



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Rzeszowie

LRZ.410.011.05.2021

Paweł Pikul – Dyrektor Zespołu Opieki Zdrowotnej
w Strzyżowie

Zespół Opieki Zdrowotnej w Strzyżowie
ul. Dąbrowskiego 10, 38-100 Strzyżów

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

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

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Zespół Opieki Zdrowotnej w Strzyżowie, ul. Dąbrowskiego 10, 38-100 Strzyżów ¹ .
Kierownik jednostki kontrolowanej	Paweł Pikul – Dyrektor ZOZ od dnia 15 grudnia 2020 r. W okresie od dnia 29 października 2020 r. do dnia 14 grudnia 2020 r. Pan Paweł Pikul był pełniącym obowiązki Dyrektora ZOZ. Dyrektorem ZOZ w okresie od dnia 21 grudnia 2016 r. do dnia 7 września 2020 r. był Pan Bolesław Kazalski. (akta kontroli str. 3-10)
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 Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii².3. Wymagania dotyczące wyposażenia OAiIT oraz Bloku Operacyjnego³ w wyroby medyczne.
Okres objęty kontrolą	2018-2020 ⁴
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o <i>Najwyższej Izbie Kontroli</i> ⁵ .
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Rzeszowie.
Kontroler	Sławomir Kochman, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LRZ/64/2021 z dnia 12 maja 2021 r. (akta kontroli str. 1-2)

II. Ocena ogólna kontrolowanej działalności⁶

OCENA OGÓLNA

W ocenie Najwyższej Izby Kontroli⁷ ZOZ w Strzyżowie podejmował działania w celu dostosowania warunków udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii do standardów określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2016 r. w *sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii*⁸.

Po remoncie szpitala zakończonym w marcu 2020 roku OAiIT spełniał standardy przestrzenne i architektoniczne, określone przez Ministra Zdrowia w tym rozporządzeniu. Standardy te nie były spełnione w poprzednich lokalizacjach OAiIT.

¹ Zwany dalej „ZOZ” lub „ZOZ w Strzyżowie”.

² Zwanego dalej „OAiIT”.

³ Zwanego dalej „BO”.

⁴ Z uwzględnieniem zdarzeń wcześniejszych i późniejszych o ile miały wpływ na działalność jednostki w kontrolowanym zakresie.

⁵ Dz. U. z 2020 r., poz. 1200 ze zm., zwana dalej „ustawą o NIK”

⁶ Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej. W niniejszym wystąpieniu sformułowano ocenę opisową.

⁷ Zwana dalej „NIK”.

⁸ Dz. U. z 2020 r. poz. 940 ze zm., zwanego dalej rozporządzeniem „w sprawie standardów w dziedzinie AiIT”.

BO w lokalizacji od dnia 9 maja 2019 r. po dokonanych remontach w Szpitalu spełniał wymagania określone przez Ministra Zdrowia, natomiast pomieszczenia BO w poprzedniej lokalizacji nie były w pełni dostosowane do tych wymagań.

W OAiT i na stanowiskach intensywnej terapii stwierdzono braki w wyposażeniu w sprzęt medyczny, wymieniony w załączniku nr 1 do rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiT - termin dostosowania do tych wymogów przewidziany jest do końca grudnia 2022 r. Zgodnie z wyjaśnieniami Dyrektora ZOZ brakujący sprzęt medyczny będzie sukcesywnie uzupełniany.

Najwyższa Izba Kontroli negatywnie ocenia niedokonywanie w 2020 r. przeglądów technicznych sprzętu medycznego oraz opóźnienia w ich przeprowadzaniu w 2020 i 2021 roku. ZOZ w 2020 r. i na początku 2021 r. działał jednak w szczególnej sytuacji spowodowanej epidemią Covid-19 i ograniczeniami z niej wynikającymi.

OAiT spełniał wymagania w zakresie zatrudnienia liczby lekarzy anestezjologów, określone w załączniku nr 3 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie leczenia szpitalnego⁹.

W ZOZ nie spełniono dotychczas wymogów rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiT w zakresie ilości zatrudnionych lekarzy specjalistów w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii (termin do ich dostosowania przewidziano do 31 grudnia 2022 r.).

Niewystarczający stan zatrudnienia lekarzy specjalistów z zakresu anestezjologii spowodował, że nie przestrzegano warunków udzielania pacjentom świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii.

Stwierdzono liczne przypadki niezapewnienia całodobowej opieki lekarskiej przez lekarzy specjalistów anestezjologii i intensywnej terapii, a lekarze anestezjology pełniący jednoosobowo dyżur w OAiT dokonywali znieczuleń podczas zabiegów operacyjnych, pozostawiając w tym czasie pacjentów bez opieki lekarskiej. Intensywną terapię w OAiT prowadzili lekarze anestezjology z I stopniem specjalizacji z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii oraz lekarze w trakcie specjalizacji z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii, bez zapewnienia bezpośredniego nadzoru nad ich pracą przez lekarza specjalistę anestezjologii i intensywnej terapii.

W OAiT przestrzegano na ogół bezpiecznych norm czasu pracy lekarzy anestezjologów i pielęgniarek. Stwierdzono jednak dwa przypadki, gdy lekarze anestezjology pracowali w sposób ciągły przez 48 godzin. Dodatkowo we wrześniu 2020 r. w czasie fali zachorowań na Covid-19, lekarz anestezjolog pełnił dyżur w OAiT w sposób ciągły przez 118,35 godzin (niemal 5 dób).

W ocenie NIK działanie takie mogło stwarzać zagrożenie należytego wykonania świadczeń zdrowotnych, a nawet zagrożenie dla bezpieczeństwa pacjentów OAiT oraz zdrowia samych lekarzy.

W kontroli stwierdzono nierzetelne wypełnianie dokumentacji medycznej (błędne wpisywanie czasu rozpoczęcia i zakończenia znieczulenia) oraz brak podpisów i pieczęci lekarzy anestezjologów w części analizowanych okołoperacyjnych kartach kontrolnych.

