



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Rzeszowie

LRZ.410.011.03.2021

Marian Furmanek
Dyrektor Samodzielnego Publicznego
Zespołu Opieki Zdrowotnej w Leżajsku
ul. Leśna 22
37-300 Leżajsk

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

P/21/088 Funkcjonowanie szpitalnych oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii oraz bloków operacyjnych w województwie podkarpackim

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Leżajsku, ul. Leśna 22, 37-300 Leżajsk (dalej SPZOZ).
Kierownik jednostki kontrolowanej	Marian Furmanek, Dyrektor SPZOZ.
Zakres przedmiotowy kontroli	<ol style="list-style-type: none">1. Warunki udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii.2. Warunki dotyczące czasu pracy i kwalifikacji lekarzy oraz pielęgniarek zatrudnionych w oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii.3. Wymagania dotyczące wyposażenia, oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii oraz bloków operacyjnych, w wyroby medyczne.
Okres objęty kontrolą	Lata 2018 – 2020, z uwzględnieniem zdarzeń wcześniejszych i późniejszych o ile miały wpływ na działalność jednostki w kontrolowanym zakresie.
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 Rzeszowie
Kontroler	Roman Tadla, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LRZ/59/2021 z 12 maja 2021 r. (akta kontroli str. 1-3)

¹ Dz. U. z 2020 r. poz. 1200 ze zm. dalej: ustawa o NIK.

II. Ocena ogólna² kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

W okresie objętym kontrolą sfinalizowane zostały działania SPZOZ podejmowane w celu dostosowania Oddziału Intensywnej Opieki Medycznej i Anestezjologii (dalej OIOMiA) Szpitala pod wezwaniem Matki Bożej Pocieszenia w Leżajsku (dalej Szpital) do obowiązujących wymagań przestrzennych oraz Bloku Operacyjnego (dalej BO) Szpitala do obowiązujących wymagań architektonicznych, określonych przez Ministra Zdrowia. Wymagania te zostały spełnione w wyniku oddania do użytkowania nowego obiektu Szpitala, dobudowanego do głównego budynku oddziałów łóżkowych. We wrześniu 2018 r. do nowego budynku przeniesiono BO, a w miejscu jego poprzedniej lokalizacji urządzono nowy OIOMiA, który funkcjonuje w tej lokalizacji od września 2019 r. Wymagania te nie były spełnione w poprzednich lokalizacjach tych komórek organizacyjnych.

Po zmianie lokalizacji, stanowiska intensywnej terapii w OIOMiA, stanowiska znieczulania w BO oraz stanowiska w sali nadzoru poznieczuleniowego wyposażono w nowoczesne wyroby medyczne. Wyposażenie tych stanowisk spełniało warunki dotyczące wyrobów medycznych, określone przez Ministra Zdrowia, najistotniejsze dla jakości udzielanych świadczeń intensywnej terapii i anestezji, a także dla bezpieczeństwa pacjentów. Wyroby medyczne były poddawane regularnym przeglądom technicznym.

Do obowiązujących standardów nie została natomiast w pełni dostosowana organizacja udzielania świadczeń. Świadczenia intensywnej terapii i anestezji były udzielane przez czterech lekarzy posiadających wymagane kwalifikacje specjalistów anestezjologii i intensywnej terapii. Niewystarczający stan zatrudnienia lekarzy o takiej specjalizacji powodował, że występowały przypadki obecności w pracy jednego lekarza specjalisty anestezjologii i intensywnej terapii, w sytuacjach gdy świadczenia udzielane były zarówno w sali nadzoru poznieczuleniowego (sali wybudzeniowej) jak i na stanowiskach intensywnej terapii w OIOMiA.

Stwierdzono także występowanie okresów, w których nie została zapewniona obecność lekarza specjalisty anestezjologii i intensywnej terapii przy udzielaniu świadczeń intensywnej terapii w OIOMiA, ponieważ wszyscy obecni w Szpitalu lekarze, posiadający taką specjalizację, udzielali świadczeń anestezji. Analiza czasu wykonywania tych świadczeń wykazała, że przestrzegano standardu, zgodnie z którym lekarz może w tym samym czasie znieczulać tylko jednego pacjenta.

Niedostateczna liczba zatrudnionych lekarzy powodowała sytuacje długotrwałych, nieprzerwanych pobytów lekarzy w pracy. W skrajnych przypadkach czas ten przekraczał 79 godzin. Pomimo że nie naruszało to odrębnych przepisów prawa określających normy czasu pracy lekarzy, które nie miały tu zastosowania z uwagi na udzielanie przez lekarzy świadczeń na podstawie umów cywilnoprawnych, to – zdaniem NIK – mogło stwarzać zagrożenie należytego wykonywania świadczeń zdrowotnych, a nawet zagrożenie dla bezpieczeństwa pacjentów znieczulanych lub poddanych intensywnej terapii.

Stan zatrudnienia i organizacja pracy pielęgniarek anestezjologicznych odpowiadały wymogom określonym w standardach organizacyjnych opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii.

Oprócz niezapewnienia stałej obecności lekarza specjalisty anestezjologii i intensywnej terapii przy udzielaniu świadczeń w OIOM, w kontroli stwierdzono

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

nieprawidłowości polegające na: niepełnym opracowaniu procedur przygotowania pacjenta do znieczulenia, braku wymaganej liczby łóżek w OIOMiA (w 2018 r.), niezapewnieniu obecności pielęgniarki anestezjologicznej podczas znieczulania pacjentów (w przypadku pięciu spośród 115 zbadanych spraw), a także przypadki nieumieszczenia pacjentów w sali nadzoru poznieczuleniowego (12 w 30 zbadanych sprawach).

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowe³ kontrolowanej działalności

OBSZAR

1. Warunki udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii

1.1. Organizacja oddziału anestezjologii i intensywnej terapii oraz bloku operacyjnego

Opis stanu faktycznego

Działalność Szpitala – jednego z trzech zakładów leczniczych wchodzących w skład SPZOZ – dotycząca OIOMiA oraz BO, była potwierdzona wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (RPWDL), prowadzonego przez Wojewodę Podkarpackiego. W rejestrze tym, zgodnie z rozporządzeniami Ministra Zdrowia z 29 września 2011 r. oraz 29 marca 2019 r. w sprawie szczegółowego zakresu danych objętych wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz szczegółowego trybu postępowania w sprawach dokonywania wpisów, zmian w rejestrze oraz wykreśleń z tego rejestru⁴, w rubryce Zakres świadczeń zdrowotnych udzielanych w komórce organizacyjnej, wpisano kody resortowe określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 17 maja 2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania⁵:

- w przypadku OIOMiA – w polu pierwszym *Kod resortowy charakteryzujący działalność komórki organizacyjnej* – 4260 Oddział anestezjologii i intensywnej terapii, w polu drugim *Kod funkcji ochrony zdrowia* – HC.1.1. Leczenie stacjonarne, w polu trzecim *Kod resortowy dziedziny medycyny* – 01 Anestezjologia i intensywna terapia;
- w przypadku BO – w polu pierwszym – 4910 Blok operacyjny, w polu drugim – HC.1.1 Leczenie stacjonarne.

(akta kontroli str. 4-28, 33-51)

OIOMiA zaliczany był do pierwszego poziomu referencyjnego oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii⁶. Oddział ten, a także BO, zostały wyodrębnione w strukturze organizacyjnej Szpitala, podanej w statucie oraz regulaminach

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

⁴ Rozporządzenie z 29 września 2011 r. (Dz. U. z 2014 r. poz. 325 ze zm.), rozporządzenie z 29 marca 2019 r. (Dz. U. poz. 605).

⁵ Dz. U. z 2019 r. poz. 173.

⁶ Zgodnie z załącznikiem nr 3 do zarządzenia nr 66/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z 29 czerwca 2018 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne (Dz. Urz. Prezesa NFZ poz. 66), kod 03.4260.040.02 oznacza świadczenia z zakresu anestezjologia i intensywna terapia – hospitalizacja, a kod 03.4260.050.02 – świadczenia z zakresu anestezjologia i intensywna terapia II poziom referencyjny – hospitalizacja. W zawartych przez SPZOZ umowach o udzielanie świadczeń leczenia szpitalnego, w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii, określono kod zakresu 03.4260.040.02.

organizacyjnych SPZOZ⁷. W regulaminach tych nie przypisano zadań poszczególnym oddziałom Szpitala. Określono dla nich zadania wspólne, a w szczególności:

- udzielanie kwalifikowanej pomocy medycznej, zwłaszcza w przypadkach nagłych (wypadkach i zachorowaniach);
- udzielanie świadczeń konsultacyjnych pacjentom z innych oddziałów;
- wykonywanie badań diagnostycznych na rzecz pacjentów hospitalizowanych i ambulatoryjnych, w oparciu o odpowiednie pracownie diagnostyczne;
- zapewnienie profesjonalnej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej na optymalnym poziomie ilościowym i jakościowym, uwarunkowanej stanem zdrowia pacjenta;
- zapewnienie pacjentowi leków i artykułów sanitarnych;
- zapewnienie pomieszczenia i wyżywienia odpowiedniego do stanu zdrowia;
- prowadzenie spraw z zakresu orzecznictwa lekarskiego;
- prowadzenie spraw związanych z dokumentacją i statystyką medyczną;
- podejmowanie działań związanych z prawidłową realizacją kontraktów zawartych z NFZ.

(akta kontroli str. 29-52)

Dyrektor SPZOZ pisemnie informował poszczególne komórki organizacyjne o zmianach liczby łóżek w oddziałach, wynikających z wpisów do RPWDL. Zgodnie z tymi informacjami i wpisami, łączna liczba łóżek w oddziałach Szpitala wynosiła: od 1 stycznia 2018 r. do 31 lipca 2018 r. – 385, od 1 sierpnia 2018 r. do 31 grudnia 2018 r. – 380, od 1 stycznia 2019 r. do 31 grudnia 2020 r. – 339.

Liczby te nie uwzględniają, wykazanych w RPWDL, łóżek w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym (SOR). Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że łóżek tych nie uwzględniano w ogólnej liczbie łóżek w Szpitalu, *ponieważ w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 27 czerwca 2019 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego⁸, przy opisie obszarów SOR nie występuje określenie „łóżko” lecz „stanowisko”. W RPWDL, w pozycji dotyczącej SOR, nie są stosowane określenia adekwatne do rozporządzenia. W porozumieniu z organem prowadzącym księgę rejestrową, dla naszego zakładu liczbę stanowisk w SOR wykazano w pozycji liczba łóżek ogółem. W obowiązujących aktach prawnych nie zostało zdefiniowane, czy stanowiska SOR powinny być uwzględniane w ogólnej liczbie łóżek, do wyliczenia wskaźników.*

Przy uwzględnieniu łóżek w SOR, na stanowiskach intensywnej terapii i stanowiskach obserwacyjnych, łączna liczba łóżek w oddziałach szpitalnych wynosiła: od 1 stycznia 2018 r. do 31 lipca 2018 r. – 392, od 1 sierpnia 2018 r. do 31 grudnia 2018 r. – 387, od 1 stycznia 2019 r. do 31 grudnia 2020 r. – 349.

Zgodnie z RPWDL oraz pismami Dyrektora SPZOZ, w latach 2018 – 2020 OIOMiA posiadał sześć łóżek. Dodatkowo posiadał jedno łóżko w pełni wyposażone i monitorowane, które znajdowało się w izolatce i nie było ujmowane w RPWDL. Ponadto, Oddział Udarowy wyposażony był w pięć łóżek intensywnej opieki, Oddział Neurologii w jedno takie łóżko, a SOR – w dwa stanowiska intensywnej terapii.

(akta kontroli str. 4-28, 53-85)

Szpital posiadał ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej za szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem

⁷ Statut nadany uchwałą Rady Powiatu Leżajskiego nr XLIII/200/2017 z 26 kwietnia 2017 r., zmieniony uchwałami Rady Powiatu Leżajskiego nr: LII/242/2017 z 21 grudnia 2017 r., LIV/251/2018 z 31 stycznia 2018 r., LX/274/2018 z 27 czerwca 2018 r. Regulaminy organizacyjne SPZOZ nadane zarządzeniami Dyrektora SPZOZ nr: 48/2017 27 grudnia 2017 r., 32/2028 z 24 maja 2018 r., 53/2018 z 28 września 2028 r., 66/2018 z 27 grudnia 2018 r., 21/2019 z 25 kwietnia 2029 r., 38/2019 z 2 października 2029 r., 46/2020 z 22 grudnia 2020 r.

⁸ Dz. U. poz. 1213 ze zm.

zaniechania udzielania świadczeń. Zakres tego ubezpieczenia – ustalony przez Szpital oraz przyjęty przez ubezpieczyciela – był zgodny z rozporządzeniem Ministra Finansów z 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą⁹. Suma gwarancyjna ubezpieczenia została ustalona w wysokości minimalnej określonej w tym rozporządzeniu dla podmiotów leczniczych udzielających całodobowych, stacjonarnych, szpitalnych świadczeń zdrowotnych, tj. w wysokości 100 tys. euro w odniesieniu do jednego zdarzenia oraz 500 tys. euro w odniesieniu do wszystkich zdarzeń. Wysokość składki rocznej, za ubezpieczenie od 15 marca 2017 r. do 1 marca 2018 r., wynosiła 147.125 zł, a w kolejnych okresach ubezpieczenia – od 15 marca do 14 marca następnego roku – 124.354,24 zł.

