



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Poznaniu

LPO.410.026.01.2018

Prezes Zarządu lek. med. Sebastian Nowicki
Szpital Powiatowy Sp. z o.o.
we Wrześni

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

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

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Szpital Powiatowy Sp. z o.o. we Wrześni, ul. Słowackiego 2, 62-300 Września
Kierownik jednostki kontrolowanej	Sebastian Nowicki, Prezes Zarządu, od 1 lipca 2018 r. W okresie objętym kontrolą funkcję kierownika jednostki poprzednio pełnił: Zbyszko Przybylski, Prezes Zarządu, od 16 czerwca 2014 r. do 19 czerwca 2018 r. Obecny kierownik jednostki kontrolowanej pełnił w tym okresie funkcję Wiceprezesa Zarządu.
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	Lata 2016-2018 (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 Poznaniu
Kontroler	Jolanta Jankowska, doradca ekonomiczny, upoważnienie do kontroli nr LPO.410.026.01.2018 z 31.08.2018 r. (akta kontroli str.1, 3-10)

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

II. Ocena ogólna² kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

W Szpitalu w latach 2016 – 2018 (I półrocze) nie podjęto działań zapewniających pacjentom bezpieczeństwo przy stosowaniu antybiotykoterapii polegających na wdrożeniu szpitalnej polityki antybiotykowej, zalecanej przez Ministra Zdrowia oraz zrationalizowaniu stosowania antybiotyków, a także prawidłowym monitorowaniu występującego w tym okresie zjawiska antybiotykooporności. Niewdrożenie szpitalnej polityki antybiotykowej mogło przyczynić się do wzrostu liczby hospitalizowanych pacjentów zakażonych bakteriami lekoopornymi oraz znacznego wydłużenia czasu ich leczenia.

Uzasadnienie oceny ogólnej

Zarząd Szpitala pomimo powołania w lipcu 2014 r. Zespołu ds. Antybiotykoterapii i zobowiązania go m. in. do opracowania szpitalnej polityki antybiotykowej, nie wyegzekwował realizacji tego obowiązku. Szpitalna polityka antybiotykowa opracowana została dopiero w lutym 2018 r., lecz Zarząd Szpitala nie wydał zarządzenia w sprawie jej wprowadzenia. Zarząd Szpitala nie wyegzekwował również od Zespołu ds. Antybiotykoterapii realizacji innych przypisanych mu zadań, w szczególności opracowania zasad edukacji personelu lekarskiego oraz organizacji i prowadzenia szkoleń w zakresie racjonalnej antybiotykoterapii.

Z nałożonych obowiązków dotyczących m.in. tworzenia w szpitalu polityki antybiotykowej nie wywiązał się także powołany w tym celu Komitet ds. farmakoterapii, który w latach 2016-2018 (I półrocze) nie prowadził analiz dotyczących racjonalizacji stosowania antybiotyków. Podstawą takich analiz powinny być m. in. dane o faktycznym zużyciu antybiotyków na poszczególnych oddziałach Szpitala oraz kosztach leczenia. Dane te nie były jednak dostępne, gdyż Zarząd Szpitala nie opracował i nie wprowadził odpowiedniej procedury w tym zakresie.

W latach 2016 – 2018 (I półrocze) zjawisko antybiotykooporności nie było w Szpitalu monitorowane prawidłowo. Świadczyło o tym przede wszystkim nieopracowanie oraz niestosowanie procedur zbierania danych z oddziałów szpitalnych dotyczących zużycia antybiotyków, brak kontroli zasadności ordynacji antybiotyków oraz nieprowadzenie szkoleń lekarzy w zakresie racjonalnej antybiotykoterapii. Mała liczba wykonanych w tym okresie badań mikrobiologicznych, w tym antybiogramów wskazywała na niedostateczne wykorzystywanie diagnostyki mikrobiologicznej. Pomimo prowadzenia w Szpitalu statystyki epidemiologicznej związanej z zakażeniami bakteryjnymi nie analizowano jej wyników.

Na występujący w Szpitalu wzrost lekooporności drobnoustrojów wpływ mieli także lekarze udzielający świadczeń w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna, którzy w latach 2016 – 2018 (I półrocze) przepisywali pacjentom dwa lub więcej antybiotyków bez uprzedniego wykonania antybiogramów.

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

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny częstkowe³ kontrolowanej działalności

OBSZAR	1. Działania podejmowane w celu racjonalizacji stosowania antybiotyków.
Opis stanu faktycznego	1. Z regulaminów organizacyjnych obowiązujących w Szpitalu w latach 2016 – 2018 (I półrocze) wynikało m. in., że: - zadania dotyczące ruchu chorych w szpitalu i przygotowanie sprawozdań statystycznych przypisane zostały do Działu Zarządzania, Informacji Medycznej i Marketingu (od 1 sierpnia 2018 r. za realizację tych zadań odpowiedzialna była Sekcja Dokumentacji Medycznej i Statystyki wchodząca w skład Działu Organizacyjno-Prawnego), - zadania związane z gromadzeniem i analizą danych dotyczących zakażeń szpitalnych i drobnoustrojów alarmowych przypisane zostały pielęgniarce epidemiologicznej (w regulaminie organizacyjnym Szpitala, obowiązującym od 1 sierpnia 2018 r. zapisano, że w Szpitalu funkcjonują m. in. następujące zespoły i komitety zadaniowe, powołane zarządzeniem Zarządu: Komitet ds. kontroli zakażeń szpitalnych i Zespół ds. kontroli zakażeń szpitalnych, Komitet Terapeutyczny, Zespół ds. analizy przyczyn zgonów pacjentów, Zespół ds. Antybiotykoterapii), - zadania dotyczące zaopatrzenia Szpitala w produkty lecznicze (antybiotyki), ich dystrybucję pomiędzy komórki organizacyjne szpitala oraz określenie zasad stosowania antybiotyków przypisane zostały Aptece Szpitalnej. Zadania te określone zostały w zakresach czynności odpowiednio: Kierownika Działu Organizacyjno-Prawnego, p.o. pielęgniarki epidemiologicznej oraz kierownika Apteki Szpitalnej. Szpital nie uczestniczył w Narodowym Programie Ochrony Antybiotyków na lata 2016 – 2020. (akta kontroli str. 587-674) 2. W Szpitalu w latach 2016-2018 (I półrocze) funkcjonowały Komitet kontroli zakażeń szpitalnych i Zespół kontroli zakażeń szpitalnych, powołane zarządzeniem Zarządu Szpitala z 18 grudnia 2013 r. oraz 16 stycznia 2017 r. W zarządzeniu określone zostały zadania i cele działania Komitetu i Zespołu kontroli zakażeń szpitalnych oraz wyznaczone ich podległości. Skład osobowy i zakresy zadań Komitetu i Zespołu były zgodne z art. 15 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi⁴ (dalej: „ustawa o zwalczaniu zakażeń”). Komitet i Zespół kontroli zakażeń szpitalnych nie zostały ujęte w schemacie organizacyjnym Szpitala. (akta kontroli str. 13-16) 3. Dokument pod nazwą „Szpitalna Polityka Antybiotykowa”⁵ został opracowany w lutym 2018 r. w ramach Programu Akredytacji Szpitali. Zarząd Szpitala nie wydał

³ Oceny częstkowe to oceny działalności w poszczególnych obszarach badań kontrolnych. Ocena częstkowa może być sformułowana jako ocena pozytywna, ocena negatywna albo ocena w formie opisowej.

⁴ Dz. U. z 2018 r. poz. 151, ze zm.

⁵ W opracowanej w lutym 2018 r. Szpitalnej polityce antybiotykowej zostały określone m. in. wskazania do stosowania poszczególnych antybiotyków oraz rekomendacje antybiotykoterapii występujących zakażeń. W raporcie z wizyty akredytacyjnej przeprowadzonej przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia nie sformułowano uwag do Szpitalnej polityki antybiotykowej.

zarządzeń w sprawie wdrożenia regulacji określonych w tym dokumencie, określenia uprawnień Zespołu ds. Antybiotykoterapii oraz jego przewodniczącego. Z dokumentacji przedstawionej przez pielęgniarkę epidemiologiczną dotyczącej planów kontroli oraz protokołów i raportów z przeprowadzonych kontroli wewnętrznych wynikało, że zagadnienia zgodności stosowanej w Szpitalu antybiotykoterapii okołoperacyjnej ze Szpitalną Polityką Antybiotykową były po raz pierwszy przedmiotem kontroli wewnętrznej przeprowadzonej w lipcu 2018 r. w oddziale chirurgii ogólnej.

(akta kontroli str. 17-45, 359-374)

Z raportu z wizyty akredytacyjnej przeprowadzonej w Szpitalu w dniach 21-23 marca 2018 r. przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia w Krakowie wynikało m. in., że opracowana w lutym 2018 r. „Szpitalna polityka antybiotykowa” nie została wdrożona oraz, że do dnia wizyty określono i zarezerwowano jedynie antybiotyk do antybiotykowej profilaktyki okołozabiegowej, jednak ze względu na brak właściwego dokumentowania niemożliwa była pełna ocena wdrożenia wydanych zaleceń antybiotykowej profilaktyki okołoperacyjnej.