Procedury przygotowania pacjenta do znieczulenia w ZOZ nie zawierały wykazu badań diagnostycznych, laboratoryjnych, w celu bezpiecznego przeprowadzenia zabiegu w trybie pilnym, przyspieszonym i planowym, co było niezgodne

⁹ Dz. U. z 2021 r. poz. 290 ze zm., zwanego dalej rozporządzeniem „w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego”.

z postanowieniami § 9 pkt 1 rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiIT. W trakcie kontroli NIK procedury te zostały uzupełnione o wymagane wykazy badań.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

OBSZAR **Warunki udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii**

Opis stanu faktycznego

1.

W strukturze organizacyjnej ZOZ w Strzyżowie¹⁰ wydzielono: Szpital Powiatowy w Strzyżowie¹¹ z funkcjonującym OAiIT i BO, Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy w Strzyżowie oraz Przychodnię Powiatową w Strzyżowie. Działalność Szpitala dotycząca OAiIT oraz BO potwierdzona była wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (RPWDL) prowadzonego przez Wojewodę Podkarpackiego. OAiIT w okresie objętym kontrolą zaliczany był do pierwszego poziomu referencyjnego.

W regulaminie organizacyjnym ZOZ znajdowały się zapisy odnoszące się do działalności OAiIT oraz BO. Do zadań OAiIT wymienionych w niniejszym regulaminie należało m.in.:

- udzielanie stacjonarnych świadczeń zdrowotnych w ramach specjalności anestezjologii i intensywnej terapii,
 - organizowanie i współdziałanie w postępowaniu resuscytacyjnym na terenie szpitala,
 - współdziałanie w ustalaniu zasad przygotowania chorych do zabiegów operacyjnych,
 - współdziałanie w nadzorze pooperacyjnym na oddziałach zabiegowych oraz prowadzenie pacjentów wymagających intensywnego nadzoru w okresie pooperacyjnym w oddziale,
 - leczenie bólu, niezależnie od jego przyczyny,
 - współuczestnictwo przy ustalaniu planów zabiegów wykonywanych w szpitalu,
 - prowadzenie dokumentacji medycznej uwzględniającej cały przebieg znieczulenia, dawkowanie środków anestetycznych i terapeutycznych, aktualne wartości parametrów podstawowych funkcji życiowych oraz ewentualne powikłania.
- Do zadań BO należało m.in. wykonywanie zabiegów operacyjnych zgodnie z powszechnie obowiązującymi standardami, współpraca personelu bloku operacyjnego z lekarzami zespołów operacyjnych w trakcie wykonywania znieczuleń oraz zabiegów operacyjnych.

W okresie od dnia 1 stycznia 2018 r. do dnia 16 kwietnia 2020 r., zgodnie z danymi wykazanymi w RPWDL w OAiIT były trzy łóżka intensywnej opieki medycznej. Od dnia 17 kwietnia 2020 r. w RPWDL wykazano pięć łóżek w OAiIT. Dane te nie były zgodne z rzeczywistą liczbą łóżek znajdujących się w OAiIT, gdyż od dnia 6 marca 2020 r. w OAiIT było pięć łóżek intensywnej terapii.

Kierownik Działu Statystyki Medycznej i Rozliczeń Świadczeń Zdrowotnych wyjaśniła, że opóźnienie w dokonaniu zgłoszenia ilości łóżek na OAiIT z trzech na pięć sztuk w 2020 r.¹² spowodowane było zmniejszoną liczbą pracowników ZOZ w pracy z powodu nieobecności chorobowej i opieki nad dzieckiem oraz wykonywaniem pracy w trybie zdalnym w czasie epidemii Covid-19, ponadto każda

¹⁰ Podmiot leczniczy działający jako samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej. Nadzór nad działalnością Zespołu sprawuje Zarząd Powiatu Strzyżowskiego.

¹¹ Zwany dalej „Szpitalem”.

¹² Od dnia 6 marca 2020 r. w OAiIT było pięć łóżek.

zmiana w rejestrze jest odpłatna, w związku z trudną sytuacją finansową ZOZ, połączono trzy zmiany w jednym wniosku z dnia 17 kwietnia 2020 r. za jedną odpłatnością.

W latach 2018-2020 spełniony był warunek określony w § 4 ust. 3 rozporządzenia *w sprawie standardów w dziedzinie AiIT*, zgodnie z którym liczba łóżek na OAiIT powinna stanowić co najmniej 2% ogólnej liczby łóżek w szpitalu. Wskaźnik ten w ww. okresie kształtował się od 2,7% do 4,7%¹³.

(akta kontroli str. 11-40, 41, 42-46, 47-60, 287)

Lekarz sprawujący funkcję Kierownika OAiIT¹⁴ posiadał II stopień specjalizacji w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii oraz pierwszy stopień specjalizacji w zakresie chirurgii ogólnej. Kierownik OAiIT nie był powołany w drodze konkursu, obowiązki Kierownika OAiIT zostały mu powierzone z dniem 1 grudnia 1995 r. na czas nieokreślony. Pielęgniarka Oddziałowa w OAiIT miała następujące kwalifikacje: Medyczne Studium Zawodowe w zakresie pielęgniarstwa oraz ukończony kurs z zakresu pielęgniarstwa anestezjologicznego. Dyrektor ZOZ powierzył pełnienie jej funkcji na okres od 6 stycznia 2016 r. do 5 stycznia 2021 r., przedłużony w dniu 5 stycznia 2021 r. w związku z ogłoszeniem na obszarze RP stanu zagrożenia epidemicznego a następnie stanu epidemii o czas trwania danego stanu oraz o kolejne 90 dni od dnia jego odwołania.

Zgodnie z postanowieniami § 4 ust. 11 rozporządzenia *w sprawie standardów w dziedzinie AiIT* pielęgniarka oddziałowa w OAiIT powinna posiadać ukończoną specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, jednakże stosownie do przepisu § 16 ust. 4, pielęgniarka będąca pielęgniarką oddziałową przed dniem wejścia w życie tego rozporządzenia (przed 1 stycznia 2017 r.), może pełnić tę funkcję nie dłużej niż do dnia 31 grudnia 2022 r.