(akta kontroli str. 95-132)

W regulaminie organizacyjnym Szpitala określono, że oddziałami kierują kierownicy oddziałów. W związku z tak przyjętymi rozwiązaniami organizacyjnymi, Dyrektor SPZOZ – na podstawie art. 49 ust. 7 ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej¹⁰ – nie ogłaszał konkursów na stanowiska kierujących oddziałami, w tym na stanowisko kierującego OIOMiA. Lekarz, który w okresie objętym kontrolą kierował OIOMiA, posiadał kwalifikacje specjalisty anestezjologii i intensywnej terapii (specjalizację drugiego stopnia w zakresie anestezjologii i reanimacji oraz tytuł specjalisty w tym zakresie). W okresie tym, dwie pielęgniarki pełniły funkcję pielęgniarki oddziałowej w OIOMiA. Obie posiadały tytuł pielęgniarki specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, uzyskany po odbyciu szkolenia specjalizacyjnego w tej dziedzinie¹¹.

(akta kontroli str. 42-52, 133)

W latach 2018 – 2021 (do 31 maja) kontrole obejmujące funkcjonowanie OIOMiA lub BO przeprowadzane były przez Podkarpackiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego (PPWIS). W wyniku kontroli przeprowadzonej 25 oraz 26 października 2018 r., PPWIS wydał decyzję nakazującą, między innymi, przeprowadzenie badań i pomiaru podtlenku azotu na stanowiskach pracy związanych z jego stosowaniem w salach BO¹² oraz decyzję nakazującą dostosowanie przestrzeni i kształtu pomieszczeń w OIOMiA, w celu prawidłowego rozmieszczenia aparatury i sprzętu¹³. W kontroli BO przeprowadzonej 21 października 2019 r. – w zakresie higieny radiacyjnej BO – stwierdzono, że stan sanitarno-higieniczno-techniczny sal operacyjnych nie budzi zastrzeżeń. W kontroli przeprowadzonej 24 i 25 października 2019 r. oraz 28 listopada 2019 r. stwierdzono wykonanie obowiązku dostosowania przestrzeni i kształtu pomieszczeń OIOMiA. Kontrola przeprowadzona 6 czerwca 2018 r. przez Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Lecznictwa w Rzeszowie obejmowała – między innymi – krwiolecznictwo w OIOMiA. Nie sformułowano zaleceń pokontrolnych w zakresie dotyczącym OIOMiA.

(akta kontroli str. 134-179)

⁹ Dz. U. Nr 293 poz. 1729. Rozporządzenie uchylone z dniem 1 czerwca 2019 r. Obowiązywało ono w dniu ogłoszenia postępowań o udzielenie zamówienia publicznego na ubezpieczenie (w okresie objętym kontrolą) majątku oraz odpowiedzialności cywilnej.

¹⁰ Dz. U. z 2021 r. poz. 711 ze zm.

¹¹ Pielęgniarka, która miała powierzone obowiązki pielęgniarki oddziałowej w OIOMiA od 1 czerwca 2003 r. do 29 marca 2020 r., tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki uzyskała 14 listopada 2006 r. Pielęgniarka, której powierzono obowiązki pielęgniarki oddziałowej od 30 marca 2020 r. do 31 stycznia 2022 r., tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki uzyskała 10 września 2014 r.

¹² Decyzja SE. 9020.54.4.2018 z 24 stycznia 2019 r.

¹³ Decyzja SE. 9020.54.1.2019 z 28 stycznia 2019 r.

Stwierdzone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki, w przedstawionym wyżej zakresie, stwierdzono nieprawidłowość dotyczącą wskaźnika liczby łóżek w OIOMiA.

Zgodnie z § 4 ust. 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 16 grudnia 2016 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii¹⁴ (dalej rozporządzenie w sprawie standardów w dziedzinie AIT), liczba łóżek w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii stanowi co najmniej 2% ogólnej liczby łóżek w szpitalu.

Wykazywana przez Szpital liczba łóżek w OIOMiA stanowiła: od 1 stycznia 2018 r. do 31 sierpnia 2018 r. – 1,5% liczby wszystkich łóżek jakimi dysponował Szpital (z uwzględnieniem łóżek na stanowiskach intensywnej terapii i obserwacyjnych w SOR), od 1 września 2018 r. do 31 grudnia 2018 r. – 1,6% takiej liczby, a w roku 2019 i 2020 – 1,7%. Z uwzględnieniem łóżka w izolatce wskaźnik ten wynosił 1,8% w 2018 r., a wymaganą wartość 2% osiągnął od 1 stycznia 2019 r., po zmniejszeniu łącznej liczby łóżek w oddziałach Szpitala.

Zastępca Dyrektora, ds. Lecznictwa, SPZOZ wyjaśnił, że zorganizowanie większej ilości łóżek w OIOMiA nie było możliwe z powodu ograniczeń architektonicznych i technologicznych oraz poinformował, że został złożony wniosek do RPWDL o zmianę liczby łóżek w OIOMiA z sześciu na siedem (po uwzględnieniu łóżka w izolatce), co pozwoli spełnić warunek określony w § 4 ust. 3 rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AIT.

(akta kontroli str. 4-28, 53-64, 83-85)

1.2. Standardy organizacyjne postępowania przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii

Opis stanu
faktycznego

Zasady przygotowania pacjenta do znieczulenia zostały uwzględnione w procedurach: *Ciągłość opieki nad pacjentem leczonym operacyjnie* (procedura CO 9.2.1) oraz *Standardowa procedura postępowania anestezjologicznego z pacjentem operowanym w znieczuleniu ogólnym złożonym w Bloku Operacyjnym* (procedura ZA 1). Za cel procedury CO 9.2.1 przyjęto, między innymi, zapewnienie pacjentowi bezpieczeństwa podczas znieczulenia, a procedury ZA 1 – ujednoczenie sposobu postępowania anestezjologicznego w stosunku do pacjenta, u którego jest planowany/przeprowadzany zabieg operacyjny. Procedury te zostały opracowane przez lekarza specjalistę intensywnej terapii i anestezjologii – kierownika BO, sprawdzone przez Zastępcę Dyrektora, do spraw Lecznictwa, SPZOZ oraz zatwierdzone przez Dyrektora SPZOZ.

W procedurze CO 9.2.1 określono, między innymi, że:

- lekarz anestezjolog jest odpowiedzialny za ocenę stanu zdrowia pacjenta przed zabiegiem; uzyskanie zgody pacjenta na znieczulenie; zlecenie leków, których wymaga stan zdrowia chorego, w związku z planowanym znieczuleniem;
- pielęgniarka anestezjologiczna odpowiada za przyjęcie pacjenta do BO i sprawdzenie jego tożsamości; transport w obrębie BO; nadzór nad pacjentem podczas zabiegu i w sali wybudzeń; wykonywanie zleceń lekarskich;
- razem z pacjentem do BO dostarczana jest zgoda na znieczulenie i karta znieczulenia.

¹⁴ Dz. U. z 2020 r. poz. 940 ze zm.

W wersji tej procedury obowiązującej od 18 maja 2021 r. uwzględniono zakres podstawowych badań pacjentów poddawanych planowym zabiegom operacyjnym¹⁵.

W procedurze ZA 1 określono, między innymi, że:

- lekarz anestezjolog odpowiada za ocenę stanu zdrowia pacjenta przed zabiegiem i ocenę ryzyka okołoperacyjnego;
- przed każdym znieczuleniem chory badany jest przez anestezjologa;
- w skład oceny przedoperacyjnej wchodzi: zapoznanie się z historią choroby, badanie podmiotowe i przedmiotowe, zapoznanie się z wynikami badań dodatkowych, ewentualne zlecenie badań i konsultacji specjalistycznych, ocena ryzyka związanego z zabiegiem i znieczuleniem, zlecenie leczenia przygotowawczego potrzebnego do przeprowadzenia zabiegu i znieczulenia oraz dla minimalizacji ryzyka;
- przed wizytą anestezjologa pielęgniarka oddziału zabiegowego udostępnia choremu ankietę anestezjologiczną;
- po zebraniu szczegółowego wywiadu, zbadaniu chorego i zapoznaniu się z badaniami dodatkowymi, anestezjolog wypełnia kartę przedznieczuleniovą;
- anestezjolog przeprowadza dokładny wywiad dotyczący ewentualnego krwawienia, zażywanych leków przeciwkrzepliwych, chorób krwi i ewentualnie zleca odpowiednie badania laboratoryjne;
- anestezjolog informuje lekarza operującego o odstępstwach od stanu prawidłowego i podejmuje z nim wspólnie decyzję dotyczącą rodzaju znieczulenia, zabiegu i zarezerwowania preparatów krwi.

(akta kontroli str. 275-298)

Sposób komunikacji alarmowej, o którym mowa w § 9 pkt 2 rozporządzenia *w sprawie standardów w dziedzinie A&IT*, jako o jednym ze standardów organizacyjnych postępowania przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezji, rozumiany był w Szpitalu jako system wzywania zespołu reanimacyjnego w sytuacjach zagrażających zdrowiu lub życiu pacjenta, wymagających przeprowadzenia zaawansowanych zabiegów reanimacyjnych. Zasady postępowania w takich sytuacjach ujęto w procedurach: OP 2.2.1 *Podstawowe zabiegi reanimacyjne u dorosłych – standardowa procedura postępowania*, OP 2.2.4 *Podstawowe zabiegi reanimacyjne u dzieci – standardowa procedura postępowania*, OP 2.2.2. *Podstawowe zabiegi resuscytacyjne u dorosłych – algorytm postępowania*. Procedury OP 2.2.1. oraz OP 2.2.2 zostały opracowane przez kierownika OIOMiA, a procedura OP 2.2.4 została przez niego sprawdzona. Określały one zasady i sposób postępowania w sytuacji reagowania poszkodowanego, a także przy braku jego reakcji i jednocześnie prawidłowym oraz nieprawidłowym oddechu. Wskazane zostały zasady prowadzenia resuscytacji. Podany został telefoniczny numer kontaktowy szpitalnego zespołu resuscytacyjnego. Procedury te zostały rozpowszechnione, wśród pracowników Szpitala, poprzez zamieszczenie ich na stronach intranetowych.

Dyrektor SPZOZ wyjaśnił, że numer ten, *wpisany kolorem czerwonym, znajduje się w widocznym miejscu w każdym oddziale szpitalnym. Po wybraniu numeru dzwoni telefon w trzech miejscach Szpitala – Oddziale Intensywnej Opieki Medycznej, w pokoju lekarzy anestezjologów oraz na stanowisku pielęgniarki anestezjologicznej w Bloku Operacyjnym. Zespół reanimacyjny natychmiast udaje się do miejsca wezwania.*

(akta kontroli str. 134-136, 180-192, 299)

¹⁵ Morfologia, elektrolity (Na+, K+), mocznik, kreatynina, w przypadku planowanej laparotomii lub innego zabiegu obciążonego ryzykiem wzmożonego krwawienia obowiązkowo potwierdzona grupę krwi, EKG ważne przez 30 dni (u pacjentów powyżej 45 roku życia).

Zgodnie z § 9 pkt 9 rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiiT, lekarz wykonujący znieczulenie może w tym samym czasie znieczulać tylko jednego pacjenta, podczas znieczulenia z lekarzem współpracuje pielęgniarka anestezjologiczna, co dotyczy również znieczuleń wykonywanych poza salą operacyjną. Przestrzeganie tego standardu sprawdzono na próbie, którą stanowiły znieczulenia dokonane w związku z zabiegami operacyjnymi wykonanymi w 15 losowo wybranych dniach okresu objętego kontrolą: pięciu dniach marca 2018 r., czerwca 2019 r., września 2020 r. Ogółem sprawdzono wykonywanie znieczuleń w związku ze 115 zabiegami. Nie stwierdzono przypadków, aby w tym samym czasie ten sam lekarz znieczulał więcej niż jednego pacjenta. Ustalono, że podczas zabiegu ortopedycznego wykonanego 6 czerwca 2019 r. oraz czterech zabiegów ortopedycznych wykonanych 7 czerwca 2019 r., z lekarzem wykonującym znieczulenie nie współpracowała pielęgniarka anestezjologiczna¹⁶, lecz pielęgniarka, która kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki ukończyła 27 czerwca 2019 r.

(akta kontroli str. 300-313)

Ustalenia miejsca przebywania pacjentów, bezpośrednio po przeprowadzonym zabiegu operacyjnym, zostały dokonane na podstawie próby 30 dokumentacji medycznych¹⁷ – po 10 dokumentacji medycznych zabiegów w marcu 2018 r., czerwcu 2019 r., wrześniu 2020 r. W 18 przypadkach, bezpośrednio po zabiegach pacjenci zostali umieszczeni w sali wybudzeniowej, w dwóch – w sali pooperacyjnej Oddziału Chirurgii Ogólnej, w ośmiu – w sali chorych Oddziału Urazowo-Ortopedycznego, w dwóch – w sali pooperacyjnej Oddziału Urazowo-Ortopedycznego, którą urządzono w miejscu poprzedniej lokalizacji OIOMiA.