Ponadto w raporcie tym zapisano, że w Szpitalu w obszarze kontroli zakażeń (działań redukujących ryzyko zakażeń) nie zostały spełnione m.in. następujące standardy: wdrożenie programu monitorowania zakażeń, przyjęcie kryteriów rozpoznawania zakażeń, walidacja danych o zakażeniach oraz wdrożenie programu racjonalnej polityki antybiotykowej. Częściową zgodność ze standardami stwierdzono w przypadku m. in.: efektywnego funkcjonowania zespołu i komitetu ds. kontroli zakażeń, prowadzenia analizy dotyczącej szczepów wieloopornych, regularnego zapoznawania się z wynikami monitorowania zakażeń przez kierownictwo i personel szpitala, systematycznego uczestniczenia personelu w szkoleniach dotyczących zakażeń szpitalnych oraz wdrożenia w szpitalu antybiotykowej profilaktyki okołozabiegowej.

(akta kontroli str. 95-112)

Zarządzeniem z dnia 17 lipca 2014 r. Zarząd Szpitala powołał Zespół ds. Antybiotykoterapii. Do zadań tego zespołu należało: opracowanie projektów polityki antybiotykowej oraz stałe monitorowanie jej realizacji i poddawanie kompleksowemu przeglądowi; gromadzenie i analizowanie danych o lokalnej wrażliwości drobnoustrojów oraz występujących szczególnie niebezpiecznych mechanizmach oporności, prezentowanie wyników na spotkaniach środowiska lekarskiego, kompleksowe analizowanie informacji o stosowanych w szpitalu antybiotykach schematach leczniczych, opracowanie rekomendacji terapii zakażeń, w tym najcięższych postaci, gromadzenie i analizowanie informacji o rodzajach i wielkości używanych antybiotyków oraz kosztów leczenia, czy edukacja własna w zakresie antybiotykoterapii, opracowanie zasad edukacji personelu lekarskiego w zakresie racjonalnej antybiotykoterapii.

W zarządzeniu m. in. zapisano, że Zespół ds. Antybiotykoterapii w terminie do 30 listopada 2014 r. przygotowuje projekt polityki antybiotykowej oraz projekt zasad edukacji personelu lekarskiego w zakresie racjonalnej antybiotykoterapii.

Z wyjaśnień przewodniczącej Zespołu ds. Antybiotykoterapii wynikało, że w wyznaczonym terminie Zespół nie przygotował w formie pisemnej projektów tych dokumentów oraz, że Szpitalna Polityka Antybiotykowa opracowana na podstawie rekomendacji Narodowego Programu Ochrony Antybiotyków z uwzględnieniem lokalnej analizy antybiotykowrażliwości została w formie pisemnej w lutym 2018 r. przekazana do wszystkich oddziałów Szpitala.

Z wyjaśnień przewodniczącej Zespołu ds. Antybiotykoterapii wynikało ponadto, że Zespół nie organizował i nie prowadził szkoleń dla lekarzy i personelu medycznego Szpitala w zakresie racjonalnej antybiotykoterapii. Przewodniczącą tego Zespołu

stwierdziła natomiast, że Zespół przekazywał informacje w zakresie racjonalnej antybiotykoterapii na spotkaniach kierowników oddziałów.

(akta kontroli str. 113, 209-211, 256-257)

W zarządzeniu z 17 lipca 2014 r. w sprawie powołania Zespołu ds. Antybiotykoterapii oraz określenia jego zadań zapisano, że za wykonanie tego zarządzenia, w szczególności za przygotowanie przez Zespół ds. Antybiotykoterapii do dnia 30 listopada 2014 r. projektu polityki antybiotykowej oraz projektu zasad edukacji personelu lekarskiego w zakresie racjonalnej antybiotykoterapii, a także za realizację przez ten Zespół pozostałych przypisanych mu zadań, w szczególności organizacji i prowadzenia szkoleń dla lekarzy i personelu medycznego Szpitala w zakresie racjonalnej antybiotykoterapii odpowiedzialny był Wiceprezes Zarządu Sebastian Nowicki.

(akta kontroli str. 13-16)

Działający w Szpitalu od 17 lipca 2014 r. Zespół ds. Antybiotykoterapii nie opracował zaleceń zmierzających do racjonalizacji stosowania antybiotyków. W latach 2016-2018 (I półrocze) Zespół ds. antybiotykoterapii nie organizował i nie prowadził szkoleń dla lekarzy i personelu medycznego w zakresie racjonalnej antybiotykoterapii.

(akta kontroli str. 209-211)

4. W latach 2016-2018 (I półrocze) za politykę lekową w Szpitalu odpowiedzialny był Komitet Terapeutyczny, do zadań którego należała m. in. modyfikacja i aktualizacja Receptariusza szpitalnego, ocena dokumentacji medycznej pod kątem stosowania leków, tworzenie polityki antybiotykowej. Stosowany w Szpitalu Receptariusz zawierał m.in. szpitalną listę leków z informacją o zakresie ich stosowania, przeciętną dawkę dobową w głównym wskazaniu, a także wskazanie leków zastrzeżonych, tj. antybiotyków okołoperacyjnych.

Z wyjaśnień Przewodniczącej Komitetu Terapeutycznego (aktualnie Komitetu ds. Farmakoterapii) wynikało, m. in. że w latach 2016-2018 (I półrocze) Komitet Terapeutyczny nie wnioskował o wprowadzenie zmian w szpitalnej liście leków oraz nie prowadził analiz dotyczących racjonalizacji stosowania antybiotyków.

(akta kontroli str. 215-250, 253-254)

5. Zadania związane ze stosowaniem w Szpitalu antybiotyków przypisane zostały także działającym w Szpitalu: Komitetowi kontroli zakażeń szpitalnych (opracowanie i aktualizacja standardów farmakoprofilaktyki i farmakoterapii zakażeń i chorób zakaźnych w szpitalu) oraz Zespołowi kontroli zakażeń szpitalnych (analiza wyników badań mikrobiologicznych oraz ocena lokalnej sytuacji epidemiologicznej w celu optymalizacji profilaktyki i terapii antybiotykowej).

(akta kontroli str. 13-16)

6. Do sześciuosobowego składu Zespołu ds. antybiotykoterapii Zarząd Szpitala powołał trzech lekarzy specjalizujących się w pediatrii, anestezjologii i intensywnej terapii oraz ortopedii i traumatologii ruchu, a także mikrobiologa, farmaceutę i pielęgniarkę epidemiologiczną.

Z wyjaśnień przewodniczącej Zespołu ds. antybiotykoterapii wynikało, że personel medyczny powołany w skład tego zespołu nie pobierał dodatkowego wynagrodzenia za pełnione w nim funkcje.

Według sprawozdań MZ-29 o działalności szpitala ogólnego w latach 2016-2017 w Szpitalu nie byli zatrudnieni lekarze – specjaliści chorób zakaźnych.

Komitetowi Terapeutycznemu przewodniczył lekarz specjalizujący się w chorobach wewnętrznych, kardiologii i medycynie ratunkowej. W skład tego Zespołu wchodził ordynatorzy oddziałów Szpitala oraz kierownik Apteki szpitalnej.

(akta kontroli str. 55-94, 113, 253-255)

7. Z protokołów z posiedzeń Komitetu kontroli zakażeń szpitalnych (które odbywały się dwukrotnie w każdym z okresów objętych kontrolą) wynikało, że przedmiotem spotkań była sytuacja epidemiologiczna Szpitala w latach 2015, 2016 i 2017; analiza zakażeń szpitalnych i patogenów alarmowych; omówienie nieprawidłowości w wypełnianiu kart rejestracji zakażeń szpitalnych i patogenów alarmowych; aktualizacja definicji zakażeń szpitalnych; wprowadzenie instrukcji dotyczącej wykonywania badań skryningowych pacjentów w kierunku VRE, CPE i MRSA; analiza higieny rąk.

W latach 2016 – 2018 (I półrocze) Komitet kontroli zakażeń szpitalnych nie uczestniczył w opracowaniu i aktualizacji standardów farmakoprofilaktyki i farmakoterapii zakażeń i chorób zakaźnych w Szpitalu.

Przewodniczące: Zespołu ds. antybiotykoterapii oraz Komitetu Terapeutycznego nie przedstawiły protokołów lub innych dokumentów z posiedzeń Zespołu i Komitetu w latach 2016-2018 (I półrocze). Z wyjaśnień przewodniczących wynikało, że posiedzenia Zespołu i Komitetu nie były protokolowane.

W latach 2016-2018 (I półrocze) Zespół ds. antybiotykoterapii nie wnioskował o wprowadzenie zmian w szpitalnej liście leków. Jedyną zmianę w szpitalnej liście leków wprowadził 11 lipca 2017 r. Komitet Terapeutyczny, który stosownie do zaleceń Narodowego Programu Ochrony Antybiotyków zastąpił Cefamandol (antybiotyk stosowany w profilaktyce okołoooperacyjnej) Cefazoliną.

(akta kontroli str. 209-211, 253-255, 261-275)

8. Receptariusz szpitalny zawierał, wg stanu na 30 czerwca 2018 r., 65 antybiotyków. W latach 2016 – 2018 (I półrocze) w Szpitalu używano 92 antybiotyków, które ujęte zostały w tym Receptariuszu w 2003 r. i 2011 r. Koszty zużycia antybiotyków w Szpitalu w 2016 r. wyniosły 236,2 tys. zł. Koszty te wzrosły do 247,7 tys. zł w 2017 r., tj. o 4,8%. Największą pozycję kosztów w 2016 r. stanowił Metronizadol, Meropenem i Ciprofloksacyna, a w 2017 r. – Taromentin, Meropenem i Metronidazol. Porównanie zużycia antybiotyków w I półroczu 2017 do I półrocza 2018 wykazało spadek kosztów o 11,8%. Największą pozycję kosztów w I półroczu 2018 r. stanowił Taromentin, Meropenem i Biotum.