(akta kontroli str. 61-79)

Działalność Szpitala w latach 2018-2020, w tym także dotycząca udzielania świadczeń zdrowotnych w OAiIT i BO objęta była ubezpieczeniem odpowiedzialności cywilnej. Przedmiotem ubezpieczenia była odpowiedzialność cywilna ZOZ, wykonującego działalność leczniczą za szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych, wyrządzone działaniem lub zaniechaniem ubezpieczonego. Suma gwarancyjna na wszystkie zdarzenia wynosiła 500.000 euro, zaś na jedno zdarzenie 100.000 euro. Wysokość składki wynosiła 115.450 zł (w polisie zawartej na okres od 1 lipca 2017 r. do 30 czerwca 2018 r. i na okres od 1 lipca 2018 r. do 30 czerwca 2019 r.) oraz 98.400 zł (w polisie zawartej na okres od 1 lipca 2019 r. do 30 czerwca 2020 r. i na okres od 1 lipca 2020 r. do 30 czerwca 2021 r.).

(akta kontroli str. 80-96)

W latach 2018-2020 Narodowy Fundusz Zdrowia¹⁵, oraz minister właściwy ds. zdrowia nie przeprowadzili kontroli funkcjonowania OAiIT oraz BO. OAiIT i BO

¹³ Ogólna liczba łóżek wynosiła: w 2018 r. oraz w okresie od 1 stycznia 2019 r. do 28 lutego 2019 r. – 111 łóżek, od 1 marca 2019 r. do 5 marca 2020 r. – 99 łóżek, od 6 marca 2020 r. do 31 grudnia 2020 r. – 105 łóżek.

¹⁴ Stosownie do postanowień art. 49 ust. 7 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o *działalności leczniczej* (Dz. U. z 2021 r. poz. 711 ze zm.), zwanej dalej „*ustawą o działalności leczniczej*”, w przypadku gdy oddziałem kieruje lekarz niebędący ordynatorem na stanowisku lekarza kierującego oddziałem konkursu nie przeprowadza się. Regulamin organizacyjny ZOZ przewidywał, że OAiT kieruje lekarz będący Kierownikiem Oddziału.

¹⁵ Zwany dalej „NFZ”.

kontrolowany był natomiast przez Wojewodę Podkarpackiego oraz przez Podkarpackiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego (PPWIS).

W kontroli przeprowadzonej przez Wojewodę Podkarpackiego (za rok 2019) w zakresie funkcjonowania zakładu leczniczego – stwierdzono m.in. brak podpisów koordynatora *Okolooperacyjnej karty kontrolnej* w kontrolowanej dokumentacji, a także brak godziny rozpoczęcia i zakończenia znieczulania w części kontrolowanych protokołów operacyjnych.

PPWIS w okresie objętym kontrolą przeprowadził cztery kontrole, dotyczące m.in. stanu sanitarno-porządkowego i technicznego obiektu oraz działalności przeciwepidemicznej. Kontrola w 2018 r. wykazała zniszczone meble w pomieszczeniu do mycia narzędzi przy sali operacyjnej nr 1 (w czasie kolejnej kontroli przeprowadzonej w 2019 r. stwierdzono, iż trwają prace wykończeniowe w pomieszczeniach BO).

W trakcie kontroli przeprowadzonej w 2019 r. dokonano oceny funkcjonowania OAiIT w okresie przejściowym, gdy oddział tymczasowo zlokalizowany był na III piętrze budynku szpitala w pomieszczeniach po Oddziale Ginekologiczno-Położniczym z Pododdziałem Neonatologii. PPWIS stwierdził, iż w oddziale znajdują się trzy łóżka intensywnej terapii (jedna sala dwułożkowa i jedna sala jednołożkowa, mogąca pełnić rolę izolatki). W oddziale znajdował się pokój pielęgniarski usytuowany pomiędzy pokojami łóżkowymi, posiadający przeszklone ściany, co umożliwiało obserwację pacjenta. Sala jednołożkowa nie posiadała pomieszczenia higieniczno-sanitarnego dostępnego z pomieszczenia pobytu pacjenta.

(akta kontroli str. 97-146)

2.

W ZOZ wprowadzono z dniem 7 grudnia 2016 r. następujące następujące procedury dotyczące przygotowania pacjenta do znieczulenia:

- procedura przygotowania pacjenta do blokady splotu ramiennego - celem procedury było prawidłowe przygotowanie pacjenta do blokady splotu ramiennego oraz zmniejszenie ryzyka powikłań podczas wykonywania zabiegu. Procedura obejmowała wykaz czynności i sposób postępowania, w tym zadania pielęgniarki i czynności związane z przygotowaniem stanowiska dla lekarza anestezjologa;
- procedura przygotowania pacjenta do znieczulenia podpajęczynówkowego - celem procedury było prawidłowe przygotowanie pacjenta do znieczulenia oraz zmniejszenie ryzyka powikłań podczas wykonywania zabiegu. Procedura obejmowała wykaz czynności i sposób postępowania przy wykonywaniu znieczulenia;
- procedura przygotowania pacjenta do znieczulenia zewnątrzoponowego - celem procedury było prawidłowe przygotowanie pacjenta do znieczulenia oraz zmniejszenie ryzyka powikłań podczas wykonywania zabiegu. Procedura obejmowała wykaz czynności i sposób postępowania przy wykonywaniu znieczulenia;
- procedura przygotowania pacjenta do znieczulenia ogólnego - celem procedury było prawidłowe przygotowanie pacjenta do znieczulenia. Procedura obejmowała opis czynności i sposób postępowania przy wykonywaniu znieczulenia, w tym identyfikacja pacjenta, kontrola dokumentacji, zadania pielęgniarki, przygotowanie leków, sprawdzenie szczelności aparatu do znieczulenia i aparatury monitorującej, kontrola gazów medycznych, przygotowanie do intubacji, wprowadzenie do znieczulania ogólnego, wyprowadzenie ze znieczulenia.

Powyższe procedury zostały przyjęte do obowiązywania przez Kierownika OAiIT, Pielęgniarkę Oddziałową oraz personel pielęgniarski OAiIT. Na procedurach były podpisy o zapoznaniu się i przyjęciu ich do stosowania.