Zastępca, ds. Lecznictwa, Dyrektora SPZOZ wyjaśnił, że zabiegi pacjentów przekazanych do oddziału macierzystego były wykonywane w znieczuleniu podpajęczynówkowym¹⁸, sedoanalgezji¹⁹ lub znieczuleniu ogólnym dożylnym. *W tych przypadkach pacjenci nie wymagali pobytu w sali wybudzeń, bezpośrednio po zabiegu byli oddawani pod opiekę personelu oddziałów zabiegowych, w obecności lekarza anestezjologa i pielęgniarki anestezjologicznej. Pielęgniarki oddziałów zabiegowych pisemnie potwierdzają stan pacjenta przy przekazywaniu. O pobycie w sali wybudzeniowej każdorazowo decyduje anestezjolog, który znieczulał do zabiegu i ponosi odpowiedzialność za swoje decyzje. W przypadku przewiezienia pacjenta do sali chorych Oddziału Urazowo-Ortopedycznego nadzór nad nim sprawował personel oddziału zgodnie z zaleceniem anestezjologa. Systematycznie kontrolowane były parametry życiowe, stan ogólny, stan rany pooperacyjnej, w razie potrzeby pacjent był monitorowany. Pacjenci Oddziału Chirurgii Ogólnej, po przewiezieniu z Bloku Operacyjnego, przez 24 godziny przebywali w sali pooperacyjnej, w której zapewniony jest stały nadzór personelu.*

(akta kontroli str. 83-86, 89, 314-315)

¹⁶ W rozumieniu § 2 pkt 6 rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiiT, pielęgniarka anestezjologiczna to pielęgniarka, która ukończyła specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki lub pielęgniarka, która ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, lub pielęgniarka w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki.

¹⁷ Próbę dobrano losowo spośród 115 spraw analizowanych w zakresie spełniania warunku określonego w § 9 pkt 9 rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiiT.

¹⁸ Polega na wstrzyknięciu niewielkiej ilości leku miejscowo znieczulającego do płynu mózgowo-rdzeniowego w okolicy lędźwiowej.

¹⁹ Rodzaj znieczulenia, w którym lekarz podaje pacjentowi dożylnie środki znieczulające i uspokajające. Pacjent oddycha samodzielnie, reaguje na bodźce i polecenia lekarza, jednak jest mocno wyciszony, nie odczuwa strachu ani bólu i z reguły niewiele pamięta. Sedoanalgeza jest rozwiązaniem zdecydowanie bezpieczniejszym i mniej obciążającym niż narkoza.

Pielęgniarki na stanowisku nadzoru w OIOMiA miały zapewnioną możliwość obserwacji pacjentów poddanych intensywnej terapii. Stanowisko nadzoru zostało urządzone w jednoosobowej sali intensywnej terapii. Obserwację umożliwiały przeszklone ściany, oddzielające tę salę od sali dwuosobowej i trzyosobowej. Do obserwacji pacjenta na stanowisku intensywnej terapii usytuowanym we wnętrzu sali trzyosobowej (najdalej od stanowiska nadzoru pielęgniarskiego) dodatkowo wykorzystywano system wizyjny. System taki stwarzał także możliwość obserwacji pacjenta przebywającego w izolatce. Kierownik OIOMiA wyjaśnił, że w poprzedniej lokalizacji tego oddziału także istniała możliwość bezpośredniej obserwacji pacjenta, ponieważ stanowiska nadzoru pielęgniarskiego znajdowały się w głównej sali sześciolóżkowej oraz w izolatce.

(akta kontroli str. 90-94, 316-319)

W Szpitalu została zapewniona możliwość izolacji pacjentów poddanych intensywnej terapii oraz dostępność wyrobów medycznych monitorujących i terapeutycznych, niezbędnych do wykonywania specjalistycznych interwencji w stanach zagrożenia życia. W OIOMiA została wydzielona izolatka. W wieloosobowych salach intensywnej terapii, w celu odizolowania konkretnego stanowiska od pozostałych pacjentów, korzystano z systemu przenośnych parawanów.

(akta kontroli str. 83-85, 87, 316-319)

Oceny jakości świadczeń udzielanych w OIOMiA, o których mowa w § 14 rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AilT, dokonywane były – w formie ustnej – przez lekarza kierującego tym oddziałem. Wyjaśnił on, że dokonywał ich regularnie, oraz że obejmowały one: zgodność postępowania z Wytycznymi Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii, ocenę prowadzonych działań diagnostyczno-terapeutycznych podejmowanych w stosunku do każdego pacjenta, zgodność postępowania z obowiązującymi w Szpitalu procedurami.

Zgodnie z ww. przepisem, oceny te obejmować powinny w szczególności zgodność postępowania z procedurami przygotowania pacjenta do znieczulenia w celu bezpiecznego przeprowadzenia zabiegu w trybie natychmiastowym, pilnym, przyspieszonym i planowym. Obowiązujące w Szpitalu procedury nie określały przygotowania pacjenta do znieczulenia w celu bezpiecznego przeprowadzenia zabiegów w każdym z tych trybów. Kierownik OIOMiA, w sprawie dokonywania ocen w sytuacji braku odrębnych procedur dla każdego trybu wyjaśnił, że *w trakcie wieloletniej praktyki wypracowano standard postępowania, który pozwala na bezpieczne i prawidłowe przygotowanie pacjenta do zabiegu. Przed każdym zabiegiem planowym każdy z pacjentów ma wykonany pakiet badań podstawowych. Dzień przed zabiegiem lekarz anestezjolog przeprowadza wywiad anestezjologiczny i na podstawie tego wywiadu i stwierdzonych obciążeń zdrowotnych, analizy dokumentacji medycznej, ustala badania dodatkowe, które należy wykonać uwzględniając rodzaj zabiegu i planowanego znieczulenia. Dodatkowo lekarz, który będzie przeprowadzał zabieg, zleca niezbędne badania dodatkowe. W przypadku zabiegów innych niż planowe, wywiad przeprowadzany jest w dniu zabiegu, przed rozpoczęciem zabiegu zlecane są badania możliwe czasowo do wykonania i przystępuje się do zaopatrywania pacjenta. W trakcie zabiegu pakiet badań jest uzupełniany – wykonywane są badania dodatkowe (laboratoryjne, diagnostyka obrazowa) zlecane przez lekarza anestezjologa oraz lekarza operującego. Wypracowany model postępowania oraz wieloletnie doświadczenie lekarzy anestezjologów pozwalają na prawidłowe przygotowanie pacjentów do znieczulenia. W ciągu ostatnich lat nie wystąpiło żadne powikłanie poznieczuleniowe.*

(akta kontroli str. 90-92, 323-326)

W Szpitalu obowiązywały pisemne procedury określające sposób postępowania po opuszczeniu łóżka przez pacjenta²⁰. Określono w nich czynności związane ze zmianą pościeli i dezynfekcji stanowiska. W czwartym wydaniu tej procedury, obowiązującym od 7 grudnia 2018 r., ustalono obowiązek prowadzenia karty kontroli czystości i dezynfekcji łóżka oraz potwierdzania na niej przeprowadzonych czynności, poprzez złożenie podpisu osoby wykonującej oraz kontrolującej. W Szpitalu obowiązywały także uregulowania wewnętrzne dotyczące:

- podziału pomieszczeń na strefy sanitarne;
- zasad utrzymania czystości oraz mycia, dezynfekcji, prac porządkowych wykonywanych w Szpitalu;
- mycia i dezynfekcji powierzchni wolnej od zanieczyszczeń organicznych;
- dezynfekcji powierzchni zanieczyszczonej substancją organiczną;
- dokumentowania czynności utrzymania czystości, dezynfekcji, prac porządkowych wykonywanych w Szpitalu.

Określono w nich: stopień mycia i dezynfekcji stref dotykowych i bezdotykowych w pomieszczeniach zaliczonych do poszczególnych stref sanitarnych, spektrum preparatów jakie należy używać do mycia i dezynfekcji w poszczególnych strefach, schemat mycia i dezynfekcji poszczególnych rodzajów pomieszczeń, odpowiedzialność i uprawnienia w zakresie mycia i dezynfekcji powierzchni wolnych od zanieczyszczeń organicznych oraz zanieczyszczonych substancjami organicznymi, przebieg mycia i dezynfekcji tych powierzchni. W uregulowaniach tych został wyszczególniony OIOMiA. Został on zakwalifikowany do strefy czystości zmiennej – wysokiego ryzyka. Odrębnie dla OIOMiA określono częstotliwość mycia i dezynfekcji poszczególnych powierzchni i wyposażenia, sposób mycia oraz rodzaj środka myjącego. Częstotliwości mycia i dezynfekcji w OIOMiA, odnotowana w kartach kontroli czystości i dezynfekcji, była zgodna z określoną w obowiązujących uregulowaniach. Karty kontroli i dezynfekcji łóżka wypełniane były po wprowadzeniu tego obowiązku.

(akta kontroli str. 134-136, 193-274, 327-343)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. Brak kompletnych procedur określających przygotowanie pacjentów do znieczulenia, w tym wykazów badań diagnostycznych i laboratoryjnych, w celu bezpiecznego przeprowadzenia zabiegów.

Zgodnie z § 9 pkt 1 rozporządzenia w sprawie standardów AiiT, kierownik podmiotu leczniczego prowadzącego szpital, w porozumieniu z lekarzem kierującym oddziałem anestezjologii i intensywnej terapii, określa procedury przygotowania pacjenta do znieczulenia, w tym wykaz badań diagnostycznych, laboratoryjnych, w celu bezpiecznego przeprowadzenia zabiegu w trybie natychmiastowym, pilnym, przyspieszonym i planowym.

W Szpitalu obowiązywała procedura ZA 1, której celem było ujednoczenie postępowania anestezjologicznego w stosunku do pacjenta, u którego planowany był zabieg operacyjny. Nie zostały określone procedury przygotowania pacjenta do znieczulenia, w tym wykazy badań diagnostycznych i laboratoryjnych, w celu przeprowadzenia zabiegów w pozostałych trybach. Wykaz badań pacjentów poddawanych planowym zabiegom operacyjnym określony został w wersji procedury CO 9.2.1, obowiązującej od 18 maja 2021 r.

²⁰ Standard KZ 1.4.2 Zasady postępowania z łóżkiem po przeniesieniu, wypisie, zgonie pacjenta.

Dyrektor SPZOZ wyjaśnił, że przyczynami nieopracowania takich procedur, w formie pisemnej, były: wypracowanie przez lekarzy anesteziologów sposobu postępowania, ich wieloletnie doświadczenie, prawidłowy przebieg wykonywanych znieczuleń oraz ograniczenia czasowe lekarzy anesteziologów. *Obecnie podjęte zostały działania w celu sformalizowania sposobu przygotowania pacjenta do znieczulenia w sposób określony w obowiązującym standardzie organizacyjnym.*

Zastępca Dyrektora do spraw Lecznictwa, SPZOZ wyjaśnił, że o zakresie wykonywanych badań, decyzja była podejmowana indywidualnie, w odniesieniu do każdego pacjenta, przez lekarza anesteziologa, z uwzględnieniem stanu zdrowia pacjenta. *Procedury, jako zalecenia postępowania, ewoluują pod wpływem czasu, zdarzeń i doświadczenia. W maju bieżącego roku stwierdziliśmy, że dla poprawy i ustandaryzowania opieki nad pacjentem operowanym, zasadne jest wprowadzenie tego zapisu.*

(akta kontroli str. 75-79, 83-86, 275-298)

2. Nieumieszczanie niektórych pacjentów w sali nadzoru poznieczuleniowego po wykonanym zabiegu.

Zgodnie z § 9 pkt 16 rozporządzenia w sprawie standardów AilT, w bezpośrednim okresie pooperacyjnym pacjenta umieszcza się w sali nadzoru poznieczuleniowego.

W przypadku 12 spośród 30 zbadanych spraw, bezpośrednio po zabiegach pacjenci nie byli umieszczani w sali nadzoru poznieczuleniowego, lecz zostali przekazani do oddziałów zabiegowych.

Dyrektor SPZOZ wyjaśnił, że *na salę pooperacyjną w oddziale zabiegowym byli przekazywani pacjenci po takich rodzajach zabiegów i wykonywanego znieczulenia, gdzie w ocenie lekarza anesteziologa nie występowało zagrożenia dla zdrowia i życia pacjenta. Decyzję o przekazaniu pacjenta do sali pooperacyjnej w oddziale podejmuje lekarz anesteziolog znieczulający pacjenta do zabiegu. (...) W sali pooperacyjnej w oddziale zabiegowym pacjent jest poddawany ciągłej obserwacji, objęty opieką pielęgniarską i lekarską, monitorowane są jego parametry życiowe. Do tej pory u żadnego z pacjentów nie wystąpiły powikłania zdrowotne wynikające z powodu przekazania bezpośrednio po zabiegu na salę pooperacyjną w oddziale zabiegowym. Obecnie w celu dostosowania postępowania z pacjentem po operacji do obowiązującego standardu poinformowano lekarzy o konieczności przebywania pacjenta po zabiegach operacyjnych na sali wybudzeniowej. O długości takiego pobytu zdecyduje lekarz znieczulający pacjenta do zabiegu.*

(akta kontroli str. 75-79, 83-86, 89, 314-315)

3. Nieobecność pielęgniarki anesteziologicznej podczas znieczulania pacjenta.

Zgodnie z § 9 pkt 9 rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AilT, z lekarzem wykonującym znieczulenie współpracuje pielęgniarka anesteziologiczna.

W przypadku pięciu spośród 115 sprawdzonych w kontroli znieczuleń, z lekarzem wykonującym znieczulenie nie współpracowała pielęgniarka posiadająca uprawnienia pielęgniarki anesteziologicznej. W trakcie jednego zabiegu w dniu 6 czerwca 2019 r. oraz czterech zabiegów przeprowadzonych 7 czerwca 2019 r., z lekarzem współpracowała pielęgniarka uczestnicząca w kursie w dziedzinie pielęgniarstwa anesteziologicznego i intensywnej opieki

Kierownik OIOMiA wyjaśnił, że osoba odpowiedzialna za oddelegowanie pielęgniarki współpracującej z lekarzem wykonującym znieczulenie podczas zabiegów ortopedycznych, wykonywanych 6 oraz 7 czerwca 2019 r., przebywa na emeryturze i nie ma możliwości ustalenia przyczyny skierowania tej pielęgniarki na dane stanowisko. Pełniąca obowiązki Naczelnej Pielęgniarki wyjaśniła, że 6 i 7 czerwca

2019 r. nieobecnych było w pracy pięć pielęgniarek spośród zespołu OIOMiA i fakt ten mógł być przyczyną skierowania do pracy przy znieczuleniu pielęgniarki będącej w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki.