Zakupy antybiotyków w latach 2016 – 2018 były poprzedzone przeprowadzeniem postępowań o zamówienie publiczne. Analiza cen netto 15 antybiotyków, których zużycie w Szpitalu w tym okresie było najwyższe wykazała wzrost ceny netto siedmiu antybiotyków⁶ i spadek ceny netto ośmiu antybiotyków⁷. Największy wzrost ceny netto dotyczył: Imipenem/Cilastatin 500 + 500 mg ze 129,74 zł w 2016 r. do 203,8 zł w 2017 r. i I półroczu 2018, Meropenem 1 g z 13,7 zł w 2016 r. do 23 zł w I półroczu 2018 i Taromentin 1,2 g z 3,08 zł w 2016 r. do 6,63 zł w I półroczu 2018. Największy spadek cen netto wystąpił w przypadku zakupu Ciprofloksaciny 0,4 g i 0,2 g z odpowiednio: 7,84 zł i 5,02 zł w 2016 r. do 1,96 zł i 1,65 zł w I półroczu 2018.

(akta kontroli str. 562-580, 583-584)

⁶ Meropenem 1g, Biotum 1g, Amoksiklav 1,2 g, Taromentin 1,2 g, Biofazolin 1 g, Vancomycin 1g, Imipenem/Cilastatin 500 + 500 mg

⁷ Metronidazol 0,5% x 100 ml, Ciprofloksacyna 0,4g, Biofuroksym 1,5 g, Tarcefandol 1g, Ciprofloksacin 0,2 g, Ampicilin 1g, Levofloxacin 0,5 g, Piperacillin/Tazobactam 4g + 0,5 g.

9. Udział kosztów zużycia antybiotyków w Szpitalu w kosztach poniesionych na leki w latach 2016-2017 pozostawał na zbliżonym poziomie i wynosił odpowiednio: 12,1% i 12%. Porównanie I półrocza 2017 do I półrocza 2018 wykazało spadek tego wskaźnika z 12,8% do 10,3%. Ta sama tendencja odnosiła się do wskaźnika udziału kosztów zużycia antybiotyków w Szpitalu w kosztach zrealizowanych świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne finansowanych ze środków publicznych w latach 2016-2017⁸ oraz w I półroczu 2017 i I półroczu 2018⁹, a także do wskaźnika udziału kosztów zużycia antybiotyków w kosztach ogółem Szpitala w tym okresie¹⁰.

(akta kontroli str. 54)

10. W Szpitalu od 9 stycznia 2014 r. obowiązywała procedura: „Apteka Szpitalna”, w której ustalone zostały zasady wydawania leków z Apteki Szpitalnej, przechowywania na oddziałach i utylizacji oraz zasady zlecania leków z Oddziałów. Leki z Apteki Szpitalnej były wydawane na oddziały na podstawie zamówień, składanych przez uprawnione osoby. Ordynacja antybiotyków dla poszczególnych pacjentów Oddziału następowała na zlecenie lekarza. Apteka szpitalna nie dysponowała danymi o zużyciu antybiotyków na poszczególnych oddziałach Szpitala.

(akta kontroli str. 147-158)

11. W Szpitalu w latach 2016-2018 (I półrocze) nie stosowano „formularzy zlecania antybiotyków”.

Z zatwierdzonej 12 grudnia 2017 r. przez Prezesa Zarządu Szpitala Antybiotykowej Profilaktyki Około zabiegowej wynikało m. in., że w profilaktyce antybiotykowej podstawowym stosowanym antybiotykiem jest Cefazolina stosowana w dawce jednorazowej w ciągu 0-30 min. przed nacięciem powłok skórnych, którą w wyjątkowych sytuacjach (operacja długotrwała) można przedłużyć do 24 godzin.

W Szpitalnej Polityce Antybiotykowej, w części poświęconej empirycznemu leczeniu zakażeń zapisano m. in., następujące okresy stosowania antybiotyków: zapalenie najądrzy - Ciprofloksacyna przez 14 dni; ostre bakteryjne zapalenie prostaty o łagodnej postaci oraz ciężkiej terapii sekwencyjnej odpowiednio: Ciprofloksacyna przez 10 dni oraz Piperacylina, Ceftriakson i Ciprofloksycyna od 2 do 4 tygodni; przewlekłe zapalenie prostaty – Ciprofloksacyna i Doksycyklina przez 4-6 tygodni; zapalenie cewki moczowej Ciprofloksacyna, Ceftriakson i Azytromycyna jednorazowo; ostre niepowikłane zapalenie pęcherza moczowego – Furagina przez 5 dni, Ciprofloksacyna przez 3 dni; ostre odmiedniczkowe zapalenie nerek – wrażliwość w oparciu o lokalną analizę antybiotykowrażliwości (*Escherichia coli* – najczęściej występujący patogen) – Ceftazidime w dawce 2 x 2 g lub Cefuroxime w dawce 3 x 1,5 g, Ciprofloksacyna przez 7 do 14 dni oraz Ceftriakson i Tazocin przez 10 do 14 dni; infekcje zagrażające życiu – Meropenem przez 14 dni: *Escherichia coli*, *Proteus mirabilis*, *Klebsiella pneumoniae* ESBL(+) 100% wrażliwości w oparciu o lokalną analizę antybiotykowrażliwości. *Klebsiella pneumoniae* ESBL(-) 83% wrażliwości w oparciu o lokalną analizę

⁸ Udział kosztów zużycia antybiotyków w kosztach zrealizowanych świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne finansowanych ze środków publicznych wynosił w latach 2016-2017 odpowiednio: 0,52% i 0,51%.

⁹ Udział kosztów zużycia antybiotyków w kosztach zrealizowanych świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne finansowanych ze środków publicznych wynosił w I półroczu 2017 i 2018 odpowiednio: 0,58% i 0,48%.

¹⁰ Udział kosztów zużycia antybiotyków w kosztach ogółem Szpitala wynosił w latach 2016 – 2017 odpowiednio: 0,48% i 0,47%, a w I półroczu 2017 i 2018 odpowiednio: 0,52% i 0,45%.

antybiotykowrażliwości. *Pseudomonas aeruginosa* 66% wrażliwości w oparciu o lokalną analizę antybiotykowrażliwości.

(akta kontroli str. 17-53)

12. Z porównania stanu faktycznego antybiotyków w Aptece Szpitalnej w dniu 30 czerwca 2018 r. z wykazem antybiotyków zawartym w Receptariuszu szpitalnym na dzień 30 czerwca 2018 r. wynikało, że w Szpitalu nie było dostępnych 22 antybiotyków spośród ogółem 65 wyszczególnionych w Receptariuszu szpitalnym.

(akta kontroli str. 212-250)

Kierownik Apteki szpitalnej wyjaśniła, co następuje: „Receptariusz stanowi o lekach, które są uwzględniane w przetargu i do których dostęp przewidziany jest umowami z kontrahentami. Leki ratujące życie zobowiązani są dostarczyć do Szpitala w ciągu 6 godzin. Nie wszystkie leki są zatem magazynowane w Aptece Szpitalnej czy w Apteczkach Oddziałowych. Byłoby to niegospodarne. W Szpitalu funkcjonują procedury zamawiania niezbędnych medykamentów. Leki ratujące życie, wymagające szybkiego dostępu do nich, znajdują się w poszczególnych Oddziałach, gdzie możliwy jest dostęp przez 24 godziny na dobę.” Stwierdziła ponadto, że 12 z tych antybiotyków¹¹ brak było w Aptece szpitalnej gdyż nie zostały zamówione z powodu ich rzadkiego stosowania, a pozostałe 10 antybiotyków¹² znajdowało się w apteczkach oddziałów szpitalnych oraz w Poradni Lekarza Rodzinnego.

(akta kontroli str. 491 – 530)

13. Opracowana w lutym 2018 r. Szpitalna Polityka Antybiotykowa zawierała rekomendacje dotyczące diagnostyki i terapii najczęściej występujących zakażeń. Zawarto w niej także wykaz antybiotyków najbardziej skutecznych przy określonym patogenie, w tym Penicylinę G, Ceftriakson, Ceftazydym, Klarytromycynę i Unasyn. Pozycji tych brak było w wykazie antybiotyków zawartym w Receptariuszu szpitalnym oraz, za wyjątkiem Unasynu, na stanie magazynowym Apteki szpitalnej w dniu 30 czerwca 2018 r.

Od maja 2018 r. w Szpitalu obowiązywały m.in. następujące instrukcje: Postępowanie w przypadku stwierdzenia alarmowego gronkowca złocistego wśród personelu medycznego, Postępowanie w przypadku stwierdzenia MRSA (metycylinooporny *staphylococcus aureus*), Postępowanie z pacjentem skolonizowanym/zakażonym enterobacteriaceae CPE, Badania skryningowe pacjentów przyjmowanych do Szpitala (procedura zatwierdzona 20 sierpnia 2018 r.), Postępowanie w przypadku wykrycia u pacjenta *Clostridium Difficile*.

(akta kontroli str. 114-146)

14. Diagnostyka mikrobiologiczna określona została w Szpitalnej polityce antybiotykowej w odniesieniu do:

- szpitalnego zapalenia płuc w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii,
- szpitalnego zapalenia płuc związanego z placówką medyczną.

(akta kontroli str.38-41)

Z zatwierdzonej 19 marca 2018 r. procedury dotyczącej zapobiegania zakażeniom szpitalnym wynikało m. in., że szczegółowe zasady w tym zakresie określone zostały m.in. w następujących instrukcjach:

¹¹ Penicylina proc., Timentin, Novocef, Rulid, Macromax, Tobramycin, Abactal, Viregyt K, Ig Vena, Antytoksyna tężca. Końska, Tamiflu, Euvax B.