Zgodnie z postanowieniami § 9 pkt 1 rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiIT, kierownik podmiotu leczniczego prowadzącego szpital, w porozumieniu z lekarzem kierującym OAiT, określa procedury przygotowania pacjenta do znieczulenia, w tym wykaz badań diagnostycznych, laboratoryjnych, w celu bezpiecznego przeprowadzenia zabiegu w trybie natychmiastowym, pilnym, przyspieszonym.

Powyższe trzy procedury, tj. do znieczulenia podpajęczynówkowego, zewnątrzoponowego i ogólnego nie zawierały wykazu badań diagnostycznych, laboratoryjnych, w celu bezpiecznego przeprowadzenia zabiegu w trybie natychmiastowym, pilnym, przyspieszonym i planowym, o którym mowa w § 9 pkt 1 ww. rozporządzenia.

(akta kontroli str. 147-172)

Zastępca Dyrektora ZOZ lek. med. Marcin Zięba wyjaśnił, że brak wykazu badań diagnostycznych i laboratoryjnych w obowiązujących procedurach znieczulenia wynikał z tego, że każdy oddział przygotowywał pacjenta według indywidualnych zleceń lekarza. Aktualnie z dniem 26 maja 2021 r. wdrożono procedurę, która reguluje kwestię przygotowania pacjenta do znieczulenia i wykonywania stosownych badań diagnostycznych i laboratoryjnych do różnych typów zabiegów.

Do wyjaśnień Zastępcy Dyrektora ZOZ dołączono wykazy badań diagnostycznych i laboratoryjnych, w celu bezpiecznego przeprowadzenia zabiegu w trybie natychmiastowym, pilnym, przyspieszonym (zatwierdzone w dniu 26 maja 2021 r.) do znieczulenia podpajęczynówkowego, zewnątrzoponowego i ogólnego.

(akta kontroli str. 173-183)

Dyrektor ZOZ zarządzeniem nr 7/2017 z dnia 10 stycznia 2017 r. w porozumieniu z Kierownikiem OAiT ustalił sposób komunikacji alarmowej w przypadku stanu zagrożenia życia. W zarządzeniu tym podano dwa numery telefonów alarmowych: pierwszy do dyżurki lekarzy anestezjologów oraz drugi do sali intensywnego nadzoru w OAiT. Wezwanie personelu z OAiT wpisywane było do raportów pielęgniarskich w oddziale, w którym była przeprowadzana interwencja oraz do raportów pielęgniarskich w OAiT (np. w sierpniu 2019 r. wpisano jedną interwencję, w listopadzie 2019 r. dziewięć interwencji, w marcu 2020 r. trzy interwencje, w kwietniu 2020 r. 15 interwencji). Przyjęcie zarządzenia do realizacji potwierdzone było podpisami kierowników poszczególnych oddziałów szpitalnych oraz pielęgniarek oddziałowych.

Kierownik OAiT Bogusław Zabrzycki wyjaśnił, że wprowadzony w Szpitalu w 2017 r. system komunikacji alarmowej, składający się z numeru telefonu do dyżurki lekarzy anestezjologów oraz numeru do sali OAiT, gdzie stale przebywa dyżurny personel pielęgniarski, informujący anestezjologa o zdarzeniach nagłych - działa prawidłowo i skutecznie.

(akta kontroli str. 184-198, 199-203, 270-271)

Zgodnie z przepisem § 9 pkt 9 rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiIT lekarz wykonujący znieczulenie może w tym czasie znieczulać tylko jednego pacjenta. Analizą zgodności z postanowieniami ww. przepisu objęto 106 sztuk dokumentacji medycznej z lat 2018-2020, w tym: 46 z marca 2018 r., 30 z czerwca 2019 r., 30 z września 2020 r.

W analizowanej próbie stwierdzono pięć przypadków, w których ten sam lekarz jednocześnie znieczulał dwóch pacjentów.

Przypadki te stwierdzono podczas pracy jednego lekarza anestezjologa znieczulającego pacjentów w dniu 20 marca 2018 r. (nakładający się czas w tych

przypadkach wynosił pięć minut w czterech przypadkach i 10 minut w jednym przypadku).

Analiza wykazała ponadto, że w dziewięciu przypadkach w karcie znieczulenia wpisany był inny czas rozpoczęcia i zakończenia znieczulania niż czas rozpoczęcia i zakończenia znieczulania odnotowany w protokołach zabiegów operacyjnych (osiem zabiegów operacyjnych z dnia 9 marca 2018 r. i jeden z dnia 20 marca 2018 r.). Różnice w czasie pomiędzy protokołami zabiegów operacyjnych, a kartą znieczulenia w sześciu przypadkach wynosiły od 5 do 10 minut.

W trzech przypadkach czas znieczulenia wpisany w protokołach zabiegów operacyjnych wpisany był całkowicie błędnie.

W pierwszym przypadku w protokole zabiegu operacyjnego wpisano, że rozpoczęcie znieczulenia nastąpiło o godzinie 16¹⁶, a zakończenie o godzinie 16¹⁰. Tymczasem w karcie znieczulenia wykazano, że rozpoczęcie znieczulenia nastąpiło o godzinie 15⁵⁰, zaś jego zakończenie o godzinie 16²⁰.

W drugim przypadku w protokole zabiegu operacyjnego wpisano ten sam czas rozpoczęcia i zakończenia znieczulenia (godzina 7⁴¹), natomiast czas rozpoczęcia i zakończenia znieczulenia odnotowany w karcie znieczulenia wykazano odpowiednio o godzinie 16⁴⁰ i 17⁰⁰.

W trzecim przypadku w protokole zabiegu operacyjnego wpisano czas rozpoczęcia znieczulenia o godzinie 8⁵⁶, a zakończenie znieczulenia o godzinie 18¹⁰, natomiast w karcie znieczulenia faktyczne rozpoczęcie znieczulenia odnotowano o godzinie 17⁴⁵, a jego zakończenie o godzinie 18¹⁵.

