestii lekarzy.

¹⁴ W przypadku: Klabax 0,5g zużycie dotyczyło lat 2016-2017, Amotaks 1,2g i Trimesolpar lat 2017-2018 (I połowa) oraz Biseptol 2016 r., w pozostałym okresie w Szpitalu nie wykazano zużycia tych antybiotyków.

¹⁵ Dz. U. z 2017 r. poz. 2211.

¹⁶ Pobieranie i transport płwociny; Pobieranie i transport próbek moczu; Pobieranie i transport próbek kału i wymazu z odbytu; Pobieranie i transport płynu mózgowo – rdzeniowego; Pobieranie i transport próbek krwi; Pobieranie i transport wymazów z ucha; Pobieranie i transport wymazów z gardła; Pobieranie i transport wymazów z nosa; Pobieranie i transport materiałów z oka; Pobieranie i transport płynów z jam ciała; Pobieranie i transport materiału śródoperacyjnego; Pobieranie i transport wydzieliny ropnej; Pobieranie i transport wymazów z pochwy i kanału szyjki macicy; Pobieranie i transport płynów z dróg oddechowych; Przeprowadzanie sterylizacji ze sporalem i jego transport.

Prezes wyjaśnił m.in., że na spotkaniach ww. zespołu były omawiane kwestie racjonalizacji zużycia antybiotyków i efektywności szpitalnej polityki antybiotykowej oraz ustalany kierunek leczenia pacjentów, w oparciu o doświadczenia z ostatnich sześciu miesięcy. Dodał również, że dokonywanie takich analiz wymagało dyspozycji czasowej członków Zespołu. Jednak z powodu zatrudnienia ich tylko na część etatu na podstawie umów cywilnoprawnych, nie dysponowali oni czasem na dokonywanie takich analiz.

(akta kontroli str. 126-129)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. W Szpitalu do dnia zakończenia kontroli nie opracowano Receptariusza szpitalnego lub innego dokumentu wewnętrznego zawierającego szpitalną listę leków i określającego zasady ich stosowania. Tym samym brak było możliwości wypełnienia jednego z obowiązków należących do ZDF, określonych w § 2 pkt 1 i 2 zarządzenia Prezesa z 13 marca 2014 r., dotyczących aktualizacji takiego dokumentu oraz prowadzenia nadzoru nad polityką lekową.

Prezes wyjaśnił, że zadania utworzenia Receptariusza podjął się Dyrektor ds. medycznych, który w lipcu 2017 r. zrezygnował z pełnionej funkcji, do tego czasu nie wykonał powierzonego zadania. Dodał również, że Szpital nie zatrudniał na pełen etat magistra farmacji, do dokonywania bieżącej autoryzacji zleceń antybiotyków niezbędna jest natomiast osoba zatrudniona na pełnym etacie, która dostępna jest codziennie, mająca bezpośredni kontakt z lekarzami, a nie telefoniczny jak obecnie. Prezes podał także, że w wyniku redukcji etatów i restrukturyzacji, w tym likwidacji dwóch oddziałów (chirurgicznego i położniczego) nie podjęto się opracowania ww. dokumentacji.

Należy również zaznaczyć, że przepis art. 14 ust. 1 ustawy o zwalczaniu zakażeń, zobowiązuje kierownika podmiotu leczniczego do wdrożenia i zapewnienia funkcjonowania systemu zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych, obejmującego m.in.: ograniczenie narastania lekooporności biologicznych czynników chorobotwórczych w wyniku niewłaściwego stosowania profilaktyki i terapii antybiotykowej. Istotnym elementem tego systemu jest posiadanie Receptariusza szpitalnego lub innego dokumentu opracowanego przez szpital, który będzie zawierał główne wskazania do antybiotykoterapii i ograniczenia w jej stosowaniu.

(akta kontroli str. 75-78, 84, 130)

2. W analizowanym okresie nie udokumentowano żadnego posiedzenia ZDF.

Prezes wyjaśnił m.in., że członkowie ZDF spotykali się w celu omówienia bieżących problemów, nie sporządzono natomiast protokołów z tych spotkań. Brak realizacji zadań wynikał z braku dyspozycji czasowej członków zespołu, zatrudnionych na umowach cywilnoprawnych.