¹² Tarcefandol - na stanie apteczki Oddziału Położniczo-Ginekologicznego; Garamycin – na stanie apteczki Bloku Operacyjnego; Antytoksyna jadu żmiji – na stanie Szpitalnego Oddziału Ratunkowego, Gamma anty HBS - na stanie Oddziału Noworodkowego, Uman Big, Nimenrix, FSME-Immun Junior, Rotarix, Varilrix, Prenevar, Infanrix – na stanie Poradni Lekarza Rodzinnego.

- strategii zmniejszania ryzyka zakażeń szpitalnych miejsca operowanego,
- zapobiegania kontaminacji czyli zanieczyszczenia bakteryjnego pola operacyjnego,
- postępowania w przypadku stwierdzenia MRSA,
- postępowania w zakażeniach układu moczowego w oddziale położniczo-ginekologicznym,
- postępowania w zakażeniach układu moczowego,
- profilaktyki antybiotykowej zakażeń szpitalnych,
- zakażenia miejsca operowanego,
- zabezpieczenia miejsca operowanego,
- postępowania w przypadku stwierdzenia lub podejrzenia zachorowania na chorobę zakaźną.

(akta kontroli str. 141-146)

15. W Szpitalu w latach 2016 – 2018 (I półrocze) nie wdrożono „Szpitalnej Polityki Antybiotykowej” i w związku z tym nie prowadzono analiz dotyczących racjonalizacji stosowania antybiotyków.

Zadania polegające m.in. na analizie wyników badań mikrobiologicznych oraz ocenie lokalnej sytuacji epidemiologicznej w celu optymalizacji profilaktyki i terapii antybiotykowej określone zostały w programach pracy Zespołu kontroli zakażeń szpitalnych na 2017 r. i 2018 r.

Z protokołu z posiedzenia Zespołu kontroli zakażeń szpitalnych, które miało miejsce w dniu 5 kwietnia 2017 r. wynikało m.in., że na spotkaniu Zespół omówił wprowadzenie w dwóch oddziałach czynnego nadzoru nad zużyciem antybiotyków oraz kontrolę bezpośrednią nad postaciami zakażeń szpitalnych. W protokole z posiedzenia Zespołu kontroli zakażeń szpitalnych z dnia 9 sierpnia 2017 r. zapisano, że podczas przeglądu kart rejestracji zakażenia szpitalnego stwierdzono niedokładności lub braki w zakresie ich wypełniania. Z zapisów w tym protokole wynikało ponadto, że Zespół omówił antybiotykoterapię – nadzór czynny w oddziale chirurgii i ortopedii oraz sformułował zalecenie i wnioski w zakresie m. in. opracowania i wdrożenia Szpitalnej Polityki Antybiotykowej. Z protokołu z posiedzenia w dniu 25 lipca 2018 r. wynikało, m.in. że Zespół podjął decyzję o konieczności wprowadzenia zmian w Szpitalnej Polityce Antybiotykowej w związku ze zmianami wytycznych leczenia *Clostridium difficile* oraz profilaktyki okołoperacyjnej (Cefazolina 2g lub 3g>80kg).

(akta kontroli str. 375-427)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. Zgodnie z art. 14 ust. 1 pkt 3 lit. e ustawy o zwalczaniu zakażeń kierownicy podmiotów leczniczych są obowiązani do ograniczenia narastania lekooporności biologicznych czynników chorobotwórczych w wyniku niewłaściwego stosowania profilaktyki i terapii antybiotykowej.

W zarządzeniu z dnia 17 lipca 2014 r. w sprawie powołania Zespołu ds. Antybiotykoterapii oraz określenia jego zadań Zarząd Szpitala zapisał, że za wykonanie tego zarządzenia, w szczególności za przygotowanie przez Zespół ds. Antybiotykoterapii do dnia 30 listopada 2014 r. projektu polityki antybiotykowej oraz projektu zasad edukacji personelu lekarskiego w zakresie racjonalnej antybiotykoterapii odpowiedzialny jest Wiceprezes Zarządu Pan Sebastian Nowicki. Pomimo tych obowiązków Wiceprezes S. Nowicki nie wyegzekwował od Zespołu ds. Antybiotykoterapii przygotowania projektów tych dokumentów oraz realizacji pozostałych przypisanych mu zadań, w szczególności organizacji i prowadzenia szkoleń dla lekarzy i personelu medycznego Szpitala w zakresie racjonalnej

antybiotykoterapii, a także gromadzenia i analizowania informacji o rodzajach i wielkości używanych antybiotyków i kosztach leczenia

Prezes S. Nowicki niedopełnienie ww. obowiązków tłumaczył nadmiarem zadań którymi obarczony był personel zaangażowany w pracę Zespołu ds. Antybiotykoterapii.

(akta kontroli str. 113, 428-430)

2. Funkcjonujący w Szpitalu od 17 lipca 2014 r. Zespół ds. Antybiotykoterapii nie opracował zaleceń zmierzających do racjonalizacji stosowania antybiotyków. Zadania w tym zakresie określone zostały w zarządzeniu w sprawie powołania tego Zespołu.

Prezes S. Nowicki wyjaśnił, że prace nad tymi zaleceniami zbiegły się w czasie z procesem przygotowania Szpitala (początek 2018 r.) do akredytacji. Dodał, że opracowana w lutym 2018 r. szpitalna polityka antybiotykowa, stanowiła element standardów akredytacyjnych.

(akta kontroli str. 428-430)

3. W latach 2016 – 2018 (I półrocze) Komitet kontroli zakażeń szpitalnych nie uczestniczył w opracowaniu i aktualizacji standardów farmakoprofilaktyki i farmakoterapii zakażeń i chorób zakaźnych w Szpitalu, co było niezgodne z art. 15 ust. 4 pkt 3 ustawy o zwalczaniu zakażeń.

(akta kontroli str. 261-275)

4. Zarząd Szpitala w procesie wdrażania w Szpitalu w 2018 r. Szpitalnej Polityki Antybiotykowej nie wydał zarządzenia określającego uprawnienia Zespołu ds. Antybiotykoterapii oraz jego przewodniczącego.

W ocenie NIK nieokreślenie przez Zarząd Szpitala w zarządzeniu uprawnień Zespołu ds. Antybiotykoterapii oraz jego przewodniczącego było działaniem nierzetelnym.

Prezes Zarządu Szpitala S. Nowicki stwierdził, że wydawanie nowego zarządzenia w sytuacji obowiązywania zarządzenia z 2014 r., określającego zadania zespołu ds. antybiotykoterapii nie było konieczne.

(akta kontroli str. 428-430)

5. Pomimo obowiązku wynikającego z art. 86 ust. 4 pkt 2 ustawy z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne¹³ w obowiązującej w Szpitalu od 9 stycznia 2014 r. procedurze: Apteka Szpitalna nie określono zasad wydawania leków dla pacjenta. Nieustalenie tych zasad skutkowało brakiem wiedzy Apteki szpitalnej o faktycznym zużyciu antybiotyków, uniemożliwiało monitorowanie stosowania antybiotyków w oddziałach szpitalnych i rezultatów podjętych interwencji służących racjonalizacji ich stosowania, a także porównywanie z innymi ośrodkami o tym samym profilu leczenia pacjentów.

Prezes Szpitala wyjaśnił, że działająca w Szpitalu Apteka szpitalna nie wydaje leków pacjentom przebywającym na oddziałach. Apteka szpitalna wydaje leki oddziałom szpitalnym i dopiero tam, zgodnie z zaleceniami personelu medycznego, leki ordynowane są pacjentom. Prezes dodał, że z uwagi na specyficzną rolę tej apteki w stosunku do aptek ogólnodostępnych nie było konieczności opracowania w niej zasad wydawania leków dla pacjentów.

(akta kontroli str. 147-158, 585-586)

¹³ Dz. U. z 2017 r. poz. 2211, ze zm.

W ocenie NIK dystrybucja antybiotyków na konkretnych pacjentów pozwoliłaby na bieżący monitoring rozdysponowanych dawek leku na oddziały, a tym samym redukcje błędów i nadużywania antybiotyków.

OCENA CZĄSTKOWA

W latach 2016-2018 (I półrocze) w Szpitalu nie wdrożono szpitalnej polityki antybiotykowej zalecanej przez Ministra Zdrowia i nie dokonano racjonalizacji stosowania antybiotyków.

Zarząd Szpitala pomimo powołania w lipcu 2014 r. Zespołu ds. Antybiotykoterapii i zobowiązania go m. in. do opracowania szpitalnej polityki antybiotykowej, nie wyegzekwował realizacji tego obowiązku. Szpitalna polityka antybiotykowa opracowana została dopiero w lutym 2018 r., lecz Zarząd Szpitala nie wydał zarządzenia w sprawie jej wprowadzenia. Zarząd Szpitala nie wyegzekwował również od Zespołu ds. Antybiotykoterapii realizacji innych przypisanych mu zadań, w szczególności opracowania zasad edukacji personelu lekarskiego oraz organizacji i prowadzenia szkoleń dla lekarzy i personelu medycznego w zakresie racjonalnej antybiotykoterapii.

Z nałożonych obowiązków dotyczących m.in. tworzenia w szpitalu polityki antybiotykowej nie wywiązał się także powołany Komitet ds. farmakoterapii, który w latach 2016-2018 (I półrocze) nie prowadził analiz dotyczących racjonalizacji stosowania antybiotyków. Podstawą takich analiz powinny być m. in. dane o faktycznym zużyciu antybiotyków na poszczególnych oddziałach Szpitala. Dane te nie były jednak dostępne, gdyż Zarząd Szpitala nie opracował i nie wprowadził odpowiedniej procedury.