W sześciu przypadkach znieczuleń dokonanych w dniu 20 marca 2018 r. w protokołach zabiegów operacyjnych nie wpisano godziny rozpoczęcia i godziny zakończenia znieczulania. Dane te wykazane były tylko w karcie znieczulenia.

W jednym przypadku w protokole zabiegu operacyjnego wpisany był inny lekarz znieczulający, niż lekarz faktycznie dokonujący znieczulenia, odnotowany w karcie znieczulenia. W każdej z analizowanej dokumentacji medycznej znieczulanych pacjentów załączone były *Okłooperacyjne karty kontrolne*. Spośród 46 kart z marca 2018 r. 14 nie zawierało podpisu osoby wypełniającej kartę. Brak podpisu osoby wypełniającej stwierdzono również w trzech kartach z czerwca 2019 r. (na 30 analizowanych).

Zgodnie z zarządzeniem Dyrektora ZOZ nr 38/2015 z dnia 2 września 2015 r. funkcję koordynatora Okłooperacyjnej karty kontrolnej pełni lekarz wykonujący znieczulenie, który pisemnie potwierdza, że zrealizowano określony wymóg weryfikacyjny w każdej z trzech faz zabiegu operacyjnego (faza przed podaniem znieczulenia; faza po podaniu znieczulenia, lecz przed nacięciem; faza w trakcie „zamykania” rany lub tuż po, ale przed wywiezieniem pacjenta z sali operacyjnej).

W każdym analizowanym przypadku stwierdzono, że z lekarzem wykonującym znieczulenie współpracowała pielęgniarka anestezjologiczna.

(akta kontroli str. 204-235, 236-269)

Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa lek. med. Marcin Zięba wyjaśnił, że błędne zapisywanie czasu znieczulenia przez lekarzy zabiegowych w protokołach zabiegów operacyjnych nie powinno mieć miejsca, niemniej jednak niewątpliwy błąd pisarski częściowo usprawiedliwia fakt konstrukcji programu komputerowego, który automatycznie wpisuje godzinę rozpoczęcia i zakończenia znieczulenia tożsamą z rozpoczęciem i zakończeniem operacji. W przyszłości, celem uniknięcia pomyłek i niezgodności w tym zakresie dyrekcja ZOZ rozważy dopuszczenie rozwiązania, w którym lekarze zabiegowi nie będą wprowadzać tych czasów w protokole operacyjnym, będą one ujęte wyłącznie w karcie znieczulenia. Pokrywanie się czasów znieczulenia wynika z faktu, iż anestezjolog po wstępnym wybudzeniu pacjenta pozostawia go pod opieką pielęgniarki anestezjologicznej, a sam udaje się

do sali operacyjnej znajdującej się obok w celu rozpoczęcia kolejnego znieczulenia. Taki sposób działania związany jest z małą ilością dostępnej kadry lekarzy anestezjologów, w stosunku do ilości zabiegów. Niezgodność dotycząca lekarza znieczulającego na jednym z protokołów operacyjnych wynika z błędnego wpisania przez lekarza operacyjnego. Brak podpisów lekarskich w Okołooperacyjnych kartach kontrolnych, jak wyjaśnił Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa wynika ze zwykłego przeoczenia.

(akta kontroli str. 272-275)

Zgodnie z postanowieniami § 9 pkt 16 rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiiT – w bezpośrednim okresie pooperacyjnym pacjenta umieszcza się w sali nadzoru poznieczuleniowego. W ZOZ w BO dostępna była sala przygotowania pacjenta do operacji, zlokalizowana w obrębie BO (przylegająca do jednej z sal operacyjnych). Sala ta stosownie do opisu zawartego w dokumentacji budowlanej szpitala pełni rolę sali przygotowania pacjenta do operacji i może jednocześnie pełnić rolę sali wybudzeń, gdzie następuje ustabilizowanie czynności życiowych i pierwsze wybudzenie pacjenta z narkozy.

Kierownik OAiiT Bogusław Zabrzycki wyjaśnił, że biorąc pod uwagę względy organizacyjne, liczbę zabiegów operacyjnych wykonywanych na trzech salach operacyjnych, ograniczenia kadrowe związane z małą liczbą dostępnych na rynku pracy lekarzy anestezjologów i brakiem lekarzy rezydentów - czynności związane z wybudzeniem i ustabilizowaniem funkcji życiowych odbywają się na sali operacyjnej BO. Następnie postępowanie z pacjentem może być dwójakie:

- jeżeli stan pacjenta jest dobry, jest on przekazywany przez personel BO personelowi oddziałów zabiegowych i przewożony na sale pooperacyjne (na Oddziale Chirurgii z Pododdziałem Urazowo-Ortopedycznym z Pracownią Endoskopii i Oddziale Ginekologii). Pacjent jest tam nadzorowany przez pielęgniarki i położne, które mają możliwość kontaktu z anestezjologiem, który wykonywał znieczulenie oraz z lekarzami z własnego oddziału. Sale te wyposażone są w źródła tlenu, gazów medycznych, kardiomonitor, pulsoksymetrię i stałą łączność telefoniczną z OAiiT;

- gdy stan pacjenta jest ciężki, w szczególności, gdy wymaga on wentylacji respiratorem, przewożony jest do OAiiT pod nadzorem anestezjologa i przekazywany do dalszej terapii lekarzowi i personelowi OAiiT.

Kierownik OAiiT wyjaśnił, że nie jest prowadzona oddzielna dokumentacja dotycząca przewożenia pacjenta z BO do oddziałów macierzystych, przekazanie chorego dokumentowane jest przez personel pielęgniarski w karcie znieczulenia¹⁶.

(akta kontroli str. 199-203)

W OAiiT w czterostanowiskowej sali łóżkowej usytuowane było stanowisko nadzoru pielęgniarskiego. Stanowisko to umożliwiało bezpośrednią obserwację pacjentów znajdujących się w sali oraz pacjentów znajdujących się w izolatce (poprzez przeszklony fragment ściany). Do obserwacji pacjentów wykorzystywany był także sprzęt monitorujący podstawowe funkcje życiowe pacjentów (na każdym stanowisku intensywnej terapii). Dodatkowo stanowisko znajdujące się w izolatce było monitorowane przez wideokamerę.