(akta kontroli str. 100-101)

3. W Szpitalu, do dnia zakończenia kontroli NIK, nie opracowano standardów farmakoterapii i farmaprofilaktyki, o których mowa w art. 15 ust. 4 pkt 3 ustawy o zwalczaniu zakażeń. Zgodnie z tym przepisem oraz z § 2 pkt 3 zarządzenia Prezesa Zarządu Spółki z 15 kwietnia 2016 r. zadanie to należało do KKZS.

Prezes wyjaśnił, że w Szpitalu korzystano z ogólnie dostępnych wytycznych opracowanych przez zespoły specjalistów, dotyczących m.in. diagnostyki, terapii i profilaktyki antybiotykowej zakażeń i chorób zakaźnych.

W ocenie NIK przywołany przepis ustawy o zwalczaniu zakażeń jednoznacznie wskazuje na obowiązek opracowywania i aktualizacji standardów farmakoprofilaktyki

i farmakoterapii zakażeń i chorób zakaźnych w szpitalu przez KKZS. Stosowanie ogólnodostępnych wytycznych może stanowić materiał pomocniczy i wskazówki do prawidłowej realizacji zadań.

(akta kontroli str. 75-84, 100-101)

4. Do dnia 25 października 2018 r. w Szpitalu nie ustalono procedury wydawania leków z Działu Farmacji Szpitalnej dla pacjentów szpitala. Było to niezgodne z art. 86 ust. 4 pkt 2 ustawy Prawo farmaceutyczne, stanowiącym, że wydawanie produktów leczniczych lub wyrobów medycznych przez aptekę szpitalną na oddziały oraz dla pacjenta odbywa się według ustalonych przez aptekę szpitalną procedur.

Zgodnie z tym przepisem w aptekach szpitalnych poza udzielaniem usług farmaceutycznych, ustalone są procedury wydawania produktów leczniczych lub wyrobów medycznych przez aptekę szpitalną na oddziały oraz dla pacjenta. W procedurze „Gospodarka Lekami GoldMedica sp. z o.o. w Gołdapi” w punkcie 2 określono jedynie sposób wydawania leków na oddziały.

Prezes wyjaśnił, że wynikało to z niedopatrzenia podczas tworzenia ww. procedury. W wyniku kontroli NIK w dniu 25 października 2018 r. wprowadzono nową procedurę wydawania leków, w której określono sposób wydawania leków na oddziały oraz dla pacjenta.

(akta kontroli str. 75-84, 104-117)

OCENA CZĄSTKOWA

W ocenie NIK, w latach objętych kontrolą, w Szpitalu nie podjęto stosownych działań w celu racjonalizacji stosowania antybiotyków. Nie opracowano także standardów farmakoterapii i farmaprofilaktyki, co było niegodne z art. 15 ust. 4 pkt 3 ustawy o zwalczaniu zakażeń. Nie opracowano również Receptariusza szpitalnego lub innego dokumentu wewnętrznego zawierającego szpitalną listę leków i zasad ich stosowania, w tym regulującego antybiotykoterapię i ograniczenia w jej stosowaniu.

OBSZAR

Opis stanu
faktycznego

2. Monitorowanie zjawisk antybiotykoodporności

2.1. W okresie objętym kontrolą Szpital nie posiadał własnej pracowni mikrobiologicznej. W Szpitalu zapewniono całodobową diagnostykę laboratoryjną, zlecając realizację badań mikrobiologicznych podmiotowi zewnętrznemu. Badania mikrobiologiczne przeprowadzane były na podstawie umowy¹⁷ zawartej z laboratorium. Zgodnie z treścią tej umowy, laboratorium zobowiązane było do odbioru materiału do badań ze Szpitala, w terminach i godzinach z nim ustalonych. Wyniki przeprowadzonych badań miały być dostępne w formie papierowej lub elektronicznej (z wykorzystaniem strony internetowej laboratorium). W przypadku zgłoszenia zagrożenia życia, badania miały być wykonane w możliwie najkrótszym czasie.