2. Monitorowanie zjawiska antybiooporności

Opis stanu
faktycznego

1. Szpital posiadał własną pracownię mikrobiologiczną. W procedurze nr P-210: Sterowanie operacyjne procesem diagnostyki laboratoryjnej oraz jego monitorowanie zapisano m. in., że wchodzi ona w skład Pracowni Diagnostyki Laboratoryjnej. Pracownia Diagnostyki Laboratoryjnej zlokalizowana w Szpitalu była czynna przez całą dobę, natomiast Pracownia Diagnostyki Laboratoryjnej zlokalizowana w Przychodni Lekarz Rodzinny - od poniedziałku do piątku w godzinach od 7 do 14.35.

Z wyjaśnień mikrobiolog, zatrudnionej w Pracowni mikrobiologicznej Szpitala wynikało, że badania mikrobiologiczne wykonywane są od poniedziałku do piątku w godzinach od 7 do 14.35 oraz w soboty w godzinach od 7 do 15. Mikrobiolog dodała, że przyjmowanie materiału do badań mikrobiologicznych (na podłożach transportowych) odbywa się przez całą dobę oraz, że wykonanie badania mikrobiologicznego związanego z infekcją bakteryjną, w tym antybiogramu trwa od 3 do 4 dni.

(akta kontroli str. 159-170, 450)

W latach 2016-2018 (I półrocze) pielęgniarka epidemiologiczna w oparciu o wyniki badań mikrobiologicznych przeprowadzonych przez Pracownię mikrobiologiczną opracowała roczne raporty na temat sytuacji epidemiologicznej w Szpitalu. Wynikało z nich m. in., że sytuacja epidemiologiczna Szpitala w 2017 r. w porównaniu do 2016 r. nie poprawiła się. Zarówno w 2016 r. jak i 2017 r. w ocenie zagrożeń epidemiologicznych Szpitala zapisano występowanie patogenów alarmowych będących przyczyną zakażeń, wysokie ryzyko transmisji zakażeń krzyżowych w oddziale pediatrycznym, który oczekuje na remont i przeniesienie, a także brak spełnienia obowiązujących wymogów przez centralną sterylizatornię, w której brak zautomatyzowanego procesu dekontaminacji sprzętu. W ramach podjętych działań w zakresie zapobiegania i zwalczania zakażeń wyszczególniono m. in. aktualizację

i opracowanie nowych procedur i instrukcji z zakresu profilaktyki zakażeń szpitalnych, prowadzenie rejestru i monitoring patogenów alarmowych, weryfikację w systemie elektronicznym kart zakażeń szpitalnych i patogenów alarmowych, stosowanie izolacji zgodnie z obowiązującą instrukcją, nadzór nad wprowadzoną izolacją, funkcjonowanie w Szpitalu Komitetu Kontroli Zakażeń Szpitalnych i Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych, opracowanie programu kontroli zakażeń szpitalnych, realizację szkoleń z zakresu profilaktyki zakażeń szpitalnych, zaplanowanie działań dostosowawczych mających na celu poprawę bezpieczeństwa epidemiologicznego, których realizacja uzależniona jest od dostępności środków finansowych, montaż w centralnej sterylizatorni myjki dezynfektora do narzędzi.

W sprawozdaniu z działalności pielęgniarki epidemiologicznej w 2017 r., przekazany Zarządowi Szpitala, zapisano m. in., że w celu określenia czynników ryzyka wśród pacjentów pielęgniarki epidemiologiczne opracowały instrukcję identyfikacji pacjentów skolonizowanych niebezpiecznymi drobnoustrojami: VRE, MRSA, CPE, zaktualizowały obowiązującą instrukcję o stosowaniu izolacji oraz wprowadziły Kartę Interwencji Epidemiologicznej, Indywidualną Kartę Czynnika Alarmowego, Harmonogram Szkoleń Wewnętrznych i Zewnętrznych, Codzienną Kartę Obserwacji Epidemiologicznej, Raporty kwartalne ze zużycia środka do dezynfekcji rąk, Badanie PPS oraz Rejestr patogenów alarmowych. Ze sprawozdania wynikało ponadto, że pomimo prowadzenia przez ZKZSz rozmów z przedstawicielami poszczególnych komórek organizacyjnych dotyczących obowiązku wypełniania karty zakażenia szpitalnego, przeprowadzona weryfikacja kart rejestracji zakażenia szpitalnego (patogenu alarmowego) wykazała niedokładności w zakresie ich wypełniania. Polegały one m. in. na braku wpisu o czynniku etiologicznym, w tym patogenie alarmowym pomimo wykonanych badań mikrobiologicznych, braku danych o antybiotykoterapii, podjętych działaniach np. zastosowanej izolacji, braku wypełnienia poszczególnych elementów karty np. o przeprowadzonym zabiegu operacyjnym, czynnikach ryzyka zaistniałych przed i w trakcie hospitalizacji, braku wpisu o zakażeniu w karcie rejestracji zakażenia.

(akta kontroli str. 276-352)

Z wizyty akredytacyjnej przeprowadzonej w marcu 2018 r. przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia wynikało m. in., że w Szpitalu w obszarze kontroli zakażeń (działań redukujących ryzyko zakażeń) nie zostały spełnione następujące standardy: wdrożenie programu monitorowania zakażeń, przyjęcie kryteriów rozpoznawania zakażeń, walidacja danych o zakażeniach oraz wdrożenie programu racjonalnej polityki antybiotykowej.

(akta kontroli str. 95-112)

2. Liczba pacjentów hospitalizowanych w Szpitalu wzrosła z 19.994 w roku 2016 do 20.944 w roku 2017, tj. o 4,7%, natomiast spadła o 2,1% w I półroczu 2018 w porównaniu do I półrocza 2017. Badania mikrobiologiczne wykonane zostały 30,3% pacjentów hospitalizowanych w 2016 r., 21,1% pacjentów hospitalizowanych w 2017 r., 22% pacjentów hospitalizowanych w I półroczu 2017 oraz 31,6% pacjentów hospitalizowanych w I półroczu 2018. Odsetek pacjentów zakażonych spadł z 28% w roku 2016 do 5% w roku 2017. W I półroczu 2017 r. i 2018 r. udział pacjentów zakażonych w ogólnej liczbie pacjentów hospitalizowanych w Szpitalu pozostawał na tym samym 5% poziomie. Największy odsetek pacjentów zakażonych wystąpił w latach 2016-2017 w oddziale pediatrycznym (odpowiednio: 83% i 71%) oraz anestezjologii i intensywnej terapii (odpowiednio: 48% i 31%).

Odsetek pacjentów zakażonych patogenami wzrósł z 16% w roku 2016 do 17% w roku 2017. W I półroczu 2017 i 2018 r. odsetek pacjentów zakażonych patogenami pozostawał na tym samym 23% poziomie. Największy odsetek

pacjentów zakażonych patogenami w latach 2016-2017 wystąpił w zakładzie opiekuńczo leczniczym (odpowiednio: 66,7% i 0%), oddziale anestezjologii i intensywnej terapii (odpowiednio: 46% i 48%), w oddziale pediatrycznym (odpowiednio: 25% i 20%) oraz w oddziale rehabilitacji neurologicznej (odpowiednio: 0% i 50%).

Odsetek pacjentów Szpitala zakażonych bakteriami lekoopornymi spadł z 0,25% w 2016 r. do 0,14% w 2017 r. natomiast wzrósł z 0,1% w I półroczu 2017 do 0,25% w I półroczu 2018. Największy odsetek pacjentów zakażonych w latach 2016-2017 bakteriami lekoopornymi wystąpił w zakładzie opiekuńczo leczniczym (odpowiednio: 25% i 0%) oraz w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii (odpowiednio: 22% i 10%). Największy odsetek pacjentów zakażonych bakteriami lekoopornymi w I półroczu 2017 i 2018 r. wystąpił w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii (odpowiednio: 6% i 25%)

(akta kontroli str. 433- 441)

Wśród pacjentów Szpitala zakażonych bakteriami lekoopornymi największy odsetek dotyczył zakażeń Enterobacteriaceae- *Klebsiella pneumoniae* (pałeczka zapalenia płuc, oporna na cefalosporyny III generacji). W latach 2016-2017 odsetek pacjentów zakażonych tą bakterią wynosił odpowiednio: 0,18% i 0,11%, a w I półroczu 2017 i 2018 odpowiednio: 0,17% i 0,16%. Drugą bakterią lekooporną odpowiedzialną za zakażenia hospitalizowanych pacjentów była *Acinetobacter* spp (bakteria gram ujemna mogąca wywołać zakażenia szpitalne: płuc, zwłaszcza u pacjentów korzystających z respiratora, zakażenia skóry, tkanek miękkich, zakażenia układu moczowego, zapalenia środkowego układu nerwowego np. opon mózgowo-rdzeniowych, oporna na fluorochinony, aminoglikozydy i karbapenemy). W latach 2016-2017 odsetek pacjentów zakażonych tą bakterią wynosił odpowiednio: 0,05% i 0,005%, a w I półroczu 2017 r. i 2018 r. odpowiednio: 0,08% i 0,009%.