W OAiiT od dnia 6 marca 2020 r. zapewniono możliwość izolacji pacjentów poddanych intensywnej terapii oraz dostępność wyrobów medycznych monitorujących i terapeutycznych, niezbędnych do wykonywania specjalistycznych

¹⁶ Potwierdzeniem przekazania chorego do oddziału jest podpis pielęgniarki odbierającej go po przeprowadzonej operacji.

interwencji w stanach zagrożenia życia. Była to sala izolacyjna jednołóżkowa, wyposażona w osobny węzeł sanitarny (wejście do izolatki prowadziło przez śluzę umywalkowo-fartuchową).

Zgodnie z wyjaśnieniami Kierownika OAiIT Bogusława Zabrzycykiego istniejąca w Oddziale izolatka umożliwia całkowitą izolację i leczenie jednego pacjenta, stanowisko jest w pełni wyposażone w łóżko intensywnej terapii, respirator, kardiomonitor, leki i cały wymagany sprzęt medyczny. Na stanowisku nadzoru pielęgniarskiego w OAiIT zapewniona jest możliwość obserwacji bezpośredniej pacjentów, którym udzielano świadczeń zdrowotnych z zakresu intensywnej terapii.

(akta kontroli str. 199-203, 276-279)

Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa lek. med. Marcin Zięba wyjaśnił, że do dnia 6 marca 2020 r. OAiIT nie posiadał sali izolacyjnej spełniającej warunki § 4 ust. 5 rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiIT. W sytuacji, gdy pacjent wymagał izolacji korzystano z jednej sali w obrębie oddziału, która pełniła funkcję sali izolacyjnej. Do dnia 15 maja 2018 r., kiedy OAiIT znajdował się na I piętrze szpitala w segmencie A, pacjentów umieszczano w sali jednołóżkowej, z wejściem dostępnym z traktu komunikacyjnego. Po dniu 15 maja 2018 r. OAiIT przeniesiony był tymczasowo na III piętro, w tym okresie rolę sali izolacyjnej pełniła sala jednołóżkowa dostępna z traktu komunikacyjnego, bez śluzy umywalkowo-fartuchowej.

(akta kontroli str. 199-203, 280-286)

Zgodnie z postanowieniami § 14 rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiIT lekarz kierujący oddziałem anestezjologii i intensywnej terapii przeprowadza raz w roku ocenę jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych w oddziale, w szczególności zwracając uwagę na brak zgodności postępowania z procedurami określonymi w § 9 pkt 1 ww. rozporządzenia, aktualnymi zaleceniami odpowiednich towarzystw naukowych, kompletności dokumentacji i występowania zdarzeń medycznych, o których mowa w art. 67a ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta¹⁷.

Kierownik OAiIT Bogusław Zabrzycyki wyjaśnił, że raz do roku przeprowadzał ocenę jakości udzielanych w OAiIT w zakresie zgodności postępowania z obowiązującymi procedurami, ocena taka nie była dokumentowana w formie pisemnej lub elektronicznej. W obowiązujących przepisach prawnych jak wyjaśnił Kierownik OAiIT brak jest obowiązku dokumentowania takiej oceny.

NIK zauważa, że, wprawdzie w § 14 rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiIT nie sprecyzowano, że ocena ta powinna być sporządzona w formie pisemnej, jednak ze względów dowodowych uzasadnione jest, aby była ona sporządzona w takiej formie. Płynące z niej ewentualne wnioski w sposób udokumentowany i usystematyzowany mogłyby się przyczynić do doskonalenia jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych.

(akta kontroli str.270-271)

W ZOZ w dniu 30 kwietnia 2018 r. opracowano procedury:

¹⁷ Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2020 r., poz. 849 ze zm.).

- dezynfekcji i mycia łóżka szpitalnego po wypisie pacjenta, zgonie lub przekazaniu na Blok Operacyjny, związane m.in. ze zmianą pościeli, dezynfekcji materaca, ramy i stelaża łóżka¹⁸,
- mycia i dezynfekcji powierzchni pomieszczeń i urządzeń medycznych, we wszystkich oddziałach szpitalnych/pracowniach/poradniach/przychodniach w strukturze ZOZ,
- dezynfekcji powierzchni wolnych od zanieczyszczeń organicznych,
- dezynfekcji powierzchni zanieczyszczonych materiałami organicznymi,
- dezynfekcji miejsc trudnodostępnych.

W latach 2018-2020 corocznie w OAiIT opracowywano plan sprzątania i dezynfekcji. Plan ten sporządzany był przez Kierownika OAiIT i Pielęgniarkę Oddziałową OAiIT (przyjmowany był do realizacji przez pracowników OAiIT poprzez złożenie podpisu na tym dokumencie). W planie określono terminy (częstotliwość) wykonania poszczególnych czynności (plan dzienny, plan tygodniowy oraz czynności wykonywane jeden raz na kwartał). Zgodnie z planem powierzchnie płaskie myje się i dezynfekuje dwa razy dziennie, natomiast sprzęt medyczny (np. respiratory, monitory) trzy razy dziennie.

Powyższe procedury (dotyczące wszystkich oddziałów szpitalnych) oraz realizacja planu sprzątania w OAiIT nie nakazywały dokumentowania czynności oraz odbioru (sprawdzenia) przez innego pracownika (np. przez przełożonego).

(akta kontroli str. 288-302)

Kierownik OAiIT Bogusław Zabrzycki wyjaśnił, że czynności związane z przygotowaniem łóżka i stanowiska intensywnej terapii są na bieżąco nadzorowane przez zatrudnione w oddziale pielęgniarki i Pielęgniarkę Oddziałową, kontrole Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej nie miały w tym zakresie zastrzeżeń i nie wymagały dokumentowania tych czynności.

(akta kontroli str. 270-271)

3.

Szpital usytuowany był w jednym budynku podzielonym na segmenty oznaczone literami: A, B, C, D, E, F (budynki podstawowe).