(akta kontroli str. 83-86, 88, 94, 300-313)

1.3. Lokalizacja OIOMiA i sali nadzoru poznieczuleniowego oraz spełnienie wymagań przestrzennych w tych pomieszczeniach

Opis stanu faktycznego

W okresie objętym kontrolą nastąpiła zmiana lokalizacji OIOMiA oraz BO. Nowo wybudowany BO funkcjonuje od 28 września 2018 r., a OIOMiA w nowej lokalizacji – od 4 września 2019 r. Zarówno w nowej jak i poprzedniej lokalizacji, w obrębie BO została zorganizowana sala nadzoru poznieczuleniowego (sala wybudzeń).

Obecnie, a także przed zmianą lokalizacji, OIOMiA usytuowano na piątym piętrze głównego budynku Szpitala. Zapewniono komunikację i możliwość przewożenia pacjentów pomiędzy OIOMiA a BO, innymi oddziałami łóżkowymi oraz SOR. Na tym samym piętrze usytuowano Oddział Chirurgii Ogólnej i Oddział Urazowo-Ortopedyczny, a do 27 września 2018 r. także BO. Komunikacja pomiędzy OIOMiA a SOR i pozostałymi oddziałami łóżkowymi Szpitala odbywała się i odbywa z wykorzystaniem dźwigów umożliwiających przewożenie pacjentów na łóżkach. Po zorganizowaniu BO w nowym budynku Szpitala (dobudowanym do budynku głównego), komunikację OIOMiA z BO zapewniał system korytarzy i wind (wybudowano nowy szyb windy), łącznik pomiędzy budynkiem BO a budynkiem głównym i szybem windowym oraz pochylnia umożliwiająca pokonanie różnicy poziomów pomiędzy obydwojema budynkami.

Po zmianach lokalizacji, powierzchnie pokoi łóżkowych w OIOMiA oraz powierzchnia sali wybudzeniowej spełniały wymagania przestrzenne określone w załączniku nr 1 do rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AILT. Powierzchnie izolatki oraz jednoosobowej sali intensywnej terapii nie były mniejsze niż 18 m². W sali wybudzeniowej oraz dwuosobowej i trzyosobowej sali intensywnej terapii, na jedno stanowisko przypadło nie mniej niż 16 m². Wymagań tych nie spełniały pomieszczenia w poprzednich lokalizacjach. Powierzchnia sześciolóżkowej sali intensywnej terapii wynosiła 71,1 m², izolatki – 14 m², a sali wybudzeń – 20,8 m².

Zarówno w obecnej jak i poprzedniej lokalizacji OIOMiA, wejścia do izolatek prowadziły z wewnętrznych ciągów komunikacyjnych tego oddziału, poprzez śluzy umożliwiające umycie rąk i przebranie się. Stały nadzór pielęgniarski nad pacjentem umieszczonym w izolacie prowadzony jest obecnie ze stanowiska zlokalizowanego w jednoosobowej sali intensywnej terapii. Zapewnia go system wizyjny z możliwością zasilania ze źródeł rezerwowych i gwarantowanych w przypadku zaniku głównego zasilania. W poprzedniej lokalizacji, nadzór pielęgniarski prowadzony był ze stanowiska umieszczonego w izolacie.

(akta kontroli str. 75-81, 316-319)

W Szpitalu została zapewniona możliwość przeprowadzania badań radiologicznych i laboratoryjnych. Jednostkami organizacyjnymi Szpitala, funkcjonującymi z nim w jednej lokalizacji, było Centralne Laboratorium oraz Zakład Diagnostyki Obrazowej. Badanie – w ramach wybranych miesięcy²¹ – potwierdziło, że jednostki te pracowały w systemie całodobowym.

(akta kontroli str. 4-28, 347-355)

²¹ W marcu 2018 r. czerwcu 2019 r., wrześniu 2020 r.

Pomieszczenia OIOMiA spełniały wymagania określone w rozporządzeniach Ministra Zdrowia z 26 czerwca 2012 r. oraz 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą²² w zakresie: usytuowania pokoi chorych powyżej poziomu terenu urządzonego przy budynku; usytuowania pomieszczeń oddziału poza ciągami przechodnimi (wejście do pomieszczeń OIOMiA ograniczone było tylko dla osób upoważnionych²³); wykonania posadzek – oraz połączeń ścian z podłogami – z materiałów umożliwiającymi ich mycie i dezynfekcję; dostępności do łóżek z trzech stron (w tym z dwóch stron dłuższych); odstępów między łóżkami umożliwiającymi swobodny dostęp do pacjentów; wyposażenia pokoi łóżkowych w umywalkę z dostępnością do ciepłej i zimnej wody, dozownik z mydłem w płynie oraz pojemnik z ręcznikami papierowymi; szerokości drzwi umożliwiającymi ruch pacjentów na łóżkach.

Izolotka oraz jedno ze stanowisk intensywnej terapii w sali trzyosobowej (zlokalizowane najdalej od stanowiska nadzoru pielęgniarskiego), wyposażone były w urządzenia umożliwiające bezpośrednią obserwację pacjentów.

W nowych pomieszczeniach OIOMiA zastosowano wentylację nawiewno-wywiewną z systemem chłodzenia. Protokoły badań urządzeń wentylacji sporządzono 27 lipca 2019 r. Stwierdzono w nich, że instalacja spełnia założenia projektowe. W dniu 26 listopada 2020 r. przeprowadzono kontrolę instalacji i urządzeń wentylacji mechanicznej na dachu budynku, obsługujących oddziały łóżkowe szpitala, w tym OIOMiA. Z uwagi na stan epidemiczny nie wykonano przeglądu instalacji w części socjalnej OIOMiA, co wymagałoby wejścia do tego oddziału. W protokole z kontroli zaznaczono, że odstępstwo to jest zalecane przez Ministerstwo Rozwoju, które opublikowało w tej sprawie stosowny komentarz. W sali łóżkowej OIOMiA, funkcjonującego w poprzedniej lokalizacji, zastosowany był system klimatyzacji, a urządzenia poddawane były okresowym przeglądom.

(akta kontroli str. 75-82, 316-322)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1.4. Organizacja udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezyjologii i intensywnej terapii

Opis stanu
faktycznego

Zgodnie z załącznikiem nr 1 do rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiIT, udzielanie świadczeń w sali nadzoru poznieczuleniowego wymaga stałej obecności lekarza specjalisty anestezyjologii i intensywnej terapii lub lekarza anestezyjologa w oddziale, która nie może być łączona ze stałą obecnością takiego specjalisty w oddziale, przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych na stanowisku intensywnej terapii.

Do ustaleń w zakresie spełniania tego wymogu wykorzystano tę samą próbę, którą dobrano losowo w celu określenia miejsca przebywania pacjentów bezpośrednio po zabiegach operacyjnych²⁴. W 18 spośród 30 badanych przypadków, po zabiegach pacjenci umieszczeni byli w sali wybudzeniowej. Analiza czasu pracy lekarzy

²² Rozporządzenie z 26 czerwca 2012 r. (Dz. U. poz. 739 ze zm.), rozporządzenie z 26 marca 2019 r. (Dz. U. poz. 595 ze zm.).

²³ Obecnie poprzez zastosowanie systemu domofonu złożonego ze stacji bramowej dwuabonentowej z czytnikiem RFID (czytnik umożliwiający identyfikację za pomocą fal radiowych) oraz unifonu bezprzewodowego.

²⁴ Po 10 spraw z marca 2018 r., czerwca 2019 r. oraz września 2020 r.

specjalistów anestezjologii, czasu przebywania pacjentów w sali wybudzeniowej oraz czasu wykonywania znieczuleń przez lekarzy obecnych w pracy wykazała, że w okresach pobytu 15 pacjentów w sali wybudzeniowej, co najmniej dwóch lekarzy obecnych w pracy nie znieczulało w tym czasie operowanych pacjentów.

Taka sytuacja powodowała, że spełniony był określony powyżej wymóg. Nie został on spełniony w trzech badanych przypadkach. W dniu 6 czerwca 2019 r., pacjent²⁵ przebywał w sali wybudzeniowej od 8.40 do 9.45. Trzech spośród czterech obecnych w tym czasie w pracy lekarzy znieczulało pacjentów – odpowiednio – w godzinach: od 9.15 do 11.00, od 9.20 do 10.20 oraz od 8.06 do 10.05. W godzinach od 9.20 do 9.45 pozostawał zatem w pracy tylko jeden lekarz, który nie był zajęty anestezją. Pozostałe dwa przypadki wystąpiły 14 września 2020 r. W trakcie dyżuru, pełnionego przez jednego specjalistę anestezjologii, pacjenci²⁶ przebywali w sali wybudzeniowej od godziny 14.35 do godziny 15.00 oraz od 21.30 do 21.50. Zarówno 6 czerwca 2019 r. jak i 14 czerwca 2019 r., w OIOMiA przebywali pacjenci na stanowiskach intensywnej terapii.

Zgodnie z § 17 rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiiT, podmioty lecznicze prowadzące szpitale, które w dniu wejścia w życie rozporządzenia nie spełniają wymagań określonych w załączniku nr 1 do tego rozporządzenia, dostosują się do tych wymagań do dnia 31 grudnia 2022 r.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że niespełnienie wymogu wynikało z niedoborów kadrowych dotyczących lekarzy anestezjologów. *Dokładamy wszelkich starań, które w przyszłości zostaną jeszcze zintensyfikowane, aby pozyskać nowych lekarzy anestezjologii w ilości pozwalającej na spełnienie wymagań określonych w standardzie organizacyjnym zarówno w zakresie anestezji jak i intensywnej terapii. W roku ubiegłym został złożony wniosek o przyznanie akredytacji do prowadzenia specjalizacji w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii, który został odrzucony, w roku bieżącym ponownie jest przygotowywany (...). Posiadanie uprawnień do prowadzenia specjalizacji znacznie zwiększa szanse szpitala na pozyskanie nowych lekarzy, którzy często podejmują zatrudnienie w jednostkach prowadzących szkolenie specjalistyczne.*

(akta kontroli str. 300-305, 314-315, 356-377)

Tę samą próbę wykorzystano do badania spełniania wymogu sprawowania, przez pielęgniarki anestezjologiczne, bezpośredniego nadzoru nad pacjentem w sali nadzoru poznieczulenowego. Analiza wykazała, że w okresach pobytu wszystkich 18 pacjentów w sali wybudzeniowej, obsada pielęgniarek anestezjologicznych w BO (niezależna od obsady w OIOMiA) umożliwia sprawowanie nadzoru nad tymi pacjentami oraz współpracę z lekarzem specjalistą anestezjologii przy znieczuleniu pacjentów²⁷.

(akta kontroli str. 306-315, 381-384, 554-556)

W OIOMiA, zostało urządzonych (z uwzględnieniem stanowiska w izolatce) siedem stanowisk intensywnej terapii. Liczba tych stanowisk spełniała warunek szczegółowy dla pierwszego poziomu referencyjnego oddziałów anestezjologii i intensywnej

²⁵ Numer księgi głównej 8973/19.

²⁶ Numery księgi głównej: 10495/20 oraz 10578/20.

²⁷ W okresach przeprowadzania zabiegów, w BO pracowały trzy lub cztery pielęgniarki anestezjologiczne, z jednym wyjątkiem (30 września 2020 r.) gdy w BO pracowały dwie pielęgniarki o takiej specjalizacji. W tym dniu, zabiegi wykonywano w jednej sali operacyjnej (zabiegi ortopedyczne), gdzie ze specjalistą anestezjologii współpracowała jedna spośród tych pielęgniarek.

terapii w szpitalach, określony w załączniku nr 1 do rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiiT²⁸.

Sprawdzenie spełniania standardu organizacyjnego postępowania przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu intensywnej terapii, dotyczącego stałej obecności lekarza specjalisty anestezjologii i intensywnej terapii oraz pielęgniarki anestezjologicznej, w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii, przeprowadzono dokonując analizy czasu i miejsca pracy lekarzy w 18 dniach okresu objętego kontrolą oraz pielęgniarek w 15 dniach tego okresu²⁹.

W załączniku nr 1 do rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiiT³⁰, wyodrębnienie całodobowej opieki lekarskiej, jednocześnie przez co najmniej jednego lekarza specjalistę anestezjologii i intensywnej terapii, we wszystkie dni tygodnia³¹, a także całodobowej opieki pielęgniarskiej, na każdej zmianie przez co najmniej jedną pielęgniarkę anestezjologiczną, zostało także określone jako warunek szczegółowy dla pierwszego poziomu referencyjnego oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii, który podmioty lecznicze mają spełnić do 31 grudnia 2022 r.