(akta kontroli str. 432)

3. Liczba badań mikrobiologicznych wykonanych pacjentom Szpitala spadła z 6.052 w roku 2016 do 4.414 w roku 2017, tj. o 27,1%. Porównanie I półrocza 2017 z I półroczem 2018 wykazało wzrost liczby wykonanych badań mikrobiologicznych z 2.547 do 3.290, tj. o 29,2%. Najwięcej badań mikrobiologicznych w latach 2016-2017 wykonano pacjentom oddziałów: pediatrycznego (odpowiednio: 2.203 i 1.289), anestezjologii i intensywnej terapii (odpowiednio: 1.484 i 1.061) oraz chorób wewnętrznych z intensywnym nadzorem kardiologicznym (odpowiednio: 988 i 1.008). W pierwszym półroczu 2017 i 2018 r. najwięcej badań mikrobiologicznych wykonano pacjentom oddziałów: pediatrycznego (odpowiednio: 892 i 834), anestezjologii i intensywnej terapii (odpowiednio: 549 i 686) oraz chorób wewnętrznych z intensywnym nadzorem kardiologicznym (odpowiednio: 502 i 950).

W 2017 r. wykonano pacjentom Szpitala 932 antybiogramy, co w porównaniu z 2016 r., w którym wykonano 832 antybiogramy oznacza wzrost o 12%. Liczba antybiogramów wykonanych pacjentom w I półroczu 2018 wzrosła w porównaniu do I półrocza 2017 r. o 55,2%.

Średnia liczba badań mikrobiologicznych w przeliczeniu na jedno łóżko szpitalne spadła z 23,78 w roku 2016 do 17,61 w roku 2017. Porównanie I półrocza 2017 r. do I półrocza 2018 wykazało wzrost tego wskaźnika z 10,02 do 13,02.

Koszt wykonania badań mikrobiologicznych, który w 2016 r. wynosił 182,5 tys. zł zmniejszył się do 160,7 tys. zł w roku 2017, tj. o 11,9%. Porównanie kosztu wykonania badań mikrobiologicznych w I półroczu 2017 i 2018 wykazało jego spadek z 89,7 tys. zł do 88,9 tys. zł, tj. o 0,9%

(akta kontroli str. 465-468)

4. W latach 2016-2017 odsetek pacjentów Szpitala zakażonych bakteriami lekoopornymi, którym wykonano badania mikrobiologiczne wynosił 1%.

Odsetek pacjentów zakażonych bakteriami lekoopornymi, wśród pacjentów, którym wykonano antybiogram spadł z 6% w roku 2016 do 3% w roku 2017. Porównanie I półrocza 2017 do 2018 r. wykazało wzrost tego wskaźnika z 3% do 4%.

(akta kontroli str. 433-437)

5. Szpital nie przedstawił danych dotyczących ogólnych (szacunkowych) kosztów leczenia pacjentów z zakażeniem bakteriami lekoopornymi w latach 2016 – 2018 (I półrocze). Spowodowane było to, jak wynikało z wyjaśnień Prezesa Szpitala, nieprowadzeniem takich statystyk w ramach bieżącej działalności.

(akta kontroli str. 539-541)

6. Szpital nie przedstawił danych obrazujących zużycie wybranych grup antybiotyków w poszczególnych oddziałach Szpitala. Prezes wyjaśnił, że nieprzekazanie tych danych spowodowane było chorobą kierownik Apteki szpitalnej, która według niego jest jedyną osobą w Szpitalu posiadającą te dane.

(akta kontroli str. 539-541)

7. W latach 2016-2018 (I półrocze) w Szpitalu nie opracowano oraz nie stosowano procedur określających sposób zbierania danych z oddziałów szpitalnych, apteki, laboratorium mikrobiologicznego i meldunków epidemiologicznych, umożliwiających monitorowanie zużycia antybiotyków.

Funkcjonujący w Szpitalu system informatyczny InfoMedica pozwalał upoważnionym przedstawicielom oddziałów Szpitala na składanie do Apteki Szpitalnej drogą elektroniczną zamówień na leki, w tym antybiotyki. Zamówienia te były podstawą przekazania leków, w tym antybiotyków z Apteki Szpitalnej na oddziały Szpitala. Na podstawie danych uzyskanych z Apteki Szpitalnej dotyczących antybiotyków wydanych na poszczególne oddziały Szpitala, pielęgniarka epidemiologiczna opracowała zestawienia zużycia antybiotyków w Szpitalu w 2016 r. i 2017 r. Wynikało z nich m. in., że z Apteki szpitalnej na oddziały szpitalne wydano w latach 2016 – 2017 odpowiednio 34 i 36 różnych antybiotyków. W 2017 r. w porównaniu z 2016 r. spadło zapotrzebowanie na siedem antybiotyków¹⁴, a wzrosło na 12 antybiotyków¹⁵.

Z wyjaśnień pielęgniarki epidemiologicznej wynikało, że sporządzone przez nią zestawienia zużycia antybiotyków z Apteki szpitalnej zostały przekazane Zarządowi Szpitala w rocznym raporcie o sytuacji epidemiologicznej Szpitala oraz, że na podstawie tych danych nie zostały sformułowane żadne wnioski.

(akta kontroli str. 147-158, 483-484, 531-536)

8. W latach 2016 – 2017 w Szpitalu leczona była zbliżona liczba pacjentów, odpowiednio: 1095 i 1102, którym w trakcie hospitalizacji podano dwa lub więcej antybiotyków. Porównanie I półrocza 2017 i 2018 r. wykazało spadek liczby takich pacjentów z 389 do 223, tj. o 42,7%.

(akta kontroli str. 462)

9. Obowiązek monitorowania w Szpitalu przez lekarzy bezpieczeństwa stosowania produktów leczniczych oraz zgłoszenia kierownikowi Apteki podejrzenia działania

¹⁴ Amoksiklav, Atecortin, Furocef, Imipenem, Monural, Tarcefandol, Garamycyna,

¹⁵ Biotum, Biofazolin, Biotrakson, Doxycyklina, Meropenem, Nystatyn, Rovamycin, Syntarpen, Tarfazolin, Xifanax, Vankomycin, Klacid.

niepożądanego produktu leczniczego określony został w Procedurze: Apteka szpitalna – sterowanie operacyjne procesem oraz jego monitorowanie, zatwierdzonej przez Prezesa Zarządu 9 stycznia 2014 r. Zapisano w niej m. in., że w przypadku podejrzenia ciężkiego działania niepożądanego produktu leczniczego należy wypełnić formularz zgłoszeniowy (zał. Nr 7 do Receptariusza Szpitalnego) i poinformować Wydział Monitorowania działań Niepożądanych w Urzędzie Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i produktów Biobójczych.

W latach 2016-2018 (I półrocze) w Szpitalu dwukrotnie (w lutym i listopadzie 2017 r.) stwierdzono niepożądane działania leków (Biofuroksym i Thiogamma), które na stosownym formularzu zgłoszeniowym zostało przekazane do Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych.

(akta kontroli str. 147-158, 258-260)

10. W latach 2016 – 2018 (I półrocze) w Szpitalu nie kontrolowano zasadności ordynacji antybiotyków.

Pierwsza kontrola w tym zakresie miała miejsce w lipcu 2018 r. w oddziale chirurgii ogólnej Szpitala. W ramach tej kontroli zweryfikowano zapisy w 200 historiach chorób pacjentów leczonych w tym oddziale w okresie od 1 kwietnia do 30 czerwca 2018 r. Celem weryfikacji była: antybiotykoterapia okołoperacyjna, jej zgodność ze Szpitalną Polityką Antybiotykową; postacie zakażeń szpitalnych, które nie zostały rozpoznane; otrzymanie odpowiedzi, czy na podstawie zarejestrowanych postaci zakażeń miejsca operowanego będzie można dokonać oceny ryzyka pod względem czynnika – rodzaju pola operacyjnego – rany skażone, rany brudne zgodnie z metodologią NNISS. W raporcie z tej kontroli sformułowane zostały następujące wnioski: „1. W zabiegach operacyjnych przepuklin metodą Lichtensteina nie zawsze podawany był antybiotyk okołoperacyjny co jest działaniem niezgodnym z wytycznymi zawartymi w SPA. 2. Zgodnie ze SPA antybiotyk jest podawany 30 minut przed nacięciem powłok skórnych – nie w każdym przypadku reguła ta była przestrzegana. 3. Przed zabiegiem ECPW – nie w każdym przypadku podawany był antybiotyk w profilaktyce okołozabiegowej. 4. Zabieg, który trwa powyżej 4 godzin wymaga podania drugiej dawki antybiotyku, standard ten nie zawsze był przestrzegany. 5. W trakcie weryfikacji dokumentacji rozpoznano zakażenia szpitalne, które nie zostały przez lekarza oddziału zarejestrowane, tj. zakażenie miejsca operowanego – 2, zakażenie skóry i tkanek miękkich – 1, zakażenie układu moczowego – 2. 6. Nieprawidłowości w zapisach w dokumentacji indywidualnej pacjenta tj.: obecny jest wpis informacyjny o podaniu antybiotyku okołoperacyjnego w karcie okołoperacyjnej tymczasem brak jest wpisu antybiotyku w indywidualnej karcie zleceń pacjenta i karcie znieczulenia (niezgodności w dokumentacji). 7. Brak podpisu lekarza zlecającego profilaktykę okołoperacyjną. 8. W oddziale nie jest przestrzegana procedura pobierania badań przesiewowych u chorych przed rokiem leczonych w innym podmiocie leczniczym zgodnie z obowiązującą Instrukcją I-402-043 Badania skryningowe pacjentów przyjmowanych do Szpitala Powiatowego we Wrześni Spółka z o.o. 9. Nieprzestrzeganie zapisów SPA w zakresie stosowania profilaktyki okołoperacyjnej (Cefazolina jednorazowo wg schematu) w zabiegach związanych z tworzeniem dostępu do dializy. 10. Zespół będzie prowadził 1 x na kwartał analizę ryzyka zakażenia miejsca operowanego pod względem czynnika – rodzaju pola operacyjnego rany skażonej i brudnej zgodnie z metodologią NNISS z ilości zarejestrowanych kart zakażenia miejsca operowanego.”