Od dnia 6 marca 2020 r. OAiIT zlokalizowany był na parterze budynku szpitala w segmencie A. Na parterze tego budynku oprócz OAiIT znajdowała się m.in. Izba Przyjęć. Na I piętrze (w segmencie A) znajdował się BO z trzema salami operacyjnymi (nr 1, 2, 3), a także Oddział Chirurgii z Pododdziałem Urazowo-Ortopedycznym z Pracownią Endoskopii (w segmencie C), poradnie (Ginekologiczno-Położnicza, Chirurgiczna, Ortopedyczna, Kardiologiczna w segmencie E), Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej (w segmencie E i F).

Na II piętrze znajdował się Oddział Chorób Wewnętrznych z Pododdziałem Kardiologii (w segmencie C i D), natomiast na III piętrze Oddział Ginekologii (w segmencie C).

Wejście do OAiIT znajdowało się w segmencie C szpitala poprzez drzwi dwuskrzydłowe (95 cm i 50 cm) chronione zamkiem elektronicznym z kodem szyfrowym, przez komunikację o powierzchni 33,78 m².

Do sali intensywnej terapii w OAiIT prowadziły dwa wejścia z komunikacji wewnętrznej OAiIT (A.021 o powierzchni 26,34 m² i A.04 powierzchni 41,60 m²

¹⁸ W okresie wcześniejszym obowiązywała procedura dezynfekcji i mycia łóżka szpitalnego po wypisie z oddziału szpitalnego oraz procedura dezynfekcji narzędzi chirurgicznych i sprzętu medycznego z dnia 24 lutego 2011 r.

w segmencie A) - pierwsze poprzez drzwi dwuskrzydłowe (o szerokości 110 cm i szerokości 50 cm) otwierane na fotokomórkę oraz drugie po przejściu przez śluzę umywalkowo-fartuchową o powierzchni 8,91 m² (wejście to było jednoskrzydłowe przesuwne o szerokości 90 cm otwierane na fotokomórkę).

Sala intensywnej terapii z czterema łózkami miała powierzchnię 75,02 m² (18,75 m² na jedno stanowisko). Obok sali intensywnej terapii znajdowała się izolatka o powierzchni 20,86 m² z jednym łóżkiem, z wejściem od strony śluz umywalkowo-fartuchowej przez drzwi przesuwne jednoskrzydłowe o szerokości 110 cm otwierane na fotokomórkę. Obok izolatyki znajdowało się WC o powierzchni 4,21 m²

Z komunikacji wewnętrznej OAiT dostępne były także następujące pomieszczenia: pokój socjalny, pokój pielęgniarki oddziałowej, WC personelu, pokój lekarza dyżurującego, gabinet zabiegowy, pokój kierownika OAiT z węzłem sanitarnym, brudownik, węzeł sanitarny dla personelu, magazyn sprzętu, pomieszczenie techniczne, magazyn czysty.

Izba Przyjęć znajdowała się na parterze budynku w segmencie A. Przejście z Izby Przyjęć do AOiT odbywało się przez korytarz główny i ciągi komunikacyjne.

Skomunikowanie OAiT z BO odbywało się za pośrednictwem windy, dostępnej zarówno dla chorych przewożonych na łózkach, wózkach inwalidzkich i chorych chodzących. Z traktu bloku operacyjnego były wejścia do trzech sal operacyjnych. Drzwi wejściowe do sal operacyjnych miały 120 cm szerokości (drzwi przesuwne na fotokomórkę). Z traktu bloku operacyjnego było również wejście do sali przygotowania pacjenta do operacji. Sale operacyjne miały następujące oznaczenia i powierzchnie: A1.15 (nr 3) o powierzchni 38,36 m², A1.17 (nr 2) o powierzchni 37,14 m², A1.20 (nr 1) o powierzchni 37,12 m².

Układ pomieszczeń i ciągu komunikacyjnych szpitala zapewniał dobrą komunikację pomiędzy OAiT a BO i innymi oddziałami łózkowymi. Jedynym utrudnieniem w tym zakresie była winda, która była wykorzystywana do transportu:

- pacjentów z Oddziału Chirurgii z Pododdziałem Urazowo-Ortopedycznym z Pracownią Endoskopii do OAiT, z wykorzystaniem komunikacji w segmencie budynku C, w którym usytuowany był Oddział,
- pacjentów z Oddziału Chorób Wewnętrznych z Pododdziałem Kardiologicznym na II piętrze do OAiT,
- pacjentów z Oddziału Ginekologii z III piętra budynku do OAiT.

W skomunikowaniu OAiT z BO, łózkowymi oddziałami szpitalnymi i Izba Przyjęć nie było barier architektonicznych utrudniających lub ograniczających przewożenie pacjentów (np. stopnie, wąskie przejścia).

Do dnia 15 maja 2018 r. OAiT zlokalizowany był na pierwszym piętrze budynku w segmencie A (aktualnie w tym miejscu znajdują się pomieszczenia BO), natomiast w okresie od dnia 16 maja 2018 r. do dnia 6 marca 2020 r. (czasowe umiejscowienie OAiT w związku z przeprowadzaniem w szpitalu remontem) na III piętrze budynku szpitala w zaadoptowanych pomieszczeniach po zlikwidowanym Oddziale Ginekologiczno-Położniczym z Pododdziałem Neonatologii.

Transport pacjentów z BO (zlokalizowanego wtedy na parterze w segmencie A budynku) do OAiT oraz transport pacjentów z oddziałów łózkowych do OAiT odbywał się za pośrednictwem komunikacji na parterze, pierwszym, drugim i trzecim piętrze z wykorzystaniem tej samej windy usytuowanej w segmencie C budynku szpitala (opisanej powyżej).