(akta kontroli str. 131-135)

2.2. W Szpitalu w badanym okresie hospitalizowano:

- 2 413 pacjentów w 2016 r., w tym: 1 664 pacjentów na Oddziale Chorób Wewnętrznych, 749 pacjentów na Oddziale Pediatrycznym,
- 1 165 pacjentów w I półroczu 2017 r., w tym: 830 pacjentów na Oddziale Chorób Wewnętrznych, 335 pacjentów na Oddziale Pediatrycznym,
- 2 143 pacjentów w 2017 r., w tym: 1 516 pacjentów na Oddziale Chorób Wewnętrznych, 627 pacjentów na Oddziale Pediatrycznym,
- 1 179 pacjentów w I półroczu 2018 r., w tym: 825 pacjentów na Oddziale Chorób Wewnętrznych, 351 pacjentów na Oddziale Pediatrycznym.

¹⁷ Umowa o udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu diagnostyki laboratoryjnej z 30 listopada 2017 r. zawarta z Laboratorium Przygoda Grupa Alab sp. z o.o.

Liczba pacjentów hospitalizowanych z powodu zakażeń szpitalnych i pozaszpitalnych zmniejszyła się z 71 w 2016 r. do 41 w 2017 r. (o 42,3%). Na koniec I półrocza 2018 r. w porównaniu ze stanem na koniec I półrocza 2017 r. odnotowano natomiast wzrost liczby ww. pacjentów z 34 do 38 (o 11,8%).

Liczba pacjentów zakażonych patogenami alarmowymi¹⁸ zmniejszyła się z 68 w 2016 r. do 41 w 2017 r. (o 39,7%). Na koniec I półrocza 2018 r. liczba tych pacjentów w porównaniu z analogicznym okresem roku ubiegłego zwiększyła się z 34 do 38. Ww. przypadki zostały zdiagnozowane głównie na Oddziale Pediatrycznym (145), w tym.: 67 pacjentów w 2016 r., 34 w I półroczu 2017 r. i 41 w 2017 r. oraz 37 w I półroczu 2018 r. Pozostałe dwa przypadki wystąpiły na Oddziale Chorób Wewnętrznych (po jednym w 2016 r. i w I półroczu 2018 r.).

W analizowanym okresie w Szpitalu zdiagnozowano dwóch pacjentów zakażonych bakteriami lekoopornymi, w tym jednego w 2016 r. na Oddziale Pediatrycznym (*Streptococcus pneumoniae* – dwoinka zaplenia płuc) oraz drugiego w 2018 r. (I półrocze) na Oddziale Chorób Wewnętrznych (*Acinetobacter* spp¹⁹). W 2017 r. nie stwierdzono przypadków zakażenia tymi bakteriami.

(akta kontroli str. 136-139)

2.3. W badanym okresie pacjentom Szpitala wykonano łącznie 1 041 badań mikrobiologicznych, w tym 151 antybiogramów. Liczba tych badań, a także koszt ich wykonania uległy zwiększeniu z 336 badań i 48 antybiogramów w 2016 r. za kwotę 2,6 tys. zł (w tym 0,6 tys. zł koszt antybiogramów) do 413 badań i 61 antybiogramów w 2017 r. w kwocie 3,7 tys. zł (0,2 tys. zł). Na koniec I półrocza 2018 r. wartości te w porównaniu ze stanem na koniec I półrocza 2017 r. również zwiększyły się z 191 badań i 21 antybiogramów w kwocie 1,8 tys. zł (0,1 tys. zł) do 292 badań i 42 antybiogramów w kwocie 3,0 tys. zł (0,2 tys. zł).

(akta kontroli str. 140-147)

2.4. W okresie objętym kontrolą dwóm pacjentom zakażonym bakteriami lekoopornymi²⁰ wykonano łącznie pięć badań mikrobiologicznych, w tym dwa w 2016 r. oraz trzy w I półroczu 2018 r. Wykonano im również po jednym antybiogramie.

(akta kontroli str. 144-147, 219-220)

2.5. Szacunkowe koszty leczenia pacjentów z zakażeniami bakteryjnymi lekoopornymi wyniosły: 2,3 tys. zł w 2016 r., a w I połowie 2018 r. 3,6 tys. zł.