Ustalono, iż występowały sytuacje, w których wszyscy obecni w pracy specjaliści anestezjologii i intensywnej terapii znieczulali pacjentów, podczas gdy w OIOMiA przebywali pacjenci. Sytuacje te występowały głównie podczas dyżurów, pełnionych w dni powszednie od godziny 14.35 do godziny 7.00 następnego dnia oraz w soboty i święta. Dyżury te sprawowane były przez jednego lekarza. W objętych kontrolą dniach, okresy gdy operowany pacjent pozostawał w znieczuleniu, dokonanym przez jedyne dyżurującego lekarza, a w OIOM przebywali pacjenci bez opieki lekarskiej, wystąpiły:

- 2 marca 2018 r. od godziny 17.49 do godziny 18.50;
- 8 marca 2018 r. od godziny 22.25 do godziny 23.20;
- 10 marca 2018 r. od godziny 11.15 do godziny 11.45;
- 16 marca 2018 r. w godzinach: od 2.50 do 3.50, od 14.37 do 15.45 oraz od 19.45 do 20.45;
- 29 marca 2018 r. od godziny 5.15 do godziny 6.10;
- 8 czerwca 2019 r. w godzinach: od 14.45 do 15.00, od 16.02 do 17.15, od 17.35 do 18.25, od 18.38 do 19.00 oraz od 19.11 do 19.30;
- 25 czerwca 2019 r. od godziny 15.25 do godziny 16.15;
- 14 września 2020 r. od godziny 20.35 do godziny 21.30;
- 19 września 2020 r. w godzinach: od 5.57 do 7.05, od 11.35 do 12.15 oraz od 12.40 do 12.55.

Poza godzinami dyżurów, okresy gdy w znieczuleniu pozostawało trzech pacjentów znieczulonych przez wszystkich trzech lekarzy obecnych w tym czasie w pracy, a w OIOMiA przebywali pacjenci bez opieki lekarskiej, wystąpiły:

- 2 marca 2018 r. od godziny 8.25 do godziny 9.00;
- 8 marca 2018 r. od godziny 8.35 do godziny 8.59 oraz od 10.25 do 10.50;
- 7 czerwca 2019 r. od godziny 10.08 do godziny 10.20 oraz od 11.45 do 12.10.

²⁸ Część II załącznika, *Organizacja udzielania świadczeń*, pkt 1) – dla pierwszego poziomu referencyjnego oddziału anestezjologii i intensywnej terapii w szpitalu co najmniej cztery stanowiska intensywnej terapii.

²⁹ Odpowiednio po sześć oraz pięć wybranych losowo dni marca 2018 r., czerwca 2019 r. i września 2020 r.

³⁰ Część II załącznika, *Organizacja udzielania świadczeń*, pkt 2) i 3).

³¹ Opieka ta nie może być łączona z innymi oddziałami lub wykonywaniem świadczeń z zakresu anestezji.

W dniach objętych sprawdzeniem spełniony był określony powyżej wymóg dotyczący pielęgniarek anestezjologicznych³².

(akta kontroli str. 300-311, 356-377, 381-397, 554-556)

Szpital spełniał wymagania dotyczące bloku operacyjnego oraz oddziałów zabiegowych, określone – w załączniku nr 1 do rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AilT – dla pierwszego poziomu referencyjnego oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii³³. W BO zostały urządzone cztery sale operacyjne: sala operacyjna, sala operacyjna chirurgiczna, sala operacyjna ortopedyczna, sala operacyjna ginekologiczna. W Szpitalu funkcjonowały trzy oddziały zabiegowe: Chirurgii Ogólnej, Urazowo-Ortopedyczny, Ginekologiczno-Położniczy.

(akta kontroli str. 4-28, 32-52, 344-346)

W Szpitalu dane dotyczące obłożenia łóżek w OIOMiA ustalane były przy uwzględnieniu sześciu łóżek w tym oddziale. W 2018 r. średnioroczne obłożenie wynosiło 81,5%, w 2019 r. – 65%, w 2020 r. – 66,6%. Największe obłożenie średniomiesięczne wynosiło:

- w 2018 r. – 98,9% w październiku (w 19 dniach tego miesiąca zajętych było sześć łóżek, w pięciu – sześć łóżek i jedna dostawka), 100,5% w sierpniu (w 23 dniach tego miesiąca zajętych było sześć łóżek, w pięciu – sześć łóżek i jedna dostawka), 101,6% w lipcu (w trzech dniach tego miesiąca zajętych było sześć łóżek, w 18 – sześć łóżek i jedna dostawka);
- w 2019 r. – 75% w kwietniu (w 11 dniach tego miesiąca zajętych było sześć łóżek), 78,3% w czerwcu (w sześciu dniach tego miesiąca zajętych było sześć łóżek), 96,7% w listopadzie (w 20 dniach tego miesiąca zajętych było sześć łóżek, w trzech – sześć łóżek i jedna dostawka);
- w 2020 r. – 84,5% w lutym (w siedmiu dniach tego miesiąca zajętych było sześć łóżek, w jednym – sześć łóżek i jedna dostawka), 94,6% w grudniu (w sześciu dniach tego miesiąca zajętych było sześć łóżek, w 10 – sześć łóżek i jedna dostawka, w trzech – sześć łóżek i dwie dostawki), 96,1% w listopadzie (w 15 dniach tego miesiąca zajętych było sześć łóżek, w sześciu – sześć łóżek i jedna dostawka, w jednym – sześć łóżek i dwie dostawki).

Kierownik OIOMiA wyjaśnił, że w latach 2018 – 2019, stanowiska określane jako dostawka mieściły się w izolacie oddziału. *W roku 2020, w związku z występującą pandemią, zorganizowano w pomieszczeniach poprzedniej lokalizacji OIOMiA, dodatkowe cztery stanowiska intensywnej terapii, w pełni wyposażone i monitorowane, z wydzielonym personelem, gdzie w miarę potrzeb byli hospitalizowani pacjenci wymagający intensywnej terapii. (...) Urządzono tam tzw. „strefę czystą”, gdzie hospitalizowano pacjentów niezakażonych wirusem SARS-CoV2. W obecnej lokalizacji OIOMiA leczono pacjentów zakażonych, wymagających intensywnej terapii. Zgodnie z decyzjami Wojewody Podkarpackiego, mieliśmy obowiązek zapewnienia początkowo dwóch, a następnie czterech stanowisk*

³² Ustalono, że świadczenia zdrowotne w OIOMiA udzielały oraz całodobową opiekę pielęgniarską sprawowały, co najmniej trzy pielęgniarki anestezjologiczne, z wyjątkiem: 10 marca 2018 r. (od godziny 19.00 do 7.00 następnego dnia dyżur pełniły dwie pielęgniarki anestezjologiczne i jedna nieanestezjologiczna), 29 marca 2018 r. (w godzinach 7.00 – 14.35 pracowały dwie pielęgniarki anestezjologiczne i dwie nieanestezjologiczne, a od 14.35 do 19.00 dyżur pełniła jedna pielęgniarka anestezjologiczna i dwie nieanestezjologiczne), 8 września 2020 r. (od godziny 14.35 do 19.00 dyżur pełniły dwie pielęgniarki anestezjologiczne), 24 września 2020 r. (od godziny 19.00 do 7.00 następnego dnia dyżur pełniły dwie pielęgniarki anestezjologiczne i jedna nieanestezjologiczna), 29 września 2020 r. (od godziny 7.00 do 12.00 pracowały dwie pielęgniarki anestezjologiczne i dwie nieanestezjologiczne, a od 14.35 do 19.00 dyżur pełniły dwie pielęgniarki anestezjologiczne i jedna nieanestezjologiczna). Ponadto pielęgniarki anestezjologiczne udzielały świadczeń w BO, o czym mowa w akapicie dotyczącym nadzoru nad pacjentami w sali nadzoru pozniczuleniowego.

³³ Wymogi określone w części II załącznika nr 1, *Pozostałe wymagania*, pkt 1 i 2.

intensywnej terapii dla pacjentów zakażonych, wymagających wentylacji mechanicznej. Okresowo przebywała tam znacznie wyższa liczba pacjentów. Im również Szpital zapewniał opiekę zgodną z obowiązującymi standardami. (...)

W przypadku konieczności korzystania z dostawek zapewniona była dostępność wszystkich niezbędnych wyrobów medycznych. (...) Mimo występowania pełnego wykorzystania miejsc w OIOMiA nie występowały odmowy przyjęcia pacjentów wymagających świadczeń z zakresu intensywnej terapii. W przypadku braku możliwości przekazania pacjenta do OIOMiA, pacjent okresowo był hospitalizowany w SOR, gdzie znajdują się dwa łóżka intensywnej terapii. (...)

W latach 2018 – 2020, w naszym Szpitalu nie nastąpił zgon lub pogorszenie stanu zdrowia pacjenta z powodu braku miejsc intensywnej terapii w OIOMiA.

(akta kontroli str. 323-326, 385-397)

Stwierdzone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie, stwierdzono nieprawidłowość polegającą na niespełnianiu standardu organizacyjnego postępowania przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu intensywnej terapii, zgodnie z którym udzielanie takich świadczeń wymaga stałej obecności lekarza specjalisty anestezjologii i intensywnej terapii w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii.

Standard taki został określony w § 11 pkt 2 rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiiT. W § 11 pkt 2a tego rozporządzenia określono, że lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii może opuścić oddział w celu przeprowadzenia resuscytacji lub innych czynności z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii, z wyjątkiem znieczulenia u pacjenta poza oddziałem, jeżeli uzna, że opuszczenie oddziału nie stanowi bezpośredniego zagrożenia dla życia pacjentów na nim przebywających

Analiza rodzaju świadczeń udzielanych przez lekarzy specjalistów anestezjologii i intensywnej terapii oraz czasu ich udzielania wykazała, że w trakcie 10 spośród 18 dni objętych sprawdzeniem wystąpiły łącznie 22 okresy, w których wszyscy obecni w pracy lekarze znieczulali pacjentów, podczas gdy w OIOMiA przebywali pacjenci. W trakcie siedmiu dni sytuacje takie wystąpiły w godzinach dyżurów pełnionych jednoosobowo przez lekarzy (15 okresów), w jednym dniu – poza godzinami dyżurów (dwa okresy), a w dwóch dniach – zarówno w godzinach dyżurów jak i poza tymi godzinami (pięć okresów). W dziesięciu przypadkach, czas – w którym lekarze zajęci byli anestezją a w OIOMiA przebywali pacjenci bez opieki lekarskiej – wynosił do 30 minut, w ośmiu – od 31 minut do jednej godziny, w czterech – powyżej jednej godziny (maksymalnie jedną godzinę i 13 minut).

Dyrektor SPZOZ wyjaśnił, że *nie spełniono wymogu standardu (...) z powodu braków kadrowych wynikających z braku możliwości zatrudnienia nowych lekarzy specjalistów (...). Prowadzone próby pozyskania nowych lekarzy kończyły się niepowodzeniem. W wyniku ogłaszanych konkursów na udzielanie świadczeń z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii i pełnienie dyżurów zatrudnialiśmy wszystkich oferentów. Dodatkowo w miarę posiadanych możliwości kadrowych organizowane są dyżury pod telefonem, pełnione przez lekarzy specjalistów z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii, którzy w razie potrzeby wzywani są przez lekarza dyżurnego. W razie wystąpienia zagrożenia zdrowia i życia pacjenta i konieczności prowadzenia akcji resuscytacyjnej lub innych czynności z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii, pomoc mogła być udzielona przez lekarza znieczulającego, takie sytuacje do tej pory się nie zdarzały. Cały czas podejmujemy działania mające na celu zwiększenie zatrudnienia w OIOMiA, między innymi ubieganie się o akredytację do prowadzenia specjalizacji.*

(akta kontroli str. 300-305, 356-380, 385-397)

1.5. Pomieszczenia BO

Opis stanu
faktycznego

Pomieszczenia BO funkcjonującego od 28 września 2018 r. spełniały wymagania, jakie dla bloków operacyjnych zostały określone w punkcie IX załączników nr 1 do rozporządzeń *w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą*. W skład BO wchodziły cztery sale operacyjne³⁴. Wszystkie te sale posiadały bezpośrednie połączenie z częścią brudną BO. Prowadziły z nich wyjścia do traktu brudnego, biegnącego pomiędzy salami operacyjnymi a ścianą zewnętrzną budynku. Z traktu brudnego – poprzez służę brudną – uzyskiwano dostęp do magazynu odpadów medycznych oraz magazynu brudnej bielizny. Ze służy brudnej prowadziło bezpośrednie wyjście na zewnątrz budynku.

Pacjenci dowożeni byli do BO poprzez służę dla pacjenta, będącą jednocześnie służą materiałową, dostępną bezpośrednio z przedsionka windowego. Z przedsionka tego prowadziły wejścia do dwóch analogicznych kompleksów pomieszczeń, odrębnych dla personelu damskiego i męskiego. W skład każdego z nich wchodziły: szatnia brudna, umywalnia z WC, szatnia czysta oraz służa powrotna. Bezpośrednio przy salach operacyjnych zlokalizowano dwa pomieszczenia przygotowawcze dla personelu – „myjki” lekarzy. Z każdego tego pomieszczenia prowadziły wejścia do dwóch sal operacyjnych. Przy każdej sali operacyjnej usytuowano magazyn jałowy, a w środkowej części kompleksu sal operacyjnych – pomieszczenie przygotowania pacjenta.

W skład BO wchodziły także: czterołożkowa sala wybudzeń, dwa pomieszczenia porządkowe, magazyn sprzętu, brudownik oraz pomieszczenie techniczne. Dla personelu, oprócz wymienionych wcześniej pomieszczeń, przygotowano: gabinet kierownika bloku, gabinet pielęgniarki oddziałowej, pokój personelu z dostępem do WC, pomieszczenie wypoczynku. Układ pomieszczeń BO umożliwiał zachowanie zasady rozdziału personelu, pacjentów, materiału czystego od brudnego materiału zużytego, brudnych narzędzi, brudnej bielizny i odpadów pooperacyjnych.

Spośród wymogów określonych w punkcie IX załącznika nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z 26 czerwca 2012 r. *w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą*, BO funkcjonujący do 27 września 2018 r. spełniał jedynie wymagania dotyczące pomieszczenia przygotowawczego dla personelu, wyposażonego w stanowisko do chirurgicznego mycia rąk. Urządzone w nim były dwa takie pomieszczenia.