Z raportu z kontroli wewnętrznej przeprowadzonej przez pielęgniarkę epidemiologiczną w dniach 30-31 lipca 2018 r. w oddziale chorób wewnętrznych, w zakresie zużycia antybiotyków, czasu leczenia zgodnie z obowiązującą (od 1 stycznia 2018 r.) Szpitalną Polityką Antybiotykową wynikało m.in., że

wprowadzone antybiotyki podawane były zgodnie z pisemnym zleceniem w indywidualnej karcie zleceń lekarskich. W raporcie tym zapisano ponadto, że „...ZKZSz w ramach zapewnienia właściwej strategii polityki antybiotykowej w szpitalu rozpoczął z komitetem terapeutycznym działania mające na celu rozdzielenie antybiotyków na dwie grupy: pierwsza to antybiotyki dostępne na oddziale w postaci ciągłej do tzw. leczenia celowanego i druga to antybiotyki, których zastosowanie będzie wymagało potwierdzenia badaniami mikrobiologicznymi lub dokładnego umotywowania przed otrzymaniem wyniku. Wyznaczenie osób-lekarzy odpowiedzialnych za wyrażenie zgody na włączenie antybiotykoterapii celowanej. Utworzenie punktu w szpitalu tzw. „apteczki doraźnej” za którą odpowiadać będzie kierownik apteki, w której znajdować się będą leki i antybiotyki tzw. „rezerwowe”. Procedurę opracuje kierownik apteki.”

(akta kontroli str. 359-374)

11. Z wyjaśnień Przewodniczącej Zespołu ds. Antybiotykoterapii wynikało m. in., że w latach 2016-2018 (I półrocze) Zespół nie organizował i nie prowadził szkoleń dla lekarzy i personelu medycznego w zakresie racjonalnej antybiotykoterapii. Przewodnicząca Zespołu stwierdziła natomiast, że informacje w zakresie racjonalnej antybiotykoterapii były przekazywane w trakcie spotkań kierowników oddziałów. Dodała, że rekomendacje leczenia zakażeń z uwzględnieniem wrażliwości w oparciu o lokalną analizę antybiotykowrażliwości zawarte są w „Szpitalnej Polityce Antybiotykowej”.

(akta kontroli str. 256-257)

12. W latach 2016-2018 (I półrocze) inspekcja sanitarna przeprowadziła w Szpitalu pięć kontroli dotyczących oceny postępowania zapobiegającego szereganiu się zakażeń i chorób zakaźnych w warunkach szpitalnych. Wnioski i zalecenia w zakresie epidemiologii, sformułowane przez Wojewódzką Stację Sanitarno-Epidemiologiczną w wyniku kontroli przeprowadzonej w dniach 5 i 6 kwietnia 2018 r. dotyczyły m. in. przeprowadzania spotkań Komitetu kontroli zakażeń szpitalnych w pełnym składzie i dokumentowania tego podpisami osób obecnych, opracowania i wdrożenia zasad oceny ryzyka wystąpienia zakażenia związanego z wykonywaniem świadczeń zdrowotnych, zweryfikowania systemu zaznajamiania pracowników z procedurami/instrukcjami epidemiologicznymi (obowiązującymi i aktualizowanymi oraz uzyskiwania od tych pracowników odpowiednich oświadczeń w tym zakresie w trakcie całego okresu zatrudnienia, weryfikacji i aktualizacji obowiązującej w Szpitalu instrukcji „dezynfekcja”, uzupełnienie obowiązujących instrukcji/procedur o informacje jakiego personelu szpitalnego one dotyczą.

(akta kontroli str. 170-208)

13. W latach 2016-2018 (I półrocze) były prowadzone przeciw Szpitalowi trzy postępowania sądowe z tytułu zakażeń. Jedno z tych postępowań (z 2016 r.) zakończyło się oddaleniem powództwa (Szpital nie poniósł żadnych kosztów). Do czasu kontroli NIK nie zostały zakończone pozostałe dwa postępowania sądowe.

(akta kontroli str. 431)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. W Szpitalu w latach 2016 – 2018 (I półrocze) nie podjęto działań pozwalających na monitorowanie zjawiska antybiotykooporności polegających na:

- opracowaniu oraz stosowaniu procedur zbierania danych z oddziałów szpitalnych dotyczących zużycia antybiotyków,

- kontrolowaniu zasadności ordynacji antybiotyków,
- prowadzeniu szkoleń lekarzy w zakresie racjonalnej antybiotykoterapii.

W ocenie NIK, niepodjęcie tych działań mogło przyczynić się do wzrostu lekooporności drobnoustrojów w jednostkach organizacyjnych Szpitala.

Prezes Szpitala stwierdził, że w jego ocenie żaden z powszechnie obowiązujących przepisów prawa nie nakłada na podmiot leczniczy obowiązku opracowania oraz stosowania procedur zbierania danych z oddziałów szpitalnych dotyczących zużycia antybiotyków. Brak organizowania szkoleń dla lekarzy w zakresie racjonalnej antybiotykoterapii Prezes tłumaczył występującą w szpitalu dużą fluktuacją personelu medycznego i związanym z tym brakiem uzasadnienia prowadzenia takich szkoleń dla lekarzy, którzy „...niemalże z dnia na dzień mogą odejść ze Szpitala.” Prezes stwierdził ponadto, że znaczna część lekarzy zatrudniona jest na umowach cywilno-prawnych w treści których wskazano, że ordynowanie leków winno się odbywać z uwzględnieniem aktualnej wiedzy medycznej. Dodał, że w jego ocenie takie zapisy w umowach zwalniają Szpital z obowiązku organizowania szkoleń dla lekarzy, a lekarzy zobowiązują do dochowania najwyższej staranności w procesie ordynowania antybiotyków.

(akta kontroli str. 585-586)

NIK zwraca uwagę, że szkolenia personelu medycznego są niezbędnym elementem wprowadzenia w Szpitalu Szpitalnej Polityki Antybiotykowej.

2. Spadek średniej liczby wykonanych w Szpitalu badań mikrobiologicznych w przeliczeniu na jedno łóżko szpitalne w latach 2016-2017 oraz nieznaczny wzrost tego wskaźnika w I półroczu 2018 r. w porównaniu do roku 2017, a także zbyt mała liczba wykonanych antybiogramów świadczyły o niedostatecznym wykorzystywaniu diagnostyki mikrobiologicznej do monitorowania w Szpitalu zjawiska antybiotykooporności. Spowodowane było to, jak wynikało z Raportu z przeglądu Akredytacyjnego, przeprowadzonego przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, niskim wskaźnikiem zgłaszalności zakażeń.

(akta kontroli str. 95-112, 433-437)

OCENA CZĄSTKOWA

W latach 2016 – 2018 (I półrocze) zjawisko antybiotykooporności nie było w Szpitalu monitorowane prawidłowo. Świadczyło o tym przede wszystkim nieopracowanie oraz niestosowanie procedur zbierania danych z oddziałów szpitalnych dotyczących zużycia antybiotyków, brak kontroli zasadności ordynacji antybiotyków oraz nieprowadzenie szkoleń lekarzy w zakresie racjonalnej antybiotykoterapii. Mała liczba wykonanych w tym okresie badań mikrobiologicznych, w tym antybiogramów wskazywała na niedostateczne wykorzystywanie diagnostyki mikrobiologicznej. Pomimo prowadzenia w Szpitalu statystyki epidemiologicznej związanej z zakażeniami bakteryjnymi nie analizowano jej wyników.

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 szpitalne.

Opis stanu faktycznego

1. W latach 2016 - 2017 średnia długość pobytu w Szpitalu pacjentów zakażonych bakteriami lekoopornymi była przeszło dwukrotnie większa od średniej długości

pobytu w Szpitalu pacjentów zakażonych oraz blisko sześciokrotnie większa od średniej długości pobytu w Szpitalu pacjentów niezakażonych¹⁶. W I półroczu 2017 i 2018 średnia długości pobytu w Szpitalu pacjentów zakażonych bakteriami lekoopornymi była odpowiednio: trzykrotnie i dwukrotnie większa od średniej długości pobytu w Szpitalu pacjentów zakażonych oraz odpowiednio: trzykrotnie i siedmiokrotnie większa od średniej długości pobytu w szpitalu pacjentów niezakażonych¹⁷.

(akta kontroli str. 542-545)

2. Liczba pacjentów, u których stwierdzono zakażenia o etiologii *Clostridium difficile* wzrosła z trzech w 2017 r. do siedmiu w I półroczu 2018.

W Szpitalu od 21 maja 2018 r. obowiązywała instrukcja postępowania w przypadku wykrycia u pacjenta *Clostridium difficile*.

Przestrzeganie przez personel Szpitala postanowień tej instrukcji nie było w latach 2016 – 2018 (I półrocze) przedmiotem kontroli wewnętrznej przeprowadzonej przez powołane do tego Zespoły.

(akta kontroli str.133-137, 444)

3. Liczba hospitalizowanych pacjentów zakażonych bakteriami lekoopornymi spadła z 49 w roku 2016 do 29 w roku 2017, tj. o 40,8%, wzrosła natomiast w I półroczu 2018 w porównaniu do I półrocza 2017 (z 11 do 28), tj. o 154,5%.