(akta kontroli str. 148-151)

2.6. W Szpitalu w badanym okresie zużyto 13 grup antybiotyków. Dynamika zużycia²¹ w latach 2016-2017 oraz I półroczu 2017 r. i 2018 r. 10 grup antybiotyków²², przedstawiała się następująco:

- Wzrost zużycia w obu porównywanych okresach wystąpił w trzech grupach:
 - cefalosporyny III generacji (odpowiednio: o 153% i o 10%),
 - sulfonamidy i trimetoprim (odpowiednio: o 13% i o 2%),

¹⁸ Wymienionymi w załączniku nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2011 r. w sprawie listy czynników alarmowych, rejestrów zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych oraz raportów o bieżącej sytuacji epidemiologicznej szpitala (Dz. U. Nr 294, poz.1741).

¹⁹ Rodzaj bezwzględnie tlenowych bakterii Gram ujemnych, mogących wywoływać zakażenia szpitalne: zapalenia płuc, zwłaszcza u pacjentów korzystających z respiratora.

²⁰ Opisanym w punkcie 2.2. wystąpienia pokontrolnego.

²¹ Zużycie w PDD (średnia dawka leku przypisywana pacjentom i ustalana na podstawie zleceń danego leku) na 100 hospitalizacji.

²² Nie zaprezentowano danych dotyczących zużycia trzech grup antybiotyków, tj. tetracykliny, polimiksy oraz linkozamidy. Antybiotyki te były stosowane w nieporównywalnych okresach objętych badaniem, i tak: tetracykliny w 2017 r. (25 000 mg) i w I półroczu 2018 r. (15 000 mg), polimiksy w 2016 r. (14 000 mg) i w I półroczu 2018 r. (21 000 mg) oraz linkozamidy w I półroczu 2018 r. (12 300 mg).

- makrolidy (odpowiednio: o 48% i o 6%).
- Spadek zużycia w ww. okresach odnotowano w poniższej grupie:
 - penicyliny z inhibitorami (spadek odpowiednio o 14% i o 10%).
- Wzrost zużycia w jednym z okresów przy spadku w drugim okresie wystąpił w trzech grupach antybiotyków:
 - cefalosporyny II generacji (wzrost odpowiednio o 26% i spadek o 21%),
 - chinolony (wzrost odpowiednio o 23% i spadek o 12%),
 - pochodne imidazolu (wzrost o 160% i spadek o 43%).
- W pozostałych trzech grupach zużycie było następujące:
 - pochodne nitrofuranu – w 2017 r. w porównaniu z 2016 r. nastąpił wzrost o 350%, natomiast za I półrocze lat 2017 i 2018 – zużycie było na takim samym poziomie,
 - penicyliny o szerokim spektrum działania oraz aminoglikozydy - spadek odpowiednio o 46% i 61% w 2017 r. w stosunku do 2016 r. (w pozostałym okresie zużycie wystąpiło tylko I półroczu 2018 r.).

W Szpitalu w okresie objętym kontrolą zużyto łącznie 26 284 100 mg antybiotyków, z czego na Oddziale Wewnętrznym 21 271 300 mg²³ oraz na Oddziale Pediatrycznym 5 012 800 mg²⁴. Na koniec 2017 r. zużycie tych leków, w porównaniu ze stanem na koniec 2016 r., wzrosło z 9 298 300 mg do 11 565 100 mg (o 24,4%). Na koniec I półrocza 2018 r. zużycie to, w porównaniu ze stanem na koniec I półrocza 2017 r., zmniejszyło się z 5 518 000 do 5 420 700 (o 1,8%).

(akta kontroli str.121,152-159)

2.7. W Szpitalu nie wprowadzono procedur określających sposób zbierania danych z oddziałów szpitalnych, apteki, laboratorium mikrobiologicznego i meldunków epidemiologicznych, które pozwalają na weryfikację zużycia antybiotyków. Prezes wyjaśnił powyższą okoliczność faktem nieposiadania programu informatycznego ze stosownymi modułami oraz niewystarczającym zabezpieczeniem kadrowym do opracowania tych procedur.