(akta kontroli str. 75-81, 344-346)

Stwierdzone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki, w przedstawionym wyżej zakresie, stwierdzono nieprawidłowość polegającą na niespełnianiu wymagań dotyczących bloków operacyjnych, przez BO funkcjonujący do 27 września 2018 r.

Zgodnie z pkt IX załącznika nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z 26 czerwca 2012 r. *w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą*, obowiązującego do 31 marca 2019 r., w skład bloku operacyjnego miały wchodzić: co najmniej jedna sala operacyjna, mająca bezpośrednie połączenie z częścią brudną bloku operacyjnego w celu usuwania zużytych materiałów, z zachowaniem ruchu jednokierunkowego; służa dla pacjenta, przez którą pacjenci mieli być dowożeni i wywożeni z bloku operacyjnego; służy szatniowe, przez które

³⁴ Sala operacyjna, sala operacyjna chirurgiczna, sala operacyjna ginekologiczna, sala operacyjna ortopedyczna.

przechodzić miał personel; śluza materiałowa przeznaczona do dostarczania oraz krótkotrwałego przechowywania czystych i sterylnych materiałów; co najmniej jedno pomieszczenie przygotowawcze dla personelu wyposażone w stanowisko chirurgicznego mycia rąk, przez które personel wchodzić miał do sali operacyjnej; co najmniej jedno pomieszczenie przygotowania pacjenta; co najmniej jedno pomieszczenie dla personelu z pomieszczeniem higieniczno-sanitarnym; co najmniej jeden magazyn sprzętu i aparatury; co najmniej jeden magazyn czystej bielizny; co najmniej jeden magazyn do krótkotrwałego przechowywania brudnej bielizny; co najmniej jedno pomieszczenie porządkowe. Układ pomieszczeń bloku operacyjnego umożliwiać miał zachowanie zasady rozdziału personelu, pacjentów i materiału czystego od brudnego materiału zużytego, brudnych narzędzi, brudnej bielizny i odpadów pooperacyjnych.

BO funkcjonujący do 27 września 2018 r. nie spełniał tych wymagań, z wyjątkiem wymogu dotyczącego pomieszczeń przygotowawczych dla personelu.

Dyrektor SPZOZ wyjaśnił, że dostosowanie tego BO do obowiązujących wymagań było niemożliwe ze względu na ograniczoną powierzchnię oraz układ konstrukcyjno-przestrzenny pomieszczeń, oraz że jedynym rozwiązaniem umożliwiającym takie dostosowanie była budowa bloku operacyjnego w nowej lokalizacji, co wykonano.

(akta kontroli str. 75-81)

1.6. Dokumentacja medyczna pacjentów hospitalizowanych w OIOMiA oraz pacjentów poddanych anestezji

Opis stanu faktycznego

Ustaień w zakresie realizacji standardu organizacyjnego postępowania przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu intensywnej terapii, zgodnie z którym prowadzić należy ciągle monitorowanie podstawowych funkcji życiowych pacjentów poddanych intensywnej terapii³⁵, dokonano na podstawie losowo wybranych dokumentacji medycznych 30 pacjentów. Wylosowano po 10 dokumentacji medycznej pacjentów, którym udzielano takich świadczeń w marcu 2018 r., czerwcu 2019 r. i wrześniu 2020 r. W każdym zbadanym przypadku, w dokumentacji medycznej pacjentów odnotowano wyniki pomiaru temperatury ciała (3 – 7 razy dziennie) oraz wyniki pomiarów ciśnienia tętniczego, tętna i saturacji, dokonywanych nie rzadziej niż co dwie godziny. Z tą samą częstotliwością odnotowywano także wyniki pomiarów liczby oddechów (w ciągu jednej minuty) pacjentów, którzy nie korzystali z respiratorów. We wszystkich przypadkach intensywną terapię prowadzili lekarze specjaliści anestezjologii i intensywnej terapii.

(akta kontroli str. 398-400)

Sprawdzeniem zawartości dokumentacji medycznej pacjentów poddanych anestezji objęto próbę 30 takich dokumentacji, po 10 dokumentacji pacjentów poddanych anestezji w marcu 2018 r., czerwcu 2019 r., wrześniu 2020 r. Wszystkie sprawdzone dokumentacje zawierały wyniki badania przedmiotowego pacjentów. Znajdowały się w nich karty konsultacji anestezjologicznej oraz karty przebiegu znieczulenia, wymagane przepisem – odpowiednio – § 9 pkt 7 oraz § 9 pkt 12 *rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AilT*. Karty konsultacji anestezjologicznej zawierały dane pacjentów, kwalifikację do znieczulenia, pieczęć i podpis lekarza kwalifikującego, zgodę pacjentów na znieczulenie. W kartach przebiegu znieczulenia określono: dane pacjenta, jego wiek i wagę, grupę ryzyka według skali ASA³⁶, rodzaj operacji, rodzaj zastosowanego znieczulenia, przebieg znieczulenia, rodzaj zastosowanych anestetyków i innych leków, wartości parametrów

³⁵ Standard określony w § 11 pkt 1 rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AilT.

³⁶ Stosowana w anestezjologii klasyfikacja, według której oceniane jest ryzyko operacyjne.

podstawowych funkcji życiowych. Karty przebiegu znieczulenia opatrzone były pieczęcią i podpisem lekarza znieczulającego. Znieczuleń dokonywali lekarze specjaliści anestezjologii i intensywnej terapii.

Wszystkie sprawdzone dokumentacje zawierały okołooperacyjne karty kontrolne. Oznaczono w nich, że koordynator kontroli uzyskał wszystkie informacje przewidziane kartą, dotyczące trzech faz postępowania: przed znieczuleniem, przed nacięciem oraz zanim pacjent opuści blok operacyjny. Wszystkie karty zawierały dane umożliwiające identyfikację osób dokonujących w nich zapisów (pieczętkę lekarza anestezjologa oraz jego podpis). Sposób prowadzenia okołooperacyjnej karty kontrolnej został określony w obowiązującej w Szpitalu procedurze ZA 4.

(akta kontroli str. 401-413)

Jedenaście spośród sprawdzonych dokumentacji medycznych zawierało wyniki badania grupy krwi pacjentów. Zastępca Dyrektora SPZOZ, ds. Lecznictwa, wyjaśnił, że *u wszystkich pacjentów obciążonych ryzykiem krwawienia, oraz u których jest planowany duży zabieg operacyjny, wykonywana jest grupa krwi, próba zgodności krzyżowej oraz jest dokonywana rezerwacja krwi do zabiegu. Bez wykonania tych elementów anestezjolog nie dokona znieczulenia pacjenta do zabiegu, z wyłączeniem zabiegów pilnych, wykonywanych w sytuacji bezpośredniego zagrożenia zdrowia i życia. U pacjentów ocenionych przez lekarza kwalifikującego do zabiegu operacyjnego jako nieobciążonych chorobowo, w dobrym ogólnym stanie zdrowia, w sytuacji planowania małego zabiegu operacyjnego, który nie niesie ryzyka krwawienia i związanej z tym konieczności toczenia krwi, nie jest wykonywana grupa krwi.*

W badanych dokumentacjach medycznych nie odnotowano przypadków podjęcia resuscytacji pacjentów.

(akta kontroli str. 401-406, 414-415)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

OCENA CZĄSTKOWA

W wyniku działań podjętych przez SPZOZ, w okresie objętym kontrolą zostały stworzone warunki lokalowe, do udzielania świadczeń anestezji i intensywnej terapii, wymagane przepisami wydanymi przez Ministra Zdrowia. Warunków takich nie spełniał BO funkcjonujący do 27 września 2018 r. oraz OIOMiA funkcjonujący do 3 września 2019 r.

Od 1 stycznia 2019 r. uzyskany został wskaźnik procentowy dotyczący liczby łóżek w OIOMiA, co nastąpiło w wyniku zmniejszenia ogólnej liczby łóżek w Szpitalu.

Nieskuteczne były działania zmierzające do zwiększenia stanu zatrudnienia lekarzy specjalistów anestezjologii i intensywnej terapii. Rezultatem tego były sytuacje niewyodrębnienia całodobowej, ciągłej opieki takich lekarzy nad pacjentami poddanymi intensywnej terapii. Opieka pielęgniarska sprawowana była zgodnie z obowiązującymi standardami. W jej ramach rzetelnie monitorowano podstawowe funkcje życiowe pacjentów.

Zgodnie ze standardami udzielane były przez lekarzy świadczenia w zakresie anestezji. Stwierdzone zostały sporadyczne przypadki (pięć spośród 115 objętych kontrolą spraw), nie spełnienia wymogu współpracy pielęgniarki anestezjologicznej z lekarzem wykonującym znieczulenie. W sposób rzetelny prowadzona była dokumentacja dotycząca znieczulania pacjentów.

W przypadku 12 spośród 30 zbadanych spraw stwierdzono niezrealizowanie obowiązku umieszczenia pacjenta w sali wybudzeniowej, bezpośrednio w okresie pooperacyjnym, co jak wyjaśniono spowodowane było rodzajem znieczulenia i brakiem zagrożenia dla życia i zdrowia pacjentów.

Kierownik OIOMiA w formie ustnej dokonywał ocen jakości udzielanych świadczeń w tym oddziale, w szczególności zgodności postępowania z procedurami przygotowania pacjentów do znieczulenia. Zdaniem NIK, brak pisemnej formy tych ocen stwarzał ryzyko nieskutecznego uwzględniania ich wyników w dalszej pracy oddziału, co między innymi wpłynąć mogło na obowiązywanie w Szpitalu niekompletnych procedur przygotowania pacjentów do znieczulenia.

OBSZAR **2. Warunki dotyczące czasu pracy i kwalifikacji lekarzy oraz pielęgniarek zatrudnionych w OIOMiA**

2.1. Stan zatrudnienia lekarzy anestezjologów

Opis stanu faktycznego

W latach 2018 – 2020, świadczenia w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii wykonywane były w Szpitalu przez tych samych czterech lekarzy. W załącznikach nr 2, *Harmonogram – zasoby*, do umów zawartych przez Szpital z Narodowym Funduszem Zdrowia – Podkarpackim Oddziałem Wojewódzkim w Rzeszowie (POW NFZ), wszyscy ci lekarze wykazani byli wśród personelu OIOMiA, jako udzielający świadczeń od 1 stycznia do 31 grudnia każdego roku objętego kontrolą. W zbadanych sprawach dotyczących świadczeń intensywnej terapii oraz anestezji nie stwierdzono przypadków udzielania tych świadczeń przez innych lekarzy. Wszyscy lekarze udzielający tych świadczeń posiadali tytuł specjalisty w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii. Jeden z lekarzy posiadał ukończone 65 lat, a wiek trojga lekarzy zawierał się w przedziale 41 – 60 lat.

(akta kontroli str. 416-453)

W latach 2018 – 2020, świadczenia w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii udzielane były – przez wszystkich lekarzy – na podstawie pisemnych umów cywilnoprawnych. Przedmiotem tych umów było udzielanie lekarskich stacjonarnych świadczeń zdrowotnych w OIOMiA oraz pełnienie dyżurów lekarskich w tym oddziale. Umowy te zostały zawarte na okres od 1 stycznia 2017 r. do 31 grudnia 2019 r., a następnie od 1 stycznia 2020 r. do 31 grudnia 2021 r. W umowach na lata 2020 – 2021, zawartych z trzema lekarzami, uwzględniono także pełnienie dyżurów lekarskich „pod telefonem”. Pełnienie takich dyżurów, w okresie od 1 marca 2018 r. do 31 grudnia 2019 r., uregulowano odrębnymi umowami zawartymi z tymi lekarzami. W umowach zawartych z lekarzem kierującym OIOMiA uwzględniono także wykonywanie zadań i czynności związanych z kierowaniem tym oddziałem, a w umowach zawartych z innym lekarzem udzielającym świadczeń w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii – wykonywanie zadań i czynności związanych z kierowaniem BO. Wszystkie zawarte umowy zawierały w szczególności:

- określenie zakresu świadczeń zdrowotnych;
- określenie sposobu organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych, w tym miejsca, dni i godzin udzielania świadczeń zdrowotnych;
- przyjęcie przez przyjmującego zamówienie obowiązku poddania się kontroli przeprowadzanej przez udzielającego zamówienia;
- określenie rodzajów i sposobu kalkulacji należności, jaką udzielający zamówienia przekazuje przyjmującemu zamówienie z tytułu realizacji zamówienia;
- ustalenie zasad rozliczeń oraz zasad i terminów przekazywania należności;

- ustalenie trybu przekazywania, udzielającemu zamówienia, informacji o realizacji przyjętego zamówienia;
- postanowienia dotyczące szczegółowych okoliczności uzasadniających rozwiązanie umowy za wypowiedzeniem oraz okres wypowiedzenia;
- zobowiązanie przyjmującego zamówienie do prowadzenia określonej sprawozdawczości dotyczącej realizacji zamówienia.

(akta kontroli str. 454-539)

W umowach zawartych z lekarzami specjalistami anestezjologii i intensywnej terapii określono ich czas pracy w poszczególnych dniach tygodnia. W przeliczeniu na czas pracy pracowników pełnozatrudnionych w podmiotach leczniczych, łączny czas pracy tych lekarzy stanowił: w 2018 i 2019 roku – 3,53 etatu, w 2020 r. – 3,42 etatu. Łączny wymiar czasu specjalistów w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii nie spełniał wymagań określonych w załączniku nr 1 do rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AIT. Zgodnie z tym załącznikiem, w przypadku pierwszego poziomu referencyjnego oddziału anestezjologii i intensywnej terapii, wymiar czasu pracy lekarzy powinien być równoważny co najmniej 4 etatom, a w sytuacji udzielania świadczeń w zakresie anestezji – dodatkowo co najmniej jednemu etatowi. Zgodnie z § 17 ust. 1 tego rozporządzenia, do końca 2022 r. podmioty lecznicze prowadzące szpitale obowiązane są dostosować się do wymagań określonych w tym załączniku.