(akta kontroli str. 438-441)

4. Ze sprawozdań MZ-29 o działalności szpitala ogólnego w latach 2016 – 2017 wynikało, że liczba zgonów spadła w tym okresie z 362 do 334, tj. o 7,7% oraz, że przyczyną tych zgonów nie były zakażenia wewnątrzszpitalne.

W sporządzonych w Szpitalu zestawieniach dotyczących liczby zgonów oraz podejrzeń zgonów z powodu zakażeń wykazano, że:

- w 2016 r. stwierdzono 2 zgony, których przyczyną była grypa z innymi objawami wywołana zidentyfikowanym wirusem grypy,
- w II połowie 2017 r. jeden stwierdzony zgon spowodowany został zapaleniem opon mózgowo-rdzeniowych,
- w I półroczu 2018 r. stwierdzono jeden zgon, którego przyczyną była grypa z innymi objawami wywołana zidentyfikowanym wirusem grypy.

Zatrudniony na podstawie umowy cywilno-prawnej lekarz reprezentujący powołany w Szpitalu w 2018 r. Zespół ds. analizy przyczyn zgonów pacjentów odmówił wyjaśnień dotyczących m. in. liczby i wyników posiedzeń tego Zespołu.

(akta kontroli str. 55-94, 463-464)

5. W latach 2016 – 2018 (I półrocze) Zespół ds. antybiotykoterapii nie przeprowadził audytów i analiz oceniających efektywność szpitalnej polityki antybiotykowej.

(akta kontroli str. 428-430)

¹⁶ W latach 2016 – 2017 średnia długość pobytu w Szpitalu pacjentów zakażonych bakteriami lekoopornymi wynosiła odpowiednio: 18,41 dnia i 18,17 dnia; średnia długość pobytu w Szpitalu pacjentów zakażonych odpowiednio: 8,23 dnia i 8,4 dnia; średnia długość pobytu w Szpitalu pacjentów niezakażonych wynosiła odpowiednio: 2,71 dnia i 3,07 dnia.

¹⁷ W I półroczu 2017 i 2018 średnia długość pobytu w Szpitalu pacjentów zakażonych bakteriami lekoopornymi wynosiła odpowiednio: 24,73 dnia i 21 dni; średnia długość pobytu w Szpitalu pacjentów zakażonych odpowiednio: 8,01 dnia i 10,25 dnia; średnia długość pobytu w Szpitalu pacjentów niezakażonych wynosiła odpowiednio: 7,75 dnia i 2,97 dnia.

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

Analiza kart zdrowia i choroby 39 pacjentów, którym w latach 2016 - 2018 (I półrocze) udzielono świadczeń w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna i przepisano najwięcej (135) antybiotyków, wykazała, że:

- przeprowadzenie szczegółowego wywiadu medycznego oceniającego ogólny stan zdrowia i pozwalającego uzyskać informacje o przebytych dotychczas infekcjach bakteryjnych, zażywanych antybiotykach i reakcjach alergicznych odnotowane zostało w 13 wpisach ordynujących antybiotyki, tj. 9,6% ogółu. Odpowiedzialni lekarze podstawowej opieki zdrowotnej (dalej: „POZ”) wyjaśnili, że wywiady medyczne przeprowadzone zostały ustnie, a brak adnotacji w kartach zdrowia i choroby pacjentów potwierdzających ich przeprowadzenie spowodowany był przede wszystkim brakiem czasu,
- zlecenie wykonania badań mikrobiologicznych przed pełnym zdiagnozowaniem pacjenta i przepisaniem antybiotyku, w tym antybiogramu odnotowane zostało w czterech wpisach, tj. 3% ogółu. Odpowiedzialni lekarze POZ wyjaśnili, że nie zlecenie wykonania badań mikrobiologicznych było podyktowane przede wszystkim stanem pacjentów, który wymagał pilnego włączenia antybiotykoterapii. Podkreślali przy tym, że na wyniki zleconych badań mikrobiologicznych trzeba oczekiwać od 3 do 5 dni,
- adnotacji o prawidłowym dawkowaniu antybiotyków (ile razy dziennie, o jakiej porze, w jakiej dawce, przez jaki okres czasu) nie było w żadnym z analizowanych wpisów. Odpowiedzialni lekarze POZ wyjaśnili, że każdy pacjent, któremu przepisane zostały leki, w tym antybiotyki otrzymuje na piśmie informację o ich dawkowaniu,
- w żadnym z analizowanych wpisów w kartach zdrowia i choroby pacjentów nie było adnotacji zalecającej stosowanie probiotyków, których działanie ma wspomóc prawidłowe funkcjonowanie flory fizjologicznej podczas trwania terapii antybiotykowej. Odpowiedzialni lekarze POZ wyjaśnili, że ustnie informowali pacjentów o konieczności stosowania probiotyków,
- pacjentom¹⁸ z zaleconą antybiotykoterapią lekarze POZ wystawili zwolnienia lekarskie, trwające od 5 do 10 dni,
- średni okres leczenia antybiotykiem wynosił, 5,7 dni w 2016 r., 6,1 dni w 2017 r, oraz 6,4 dni w I półroczu 2018,
- najczęstsze rozpoznania choroby według klasyfikacji ICD 10 wpisane w kartach zdrowia i choroby pacjentów to: ostre zapalenie oskrzeli, zapalenie płuc wywołane nieokreślonym drobnoustrojem oraz ostre zapalenie gardła,
- w związku z ww. rozpoznaniem pacjentom najczęściej przepisano Zinacef (antybiotyk z grupy J01DC02), Augmentin (antybiotyk z grupy J01CR02) oraz Rovamycine (antybiotyk z grupy J01FA02),
- powodem 62 wizyt pacjentów u lekarzy POZ, w wyniku których przepisane zostały antybiotyki, spośród 135 analizowanych (45,9% ogółu) była nieskuteczność leczenia tymi antybiotykami. W 51 przypadkach (82,3% ogółu) pacjentom przepisano ponownie inny antybiotyk, nie poprzedzając tego zleceniem wykonania badań mikrobiologicznych (sporządzeniem

¹⁸ Pacjenci w wieku produkcyjnym

antybiogramu). Infekcje bakteryjne leczone były w tych przypadkach przepisaniem pacjentom przez lekarzy POZ od dwóch do pięciu antybiotyków.

(akta kontroli str. 485 - 490)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. Liczba hospitalizowanych pacjentów zakażonych bakteriami lekoopornymi wzrosła w I półroczu 2018 w porównaniu do I półrocza 2017 aż o 154,5%. Ponadto w okresie tym z trzech do siedmiu (przeszło dwukrotnie) wzrosła liczba pacjentów z powikłaniami infekcyjnymi, u których stwierdzono zakażenia o etiologii *Clostridium difficile*.

W ocenie NIK, na wzrost w tym okresie liczby hospitalizowanych pacjentów zakażonych bakteriami lekoopornymi oraz powikłań infekcyjnych wpływ mogło mieć niewdrożenie w Szpitalu w latach 2016 – 2018 (I półrocze) Szpitalnej polityki antybiotykowej.

(akta kontroli str. 438-441, 444)

2. Powodem 62 wizyt pacjentów u lekarzy POZ, w wyniku których przepisane zostały antybiotyki, spośród 135 analizowanych (45,9% ogółu) była nieskuteczność leczenia tymi antybiotykami. W 51 przypadkach (82,3% ogółu) pacjentom przepisano ponownie inny antybiotyk, bez uprzedniego zlecenia wykonania badań mikrobiologicznych (sporządzenia antybiogramu).

W ocenie NIK, przepisanie pacjentom podczas jednej infekcji bakteryjnej kilku antybiotyków, bez uprzedniego zlecenia wykonania badań mikrobiologicznych (sporządzenia antybiogramu) było działaniem nierzetelnym i mogło skutkować wzrostem lekooporności drobnoustrojów.

(akta kontroli str. 485-490)

OCENA CZĄSTKOWA

Niewdrożenie w Szpitalu w latach 2016 – 2018 (I półrocze) Szpitalnej polityki antybiotykowej mogło wpłynąć na znaczny wzrost liczby hospitalizowanych pacjentów zakażonych bakteriami lekoopornymi w I półroczu 2018 w porównaniu do I półrocza 2017, a także na wzrost w tym okresie powikłań infekcyjnych.

Na wzrost lekooporności drobnoustrojów wpływ mieli także lekarze POZ, którzy w latach 2016 – 2018 (I półrocze) przepisywali pacjentom dwa lub więcej antybiotyków bez uprzedniego wykonania antybiogramów.

IV. Wnioski

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

Wnioski

- 1) wyegzekwowanie od powołanego w Szpitalu Zespołu ds. Antybiotykoterapii opracowania zaleceń zmierzających do racjonalizacji stosowania antybiotyków, a także przeprowadzania kontroli zasadności ich ordynacji,
- 2) opracowanie i wdrożenie w Szpitalu procedur pozwalających na zbieranie i analizowanie danych z oddziałów szpitalnych dotyczących zużycia antybiotyków oraz kosztów leczenia,
- 3) dostosowanie obowiązującej w Szpitalu procedury Apteka szpitalna do wymogów określonych w Prawie Farmaceutycznym,

- 4) zapewnienie przeszkolenia lekarzy w zakresie racjonalnej antybiotykoterapii.

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 Poznaniu. 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
wykorzystania uwag
i wykonania wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK należy poinformować Najwyższą Izbę Kontroli, w terminie 21 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie 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.

Poznań, 28 listopada 2018 r.

Kontroler
Jolanta Jankowska
Doradca ekonomiczny

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Poznaniu
Dyrektor
z up. Grzegorz Malesiński
Wicedyrektor

.....
podpis

.....
podpis