W analizowanym okresie monitorowanie czynników alarmowych i zakażeń związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych odbywało się poprzez systematyczne zbieranie danych z ww. komórek, przedstawianych i omawianych następnie na spotkaniach KKZS i ZKZS. Prowadzona w ten sposób statystyka epidemiologiczna dostarczała informacji o zakażeniach bakteryjnych, związanych z udzieleniem świadczeń zdrowotnych.

Prowadzono również monitoring zużycia leków, na podstawie kosztów poszczególnych oddziałów szpitalnych, na każdy miesiąc danego roku. Prezes wyjaśnił m.in., że na podstawie zestawień tych kosztów, w przypadku ich wzrostu dokonywana była analiza przyczyn oraz jakiego asortymentu leków dotyczył ten wzrost. Dodał również, że utrudnieniem w monitorowaniu tego zużycia był brak ww. programu informatycznego.

Na podstawie tego monitoringu ustalono m.in. przyczynę wzrostu zużycia antybiotyków w latach 2016 – 2017, tj. z 9 298 300 mg do 11 565 100 mg. Przyczyną wzrostu było leczenie pacjentów z zapaleniem płuc, i tak:

²³ Największe zużycie wystąpiło w takich grupach antybiotyków jak: penicyliny z inhibitorami 8 466 000 mg, cefalosporyny II generacji 1 912 500 mg, cefalosporyny III generacji 5 730 000 mg, sulfonamidy i trimetoprim 270 400 mg, makrolidy 1 638 000 mg.

²⁴ Największe zużycie wystąpiło w takich grupach antybiotyków jak: penicyliny o szerokim spektrum działania 510 000 mg, penicyliny z inhibitorami 815 400 mg, cefalosporyny II generacji 3 167 500 mg, cefalosporyny III generacji 200 000 mg, makrolidy 243 000 mg.

- W 2016 r. leczeniu poddano:
 - 20 pacjentów z bakteryjnym zapaleniem płuc (Oddział Chorób Wewnętrznych),
 - 42 pacjentów z zapaleniem płuc i 16 pacjentów z mykoplazmatycznym zapaleniem płuc (Oddział Pediatryczny).
- W 2017 r.:
 - 43 pacjentów z bakteryjnym zapaleniem płuc (Oddział Chorób Wewnętrznych),
 - 107 pacjentów z zapaleniem płuc i 24 pacjentów z mykoplazmatycznym zapaleniem płuc (Oddział Pediatryczny).

(akta kontroli str. 121-124, 127-129, 156-163)

2.8. W latach objętych kontrolą liczba pacjentów hospitalizowanych w Szpitalu, którym podano dwa lub więcej antybiotyków pozostawała na zbliżonym poziomie i stanowiła 40% ogółu pacjentów hospitalizowanych, tj. 2 294 pacjentów na 5 735 hospitalizowanych. I tak, w:

- 2016 r. – dwa lub więcej antybiotyków podano 965 pacjentom (40%) na 2 413;
- 2017 r. – 857 pacjentom (40%) na 2 143,
- 2017 r. (I połowa) – 466 pacjentom (40%) na 1 166,
- 2018 r. (I połowa) – 472 pacjentom (40%) na 1 179.

(akta kontroli str. 164)

2.9. W Szpitalu, w przypadku wystąpienia działań niepożądanych produktu leczniczego, przyjęto następujący sposób postępowania:

- lekarz oddziału, w którym wystąpiło działanie niepożądane zobowiązany był do informowania o tym fakcie DFS,
- po takim zgłoszeniu, farmaceuta powinien wysłać na specjalnym druku zgłoszenie do Departamentu Monitorowania Niepożądanych Działań Produktów Leczniczych oraz do Wojewódzkiego Nadzoru Farmaceutycznego.

(akta kontroli str.124)

2.10. W okresie objętym kontrolą nie wystąpiły działania niepożądane w wyniku leczenia antybiotykiem i w związku z tym nie było potrzeby zgłaszania tego faktu do Prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych.