Stan zatrudnienia lekarzy specjalistów anestezjologii i intensywnej terapii spełniał wymagania określone w załączniku nr 3 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego³⁷.

Dyrektor SPOZ wyjaśnił, że w umowach zawartych z lekarzami specjalistami anestezjologii i intensywnej terapii określony wymiar czasu pracy wynika z ofert złożonych w konkursie o udzielanie świadczeń zdrowotnych. Oferowane przez lekarzy świadczenia są przyjmowane przez nas w całości. Należy jednak zauważyć, że lekarze pełnią dodatkowo dyżury lekarskie i zaproponowany przez lekarzy czas pracy, wobec braku zejść po dyżurze, jakie mają miejsce w przypadku umów o pracę, zabezpiecza im czas odpoczynku po dyżurze. (...) W przypadku zatrudnienia lekarzy na podstawie umów o pracę lekarzowi przysługuje zejście po dyżurze, co powoduje skrócenie podstawowego, faktycznego czasu pracy, ale nie powoduje obniżenia wymiaru zatrudnienia. (...) Wobec powyższego w praktyce, wskazany łączny czas przy 3,42 etatu lekarzy kontraktowych jest nie tylko równoważny lecz nawet wyższy od rzeczywistej pracy lekarzy zatrudnionych w wymiarze czterech etatów na podstawie umów o pracę.

Dyrektor SPOZ wskazał także na podejmowane działania w celu zwiększenia zatrudnienia specjalistów anestezjologii i intensywnej terapii oraz trudności w pozyskaniu takich lekarzy.

(akta kontroli str. 417, 454-543)

Analiza czasu udzielania świadczeń stacjonarnych w OIOMiA – przez lekarzy specjalistów anestezjologii i intensywnej terapii – oraz dyżurów pełnionych przez tych lekarzy w marcu 2018 r., czerwcu 2019 r. i wrześniu 2020 r. wykazała, że występowały przypadki ciągłego pobytu lekarzy w Szpitalu, przekraczającego 48 godzin. W dniu 7 czerwca 2019 r. (piątek), jeden z lekarzy pracował od godziny 7.00 do 14.35, następnie pełnił nieprzerwanie dyżur do godziny 7.00 w dniu 10 czerwca

³⁷ Dz. U. z 2021 r. poz. 290 ze zm. Zgodnie z załącznikiem nr 3 do rozporządzenia, warunkiem szczegółowym realizacji świadczeń anestezjologii i intensywnej terapii (anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci) jest zatrudnienie lekarzy równoważne co najmniej dwóm etatom specjalistów w dziedzinie anestezjologii lub anestezjologii i reanimacji lub anestezjologii i intensywnej terapii.

2019 r. (poniedziałek), po czym pracował w tym dniu do godziny 14.35. Analogicznie lekarz ten pracował i pełnił dyżur w dniach 11 – 14 września 2020 r. W obydwóch tych przypadkach przebywał nieprzerwanie w Szpitalu przez 79 godzin i 35 minut. Także we wrześniu 2020 r. lekarz ten pracował nieprzerwanie przez 55 godzin i 35 minut. W dniu 28 września pracował od 7.00 do 14.35, następnie pełnił dyżur do 7.00 w dniu 29 września, pracował w tym dniu do godziny 14.35, po czym pełnił dyżur do 7.00 w dniu 30 września, po którym ponownie pracował do godziny 14.35. W takim samym nieprzerwanym wymiarze czasu dwukrotnie pracował inny lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii. Dyżur pełnił od godziny 7.00 w dniu 1 czerwca 2019 r. (sobota) do godziny 7.00 w dniu 3 czerwca 2019 r. (poniedziałek), a następnie pracował do godziny 14.35. Analogicznie lekarz ten pracował w dniach: 19 września 2020 r. (sobota) – 21 września 2021 r. (poniedziałek). W analizowanych miesiącach wystąpiło ponadto pięć sytuacji nieprzerwanej pracy tych lekarzy przez 48 godzin.

Dyrektor SPOZ wyjaśnił: *Podstawowym naszym zadaniem jest zapewnienie w OIOMiA stałej obecności lekarza specjalisty anestezjologa. Aby spełnić ten wymóg i zapewnić opiekę leczonym w Oddziale pacjentom, przy braku innej możliwości, zdarzały się okresy wydłużonego czasu pracy lekarzy, wynikające z połączenia czasu pracy w OIOMiA z godzinami dyżurowymi. Sytuacja taka wynika z niedoborów kadrowych oraz braku pozyskania do pracy w OIOMiA nowych lekarzy. Dodatkowo sytuacja skomplikowała się w okresie epidemii, kiedy następowało okresowe wyłączenie części personelu z powodów epidemiologicznych. Wówczas opieka nad pacjentami musiała zostać zapewniona przez personel dostępny, nie wyłączony z udzielania świadczeń.*

(akta kontroli str. 356-377, 540-546)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

2.2. Stan zatrudnienia pielęgniarek anestezjologicznych

Opis stanu
faktycznego

Na koniec 2018 r., w OIOMiA zatrudnionych było 29 pielęgniarek, w tym 27 anestezjologicznych; na koniec 2019 r. – 27 pielęgniarek anestezjologicznych; na koniec 2020 r. – 32 pielęgniarki, w tym 25 anestezjologicznych. Stan zatrudnienia pielęgniarek na koniec lat 2018 – 2019, a także ich dane osobowe, były zgodne z wykazem dotyczącym personelu OIOMiA, podanym w załączniku nr 2, *Harmonogram – zasoby*, do umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń, zawartych przez Szpital z POW NFZ. Zgodność taka nie występowała w przypadku stanu zatrudnienia na koniec 2020 r. W załączniku nr 2 nie zostały wykazane dwie pielęgniarki skierowane do pracy w OIOMiA w związku z epidemią Covid-19. Pielęgniarki te nie zostały zgłoszone przez SPZOZ, w związku z informacją – uzyskaną z POW NFZ – o braku potrzeby takich zgłoszeń, wynikającym ze zmiany przepisów rozporządzenia *w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego*³⁸.

³⁸ Zgodnie z § 10a tego rozporządzenia, dodanym przez § 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 19 października 2020 r. zmieniającego to rozporządzenie z dniem 20 października 2020 r. (Dz. U. poz. 1840), w okresie od 20 października do 31 grudnia 2020 r., w związku z ogłoszeniem stanu zagrożenia epidemicznego albo stanu epidemii, świadczeniodawca udzielający świadczeń w trybie hospitalizacji, o których mowa w § 3 ust. 1, jest zwolniony z obowiązku spełniania wymagań określonych w załączniku nr 3, w części dotyczącej warunków realizacji świadczeń odnoszących się do wymaganego personelu lekarskiego oraz pielęgniarskiego, pod warunkiem zapewnienia przez kierownika podmiotu leczniczego ciągłości procesu leczniczego i bezpieczeństwa zdrowotnego świadczeniobiorców.

W załączniku nr 2 wykazana była natomiast pielęgniarka, która 29 grudnia 2019 r. zakończyła pracę przechodząc na emeryturę.

(akta kontroli str. 418-453, 540-543, 547-550)

Spośród pielęgniarek anestezyjologicznych, zatrudnionych na koniec:

- 2018 r. – cztery posiadały specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki, osiem – specjalizację taką oraz ukończony kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki, 15 – ukończony taki kurs (trzy spośród nich odbywały specjalizację);
- 2019 r. – cztery posiadały specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej terapii, dziewięć – specjalizację taką oraz ukończony kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki, 14 – ukończony taki kurs (dwie spośród nich odbywały specjalizację);
- 2020 r. – pięć posiadało specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki, 10 – specjalizację taką oraz ukończony kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki, 10 – ukończony taki kurs (sześć spośród nich odbywało specjalizację).

Dziesięć pielęgniarek anestezyjologicznych i trzy nieanestezyjologiczne, które były zatrudnione w OIOMiA na koniec 2020 r., nie miało ukończonych 40 lat, a wiek 15 pielęgniarek anestezyjologicznych i czterech nieanestezyjologicznych zawierał się w przedziale 40 – 60 lat. Wszystkie pielęgniarki były zatrudnione w SPZOZ na podstawie umów o pracę, w pełnym wymiarze czasu pracy. Stan zatrudnienia pielęgniarek anestezyjologicznych odpowiadał wymaganiom określonym w załączniku nr 1 do rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AilT³⁹.

Pielęgniarka Oddziałowa w OIOMiA wyjaśniła, że *pielęgniarki nieanestezyjologiczne wykonywały wszystkie niezbędne czynności, do których uprawnia posiadanie prawa wykonywania zawodu pielęgniarki, z wyłączeniem czynności, dla których wymagane jest posiadanie kursu lub specjalizacji z zakresu pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki. Były to w szczególności: sprawowanie obserwacji pacjenta; monitorowanie i analiza podstawowych parametrów życiowych; czynności pielęgnacyjne, związane z opieką nad pacjentem; profilaktyczne, związane z profilaktyką odleżyn oraz profilaktyką wystąpienia powikłań pooperacyjnych; podawanie zleconych przez lekarza środków leczniczych; zmiana opatrunków; prowadzenie dokumentacji medycznej.*

(akta kontroli str. 547-553)

Sprawdzeniem czasu pracy pielęgniarek objęto marzec 2018 r., czerwiec 2019 r. oraz wrzesień 2020 r. Ustalono, iż przestrzegano bezpiecznych norm czasu pracy. W miesiącach tych pielęgniarki pracowały – co do zasady – od godziny 7.00 do 14.35 oraz w systemie dwunastogodzinnym: od 7.00 do 19.00 lub od 19.00 do 7.00 następnego dnia. Maksymalny nieprzerwany czas pracy pielęgniarek, w tych miesiącach, wynosił 12 godzin. Przerwy w pracy w wymiarze dwunastogodzinnym wynosiły co najmniej 24 godziny. Sporadycznie wystąpiły sytuacje pracy w godzinach od 7.00 do 16.40, a w jeden raz – rozpoczęcia pracy o 7.00 po dyżurze zakończonym poprzedniego dnia o godzinie 19.00. Przerwy w pracy wynosiły w tych przypadkach – odpowiednio – 14 godzin i 20 minut oraz 12 godzin.

(akta kontroli str. 554-557)

³⁹ Co najmniej 2,2, etatu pielęgniarki anestezyjologicznej na jedno stanowisko intensywnej terapii oraz dodatkowo – w przypadku udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezji – równoważnik co najmniej 1 etatu pielęgniarki, która ukończyła specjalizację w dziedzinie anestezjologii i intensywnej opieki lub pielęgniarki, która ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie anestezjologii i intensywnej opieki.

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

OCENA CZĄSTKOWA

W okresie objętym kontrolą, świadczenia w OIOMiA oraz BO udzielane były przez lekarzy i pielęgniarki, zgodnie ze zgłoszeniami personelu przekazanymi przez Szpital do POW NFZ.

Stan zatrudnienia lekarzy specjalistów anestezjologii i intensywnej terapii spełniał wymagania określone przez Ministra Zdrowia w załączniku nr 3 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego. Do dnia zakończenia kontroli nie został dostosowany do wymagań Ministra Zdrowia określonych w załączniku nr 1 do rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AILT, na co ustalonym terminem jest 31 grudnia 2022 r. W rezultacie, w związku z koniecznością zapewnienia ciągłości udzielania świadczeń, występowały sytuacje długotrwałych, nieprzerwanych pobyków w pracy lekarzy posiadających taką specjalizację, co – zdaniem NIK – wywoływać mogło ich zmęczenie zagrażające jakości udzielanych świadczeń.

Stan zatrudnienia pielęgniarek anestezjologicznych odpowiadał wymaganiom określonym w standardach organizacyjnych opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii. Praca pielęgniarek zorganizowana była z przestrzeganiem bezpiecznych norm czasu pracy.

OBSZAR

3. Wymagania dotyczące wyposażenia OIOMiA i BO w wyroby medyczne

3.1. Wymagania dotyczące wyposażenia OIOMiA stanowisk znieczulania i intensywnej terapii oraz stanowisk nadzoru poznieczuleniowego

Opis stanu
faktycznego

OIOMiA spełniał warunki określone w załączniku nr 1 do rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AILT oraz w załączniku nr 3 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie leczenia szpitalnego, dotyczące wyposażenia w sprzęt do pomiaru rzutu serca, aparat do ciągłego leczenia nerkozastępczego, bronchofiberoskop, sprzęt do bezpośredniego monitorowania ciśnienia wewnątrzczaszkowego, defibrylator, przyłóżkowy aparat USG, przyłóżkowy aparat RTG.

Nie był spełniony wymóg wyposażenia w co najmniej jedno elektryczne urządzenie do ssania na trzy stanowiska intensywnej terapii. Wyposażenie OIOM stanowiły dwa takie urządzenia, przy siedmiu takich stanowiskach. Zastępca Dyrektora SPZOZ, ds. Lecznictwa, wyjaśnił, że każde stanowisko intensywnej terapii wyposażone jest w ssak próżniowy (siedem ssaków próżniowych), co w pełni zabezpiecza potrzeby pacjentów w tym zakresie i umożliwia wykonanie toalety dróg oddechowych każdemu potrzebującemu pacjentowi. Personel medyczny głównie korzysta ze ssaków próżniowych, które są wygodniejsze w użyciu oraz bardziej praktyczne. Ssaki elektryczne są używane sporadycznie lub w sytuacjach awaryjnych. Na chwilę obecną ssaki próżniowe oraz dostępne ssaki elektryczne są wystarczające do sprawowania prawidłowej opieki nad pacjentem i spełniają swoje zadanie.