(akta kontroli str. 165)

2.11. W badanym okresie w Szpitalu nie były prowadzone kontrole wewnętrzne i audyty dotyczące zasadności ordynacji antybiotyków.

Prezes wyjaśnił, że przeprowadzenie takich kontroli wymaga zatrudnienia specjalisty w danej dziedzinie chorób. Lekarz naczelny dokonywał wrywkowo przeglądów historii chorób, konsultował z lekarzami zagadnienia dotyczące prowadzenia dokumentacji medycznej, jednak czynności w zakresie zasadności ordynacji antybiotyków nie ewidencjonował.

W Szpitalu, zgodnie z art. 15 ust. 2 pkt 2 ustawy o zwalczaniu zakażeń, ZKZS przeprowadzał kontrole wewnętrzne²⁵.

(akta kontroli str. 60-68, 127-129, 166, 234)

2.12. W badanym okresie, Szpital był kontrolowany²⁶ przez Wojewódzką Stację Sanitarno – Epidemiologiczną w Olsztynie (dalej: „WSSE”), m.in. w zakresie warunków higieniczno – sanitarnych, jakie powinien spełniać personel medyczny, sprzęt oraz pomieszczenia, w których udzielane są świadczenia zdrowotne w celu zapobiegania powstawania chorób w tym chorób zakaźnych. Kontrole te wykazały uchybienia m.in. jak: nieprawidłowo opracowane procedury dotyczące zapobiegania

²⁵ W badanym okresie przeprowadzano pięć kontroli, po dwie kontrole w 2016 r. i 2017 r. oraz jedną w I połowie 2018 r.

²⁶ Po jednej kontroli w każdym roku.

zakażeniom i chorobom zakaźnym, zły stan sanitarno – higieniczny i techniczny poradni POZ i poradni ginekologiczno – położniczej²⁷, blok operacyjny nie został wyposażony w wentylację nawiewno – wywiewną, służącą dla pacjenta, magazyn bielizny brudnej. W Szpitalu zrealizowano zalecenia pokontrolne dotyczące m.in. poprawności opracowania procedur i doprowadzenia do właściwego stanu poradni POZ i ginekologiczno – położniczej. Pozostałe zalecenia powinny być wykonane do końca 2020 r.

(akta kontroli str. 167-216)

2.13. W badanym okresie, z tytułu zakażeń, nie prowadzono postępowań sądowych przeciw Szpitalowi.

(akta kontroli str. 217)

Stwierdzone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości.

OCENA CZĄSTKOWA

W badanym okresie Szpital prawidłowo prowadził monitoring zjawiska antybiotykoodporności. W coraz większym stopniu wykorzystywał do tego diagnostykę mikrobiologiczną. Badaniami objęto od 13,9% pacjentów w 2016 r. do 19,3% pacjentów w 2017 r., a liczba osób, u których wykonano antybiogram utrzymywała się na zbliżonym poziomie (2% i 3%). Systematycznie monitorowano również zakażenia szpitalne oraz czynniki alarmowe, prowadząc w tym zakresie statystyki epidemiologiczne. Dostarczało to Kierownictwu bieżących informacji o skali zakażeń bakteryjnych.

OBSZAR

3. Efekty działań podejmowanych w celu zahamowania wzrostu lekooporności drobnoustrojów

3.1. Efekty działań podejmowanych w celu zahamowania wzrostu lekooporności drobnoustrojów w jednostkach organizacyjnych szpitala udzielających świadczeń w rodzaju leczenia szpitalnego

Opis stanu
faktycznego

3.1.1. W Szpitalu średni czas hospitalizacji pacjentów z powodu zakażeń (szpitalnych i pozaszpitalnych) w poszczególnych latach objętych kontrolą wyniósł: trzy dni w 2016 r. oraz po cztery dni w 2017 r. i w I półroczu 2018 r. Średnia długość pobytu pacjenta z zakażeniem bakteriami lekoopornymi w tym okresie wyniosła: cztery dni w 2016 r. oraz 10 dni w I półroczu 2018 r.²⁸ Przeciętna długość pobytu pozostałych pacjentów (niezakażonych) w całym okresie objętym kontrolą wyniosła natomiast cztery dni.

(akta kontroli str. 148-151)

3.1.2. W latach 2016-2018 (I połowa) w Szpitalu nie wystąpiły zakażenia spowodowane *Clostridium difficile* w trakcie odbytej hospitalizacji.

(akta kontroli str. 218)

3.1.3. W badanym okresie wystąpiły jedynie dwa przypadki pacjentów zakażonych bakteriami lekoopornymi, jeden w 2016 r. oraz jeden w I połowie 2018 r.²⁹ Odsetek pacjentów zakażonych tymi bakteriami w porównaniu do ogółu hospitalizowanych pacjentów w tych okresach pozostawał na poziomie odpowiednio: 0,04% i 0,08%.

(akta kontroli str. 136-139)

3.1.4. W okresie objętym kontrolą w Szpitalu nie odnotowano zgonów z powodu zakażeń.

(akta kontroli str. 221-225)

²⁷ WSSE wydał decyzję nakazującą likwidację uchybień do 31 grudnia 2017 r.

²⁸ W pozostałych badanych okresach nie stwierdzono takich przypadków.

²⁹ Przypadki takie zostały przedstawione w punkcie 2.2. niniejszego wystąpienia pokontrolnego.

3.1.5. W Szpitalu w ww. okresie nie były prowadzone audyty oceniające efektywność szpitalnej polityki antybiotykowej. Analizy dotyczące gospodarowania lekami antybakteryjnymi, opisano w punkcie 1.18. niniejszego wystąpienia pokontrolnego.

(akta kontroli str. 127-129, 166)

Stwierdzone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości.

3.2. Efekty działań podejmowanych w celu zahamowania wzrostu lekooporności drobnoustrojów w jednostkach organizacyjnych szpitala udzielających świadczeń w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna

Opis stanu
faktycznego

3.2.1. Analiza 46 kart zdrowia i choroby pacjentów, którym w okresie objętym kontrolą przepisano największą liczbę antybiotyków (124 recept i wizyt) wykazała m.in., że:

- W 124 kartach lekarz dokonał wpisu o przepisywanym antybiotyku, we wszystkich przypadkach odnotował jak prawidłowo dawkować antybiotyk (ile razy dziennie, w jakiej dawce i przez jaki okres).
- W każdym przypadku lekarz POZ przeprowadził z pacjentem szczegółowy wywiad medyczny, oceniający ogólny stan zdrowia pacjenta i pozwalający uzyskać informacje o przebytych dotychczas infekcjach bakteryjnych i zażywanych lekach.
- Zlecenie antybiotyków w 107 przypadkach było nową antybiotykoterapią, w dwóch – kontynuacją leczenia tym samym antybiotykiem, a w 15 – kontynuacją antybiotykoterapii innym antybiotykiem. W 17 przypadkach pacjenci, po zastosowanej antybiotykoterapii, odbyli wizytę kontrolną u lekarza POZ.
- W 19 przypadkach odnotowano w karcie pacjenta zalecenie stosowania probiotyków, których działanie miało wspomóc prawidłowe funkcjonowanie flory fizjologicznej podczas trwania terapii antybiotykowej. W 11 przypadkach pacjentom z zalecaną antybiotykoterapią wystawiono zwolnienie lekarskie od jednego do dziewięciu dni.
- Trzy najczęstsze rozpoznania według klasyfikacji IC10 wpisane w kartę pacjenta dotyczyły: J20 - ostre zapalenie oskrzeli (40 przypadków), J22 - ostre zakażenie dolnych dróg oddechowych (8 przypadków) oraz J06 - ostre zakażenie górnych dróg oddechowych (7). Zastosowane antybiotyki, tj. np.: Bioracef, Zinnat, Taromentin, Azycyna, Klabion, Rovamycine, Ramoclav, Klabax, Biofuroksym, Xorimax 500, Ceroxim, Sumamed, Amoksiklav oraz Dalacin C, obejmowały grupy penicyliny, makrolidy oraz cefalosporyny. Średni okres leczenia tymi antybiotykami w powyższym zakresie wyniósł sześć dni.
- W jednym przypadku pacjent, wskutek nieskutecznego leczenia antybiotykiem, zgłosił się ponownie do lekarza POZ. Pacjent był uczulony na przepisany pierwotnie antybiotyk.
- W żadnym przypadku leczenia antybiotykiem nie skierowano pacjenta do szpitala w związku z brakiem poprawy stanu zdrowia.