Według stanu na koniec 2018 r. i 2019 r. nie był także spełniony warunek wyposażenia w co najmniej jeden respirator transportowy na pięć stanowisk intensywnej terapii, ponieważ OIOMiA posiadał jeden taki respirator. Warunek ten

został spełniony w 2020 r., po otrzymaniu – w formie darowizny od Caritas Polska – drugiego respiratora transportowego.

(akta kontroli str. 558-561, 569-571, 578-579)

Każde stanowisko intensywnej terapii spełniało warunki, określone w załącznikach do ww. rozporządzeń, dotyczące wyposażenia w łóżko do intensywnej terapii z materacem przeciwoleżynowym; respirator z możliwością regulacji stężenia tlenu w zakresie 21 – 100%; źródło elektryczności, tlenu, powietrza i próżni; zestaw do intubacji z workiem rozprężalnym; sprzęt do szybkich oraz regulowanych przetoczeń płynów; kardiomonitor; pulsoksymetr; kapnograf; aparat do automatycznego pomiaru ciśnienia krwi metodą nieinwazyjną; sprzęt do inwazyjnego pomiaru ciśnienia krwi; fonendoskop. Stanowiska te nie były wyposażone w materace lub inne urządzenia do aktywnej regulacji temperatury ciała pacjenta. Warunek wyposażenia w takie wyroby został określony w załączniku do rozporządzenia w sprawie standardów organizacyjnych w dziedzinie AilT. Warunku określonego w tym załączniku nie spełniało także wyposażenie w pompy infuzyjne. Stanowiska intensywnej terapii wyposażone były łącznie w 17 dwustrzykawkowych pomp infuzyjnych oraz dwie pompy jednostrzykawkowe, podczas gdy zgodnie z tym warunkiem, każde stanowisko powinno być wyposażone w co najmniej sześć pomp infuzyjnych.

Zastępca Dyrektora SPZOZ, ds. Lecznictwa, wyjaśnił, że *wyposażenie w pompy infuzyjne w pełni zabezpiecza potrzeby w tym zakresie i do tej pory nie brakowało tych urządzeń nawet przy pełnym obciążeniu oddziału. Dodatkowo, pompy infuzyjne znajdują się na wyposażeniu innych oddziałów szpitalnych, skąd w sytuacji wystąpienia zwiększonego zapotrzebowania mogą zostać użyte.*

Materace lub inne urządzenia do aktywnej regulacji temperatury pacjenta są bardzo rzadko używane, Jeśli zachodzi taka konieczność – są używane ze Szpitalnego Oddziału Ratunkowego.

Pomimo występujących niedoborów (...) w odniesieniu do standardu organizacyjnego, sprzęt i aparatura medyczna, stanowiąca wyposażenie OIOMiA w pełni zabezpiecza potrzeby pacjentów w tym zakresie i nie zdarzyło się, aby występujące braki wpłynęły na jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych. W związku z koniecznością wyposażenia OIOMiA w sposób zgodny z warunkami określonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 16 grudnia 2016 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii – wyposażenie oddziału zostanie niezwłocznie dostosowane do warunków określonych w obowiązującym w tym zakresie standardzie organizacyjnym.

(akta kontroli str. 559-563, 572-573, 578-579)

Wyposażenie stanowisk znieczulania w wyroby medyczne spełniało wymagania określone w załączniku nr 1 do rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AilT. Warunki określone w tym załączniku spełniało także wyposażenie czterostanowiskowej sali nadzoru poznieczuleniowego. Usytuowanie stanowisk zapewniało możliwość obserwacji bezpośredniej pacjentów, ze stanowiska nadzoru pielęgniarskiego.

(akta kontroli str. 564-568, 574-577, 580-584)

Wyroby medyczne, stanowiące wyposażenie stanowisk znieczulania oraz stanowisk w sali nadzoru poznieczuleniowego zostały wyprodukowane w 2018 r. – roku oddania do użytkowania nowego BO, z wyjątkiem jednego aparatu do znieczulania, wyprodukowanego w 2015 r. Wyposażenie OIOM i stanowisk intensywnej terapii w tym oddziale zostało wyprodukowane w latach 2018 – 2020, z wyjątkiem: ssaków elektrycznych (rok produkcji 2010), jednego hemofiltratora (2013 r.), jednego

respiratora (2008 r.), jednostrzykawkowych pomp infuzyjnych (2011 r., 2013 r.), jednego respiratora transportowego (2013 r.), jednego pulsoksymetru (2013 r.).

(akta kontroli str. 569-577)

W latach 2020 – 2021, w związku z epidemią Covid-19, Szpital zakupił – lub otrzymał w formie darowizny – wyroby medyczne o łącznej wartości 925 833 zł. Łączna wartość zakupionych wyrobów wynosiła 808 045,24 zł, a otrzymanych w formie darowizny – 117 787,76 zł. Zakup sfinansowany został środkami własnymi (72 645,24 zł) oraz dotacjami w łącznej wysokości 735 400 zł, otrzymanymi od: Ministerstwa Sprawiedliwości (70 000 zł), jednostek samorządu terytorialnego⁴⁰ (523 400 zł), przedsiębiorców (142 000 zł). W formie darowizny, wyroby medyczne zostały przekazane przez Ministerstwo Zdrowia (łączna wartość wyrobów – 26 092,15 zł), Fundację Radia ZET (51 750,93 zł), Caritas Polska (32 367,60 zł), przedsiębiorców (7577,08 zł).

OIOMiA został wyposażony w następujące wyroby medyczne, pozyskane w związku z epidemią Covid-19:

- sześć respiratorów stacjonarnych o łącznej wartości brutto 534 837,36 zł – zakup ze środków własnych (31 837,36 zł) oraz dotacji otrzymanych od: Ministerstwa Sprawiedliwości (70 000 zł), jednostek samorządu terytorialnego⁴¹ (433 000 zł);
 - respirator transportowy o wartości 32 367,60 zł – darowizna Caritas Polska;
 - aparat do terapii nerkozastępczych o wartości 99 900 zł – zakup z dotacji przekazanej przez przedsiębiorcę;
 - dwa oczyszczacze powietrza o łącznej wartościach 47 608,56 zł oraz 1652,82 zł – darowizna Fundacji Radia ZET;
 - kardiomonitor o wartości 21 728,15 zł – darowizna Ministerstwa Zdrowia;
 - siedem pulsoksymetrów o łącznej wartości 4044 zł (jeden o wartości 3564 zł, sześć o wartości jednostkowej 80 zł) – darowizna Ministerstwa Zdrowia;
- Łączna wartość tych wyrobów wynosiła 742 138,49 zł. Ze środków własnych wydatkowano 31 837,36 zł, a z otrzymanych dotacji – 602 900 zł. Wyroby o wartości 107 401,13 zł otrzymano w formie darowizny.

Pozostałe wyroby medyczne zostały przekazane do:

- Oddziału chorób wewnętrznych i gastroenterologii – trzy pompy strzykawkowe o łącznej wartości 11 502 zł, dwa kardiomitory (34 910,27 zł), dwa oczyszczacze powietrza (1659,70 zł), dwa pulsoksymetry (160 zł);
 - Oddziału chorób wewnętrznych i kardiologii – oczyszczacz powietrza o wartości 829,85 zł;
 - SOR – sześć oczyszczaczy powietrza o łącznej wartości 4979,10 zł, dwa pulsoksymetry (160 zł);
 - Oddziału neurologicznego – elektryczne łóżko szpitalne o wartości 6151,61 zł;
 - Oddziału psychiatrycznego – przepływowa lampa bakteriobójcza o wartości 1768,13 zł;
 - Zakładu diagnostyki obrazowej – mobilny przyłóżkowy aparat RTG o wartości 109 944 zł;
 - Poradni okulisty – tonometr aplanacyjny o wartości 10 800 zł;
- Łączna wartość tych wyrobów wynosiła 182 864,66 zł. Ze środków własnych wydatkowano na ich zakup 51 607,88 zł, z otrzymanych dotacji – 121 700 zł. Wyroby medyczne o wartości 9556,78 zł otrzymano w formie darowizny. Jeden

⁴⁰ Starostwo Powiatowe w Leżajsku (163 600 zł), Gmina Miasto Leżajsk (86 600 zł), Gmina Leżajsk (86 600 zł), Gmina Nowa Sarzyna (86 600 zł), Gmina Grodzisko Dolne (100 000 zł).

⁴¹ Starostwo Powiatowe w Leżajsku, Gmina Miasto Leżajsk, Gmina Leżajsk, Miasto i Gmina Nowa Sarzyna, Gmina Grodzisko Dolne – po 86 600 zł.

oczyszczacz powietrza, o wartości 829,85 zł, pozostawiono jako wyposażenie sekretariatu SPZOZ.

Na czas walki z epidemią Covid-19, z wojewódzkiego magazynu sprzętu obrony cywilnej, Szpital wypożyczył: trzy respiratory, sześć kardiomonitorów, 20 dozowników rotametrycznych⁴². Łączna wartość wypożyczonego sprzętu wynosiła 306 159,16 zł.

(akta kontroli str. 585-588)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

3.2. Przeglądy techniczne sprzętu i aparatury medycznej wykorzystywanej w OIOM i BO

Opis stanu
faktycznego

Sprawdzeniem w zakresie prawidłowości dokonywania przeglądów technicznych objęto 22 wyroby medyczne, stanowiące wyposażenie OIOMiA, sali wybudzeń oraz BO. W przypadku czterech wyrobów, do dnia zakończenia kontroli nie upłynął termin wykonania pierwszego przeglądu, wskazany przez producenta lub dostawcę podczas instalacji i uruchomienia sprzętu⁴³. Przeglądy techniczne pozostałych 18 wyrobów medycznych, objętych sprawdzeniem, dokonywane były zgodnie ze wskazaniami producenta lub dostawcy. Przeglądy siedmiu spośród nich przeprowadzono jednokrotnie, w terminach określonych przy ich instalacji⁴⁴. Do dnia zakończenia kontroli nie upłynął termin na dokonanie drugiego przeglądu tych wyrobów. Przeglądy 11 wyrobów zostały dokonane z częstotliwością określoną przez producenta. Aparaty do znieczuleń poddawane były przeglądom co sześć miesięcy, a pozostałe wyroby objęte sprawdzeniem⁴⁵ – co 12 miesięcy. Przeglądy dokonywane były przez producentów wyrobów lub ich przedstawicieli w Polsce.

(akta kontroli str. 589-592)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

OCENA CZĄSTKOWA

Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie ocenia działania SPZOZ w celu spełnienia wymagań w zakresie wyposażenia OIOMiA oraz BO w wyroby medyczne. Stanowiska intensywnej terapii, stanowiska znieczulenia oraz stanowiska w sali nadzoru poznieczuleniowego zostały wyposażone w niezbędny, nowoczesny sprzęt i aparaturę. W sposób rzetelny dokonywane były przeglądy techniczne tych wyrobów.

⁴² Dwa respiratory turbinowe Trilogy EVO OBM (82 212 zł), dwa kardiomonitorzy Vista 120s Mod 12" (20 520 zł), respirator CV600 Mindray (109 080 zł), cztery kardiomonitorzy Biolight Q7 (85 167,16 zł), cztery statywy do kardiomonitorów Biolight (432 zł), 20 dozowników rotametrycznych AGA zakres 0 – 17 l/min, wraz z nawilżaczem (8748 zł).

⁴³ Pompy infuzyjnej dwustrzykawkowej (rok produkcji 2019, termin przeglądu kwiecień 2022), pompy do żywienia dojelitowego (rok produkcji 2020, termin przeglądu 3 grudnia 2021 r.), kolumny sufitowej Movita (rok produkcji 2018, termin przeglądu 3 września 2021 r.), kolumny sufitowej Agila (rok produkcji 2018, termin przeglądu 3 września 2021 r.).

⁴⁴ Przeglądy: kardiomonitora Infinity Delta, centrali monitorującej ICS Wide, respiratora Parapac Plus, respiratora Evita V300, dwóch kardiomonitorów Delta, respiratora transportowego Oxylog 3000+.

⁴⁵ Hemofiltrator Fast, defibrylator Lifepak 20, dwie myjnie dezynfektor AF 2.45 PG, aparat USG Logiq V2, dwa respiratory stacjonarne Evita V300, łóżko elektryczne LE-13, defibrylator Lifepak 20e.

IV. Wnioski

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

- 1) podjęcie działań w celu zapewnienia stałej obecności lekarza specjalisty anestezjologii i intensywnej terapii przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu intensywnej terapii w OIOMiA;
- 2) wyeliminowanie przypadków znieczulania pacjentów bez udziału pielęgniarki anestezjologicznej współpracującej z lekarzem znieczulającym;
- 3) umieszczanie wszystkich pacjentów w sali nadzoru poznieczuleniowego bezpośrednio po zabiegach operacyjnych;
- 4) opracowanie pełnych procedur dotyczących przygotowania pacjenta do znieczulenia, obejmujących wykaz badań diagnostycznych.

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 Rzeszowie. 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 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.

Rzeszów, 20 września 2021 r.

Kontroler
Roman Tadla
Główny specjalista k. p.

/-/

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Rzeszowie
Dyrektor
Wiesław Motyka

/-/