Prezes w sprawie nieodnotowywania w kartach pacjenta zalecenia stosowania probiotyków wyjaśnił, że pacjenci byli informowani ustnie oraz otrzymywali informację pisemną na kartce.

(akta kontroli str. 127-129, 226-233)

W żadnym analizowanym przypadku lekarz POZ nie zlecał wykonania badania mikrobiologicznego, w tym sporządzenia antybiogramu przed zdiagnozowaniem pacjenta i przepisaniem antybiotyku. Podkreślenia wymaga również brak podjęcia takich działań przy ponownym wskazaniu do przepisania innego (kolejnego) antybiotyku.

Prezes wyjaśnił, że zgodnie ze sztuką i aktualną wiedzą lekarską jest to leczenie empiryczne. Opóźnienie włączenia antybiotykoterapii byłoby błędem lekarskim i mogłoby spowodować zagrożenie dla życia i zdrowia pacjenta. W przypadku wystąpienia konieczności zlecenia antybiogramu z uwagi na brak poprawy stanu w leczeniu, lekarz wykonałby posiew z antybiogramem. Dotychczas nie wystąpiły przypadki, w których trzeba byłoby rozszerzyć takie postępowanie.

(akta kontroli str. 127-129, 226-231)

Stwierdzone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości.

OCENA CZĄSTKOWA

W Szpitalu w latach 2016-2017, w następstwie podejmowanych działań, zmniejszyła się liczba pacjentów z zakażeniem, w tym patogenami alarmowymi. Najwyższa Izba Kontroli zauważa jednak, że w okresie tym wzrosło zużycie antybiotyków o 24,4%, a koszty ich zużycia o 27,8%. Ponadto, w żadnym przypadku przy ponownym wskazaniu do przepisania kolejnego antybiotyku lekarze POZ nie zlecieli badań mikrobiologicznych, w tym antybiogramu. W części przypadków przedłużono antybiotykoterapię, a także zalecono stosowanie innego antybiotyku.

IV. Uwagi i wnioski

Najwyższa Izba Kontroli w wyniku kontroli nie sformułowała uwag. W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy o NIK, przedstawia następujące wnioski:

Wnioski

1. Opracowanie Receptariusza szpitalnego lub innego dokumentu wewnętrznego zawierającego szpitalną listę leków i zasady ich stosowania.
2. Opracowanie standardów farmakoterapii i farmaprofilaktyki, o których mowa w art. 15 ust 4 pkt 3 ustawy o zwalczaniu zakażeń.
3. Dokumentowanie posiedzeń zespołów szpitalnych powołanych przez Prezesa Szpitala.
4. Podjęcie działań mających na celu zapewnienie warunków realizacji zadań przypisanych ZDF.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

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

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

Zgodnie z art. 54 ustawy o NIK kierownikowi jednostki kontrolowanej przysługuje prawo zgłoszenia na piśmie umotywowanych zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, w terminie 21 dni od dnia jego przekazania. Zastrzeżenia zgłasza się do dyrektora Delegatury NIK w Olsztynie. Prawo zgłaszania zastrzeżeń, zgodnie z art. 61b ust. 2 ustawy o NIK, nie przysługuje do wystąpienia pokontrolnego zmienionego zgodnie z treścią uchwały w sprawie zastrzeżeń.

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykonania wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK należy poinformować Najwyższą Izbę Kontroli, w terminie 21 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego wykonania wniosków pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

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

Olsztyn, dnia 12 grudnia 2018 r.

Kontroler
Sebastian Helbrecht
Starszy inspektor kontroli państwowej

.....
podpis

Dyrektor Delegatury
Najwyższej Izby Kontroli w Olsztynie
z up.

Piotr Wanic
p.o. Wicedyrektor