(akta kontroli str. 303-339)

Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa lek. med. Marcin Zięba wyjaśnił, że do 13 listopada 2019 r. w szpitalu funkcjonowała jedna winda, służąca do transportu chorych z BO do OAiT, pacjentów z Izby Przyjęć i pozostałych oddziałów szpitala,

w tym pacjentów przewożonych do Zakładu Diagnostyki Obrazowej, posiłków z kuchni szpitalnej na oddziały. Winda ta była ogólnodostępna, ale biorąc pod uwagę częste jej wykorzystywanie, osoby odwiedzające miały ograniczony do niej dostęp i najczęściej korzystały z klatki schodowej. Wyłączenie jedynej windy na potrzeby transportu jednej grupy chorych (np. z BO do OAiIT lub oddziałów zabiegowych) utrudniłoby znacząco pracę pozostałych oddziałów szpitala. W dniu 13 listopada 2019 r. oddano do użytku segment D szpitala, z klatką schodową i dodatkowymi dwoma dźwigami transportowo-gospodarczymi. Po oddaniu segmentu D szpitala, winda w segmencie A przeznaczona została tylko i wyłącznie do transportu pacjentów z oddziałów na BO, z BO na oddziały, z Izby Przyjęć na oddziały lub BO, między oddziałami, a także do pracowni diagnostycznych. Pacjenci przewożeni windą w segmencie A to pacjenci chodzący, leżący oraz na wózkach inwalidzkich.

(akta kontroli str. 280-284)

Powierzchnia sali intensywnej terapii w OAiIT od dnia 6 marca 2020 r. spełniała wymagania przestrzenne określone w rozporządzeniu w sprawie standardów w dziedzinie AiIT, tj. co najmniej 16 m² na jedno stanowisko w pokojach wielostanowiskowych. Powierzchnia ta w OAiIT wynosiła 18,75 m².

W OAiIT obok sali intensywnej terapii umiejscowiona była izolatka o powierzchni 20,86 m² z jednym stanowiskiem, dostępna z traktów komunikacji oddziału z służą umywalkowo-fartuchową umożliwiającą umycie rąk, przebieranie się i składowanie materiałów izolacyjnych. Stały nadzór nad przebywającym w izolatce pacjentem zapewniony był poprzez system monitorów funkcji życiowych i pracy aparatury medycznej, monitoring kamery wewnętrznej, a także poprzez bezpośrednią obserwację pacjenta przez personel medyczny z okna sali intensywnej terapii (przeszklony fragment ściany).

Przed dniem 6 marca 2020 r. OAiIT zlokalizowany na I piętrze budynku szpitala w segmencie A (do dnia 15 maja 2018 r.) oraz na III piętrze budynku w segmencie C (do dnia 6 marca 2020 r.). OAiIT w lokalizacji do dnia 15 maja 2018 r. wyposażony był w jedną salę o powierzchni 41,34 m² z trzema łózkami do intensywnej terapii. W lokalizacji do dnia 6 marca 2020 r. OAiIT wyposażony był w jedną salę o powierzchni 21,84 m² z dwoma łózkami do intensywnej terapii oraz jedną salę o powierzchni 12,32 m² z jednym łóżkiem do intensywnej terapii. OAiIT w tych lokalizacjach nie był wyposażony w izolatkę.

Od dnia 6 marca 2020 r. na OAiIT zapewniono izolatkę dostępną z traktów komunikacji oddziału z służą umywalkowo-fartuchową. Przed ww. datą OAiIT nie posiadał izolotki spełniającej warunki § 4 ust. 5 rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiIT.

W celu izolacji pacjenta wykorzystywano jedną salę w obrębie oddziału, która pełniła funkcję sali izolacyjnej. Do dnia 15 maja 2018 r., kiedy OAiIT znajdował się na I piętrze szpitala w segmencie A, pacjentów umieszczano w sali jednołóżkowej, z wejściem dostępnym z traktu komunikacyjnego. W sali tej znajdowała się umywalka, środki myjąco-dezynfekujące, kosze na odpady medyczne, bieliznę skażoną, kosze na zużytą odzież ochronną. Sprzęt znajdujący się w tym pomieszczeniu przypisany był wyłącznie tylko do tej sali. W korytarzu przed wejściem na salę znajdowała się umywalka i preparaty do mycia i dezynfekcji rąk oraz odzież ochronna. Po dniu 15 maja 2018 r. OAiIT przeniesiony był tymczasowo na III piętro, w tym okresie rolę sali izolacyjnej pełniła sala jednołóżkowa, dostępna z traktu komunikacyjnego, bez służy umywalkowo-fartuchowej. W sali tej znajdowała się umywalka, środki do mycia i dezynfekcji rąk oraz powierzchni, kosze na odpady i odzież ochronną.

Nadzór nad pacjentami przebywającymi w sali pełniącej rolę izolátky sprawowany był w ww. okresach przez wyznaczoną pielęgniarkę anesteziologiczną (osobne stanowisko nadzoru) oraz przez sprzęt monitorujący (m.in. pulsoksymetr, kardiomonitor).

W szpitalu zapewniono całodobową możliwość wykonania niezbędnych badań radiologicznych i laboratoryjnych. W budynku szpitala funkcjonował Zakład Diagnostyki Obrazowej z Pracownią EKG, Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej z Bankiem Krwi oraz Pracownia Tomografii Komputerowej.

(akta kontroli str. 303-349, 537-539)

Pomieszczenia OAiT w okresie objętym kontrolą spełniały wymagania określone w rozporządzeniu w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą¹⁹, w szczególności:

- pokoje chorych nie znajdowały się poniżej poziomu terenu urządzonego przy budynku,
- zespoły pomieszczeń stanowiące OAiT nie były ciągami przechodnimi, a wejścia na oddział ograniczone były tylko dla upoważnionych osób,
- podłogi i połączenia ścian z podłogami wykonane były z materiałów umożliwiających ich mycie i dezynfekcję,
- łóżka były dostępne z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych, a odstęp między łózkami umożliwiały swobodny dostęp do pacjentów,
- pokoje łózkowe w ramach OAiT były wyposażone w umywalkę z ciepłą i zimną wodą, dozownik z mydłem w płynie oraz pojemnik z ręcznikami jednorazowymi,
- pokoje łózkowe w ramach OAiT były wyposażone w urządzenia umożliwiające obserwację pacjentów,
- szerokość drzwi umożliwiała ruch pacjentów na łózkach,
- w pokojach łózkowych OAiT zastosowano wentylację nawiewno-wywiewną i klimatyzację.

Instalacje i urządzenia wentylacji mechanicznej i klimatyzacji poddawano okresowemu przeglądowi, czyszczeniu lub dezynfekcji, lub wymianie elementów instalacji zgodnie z zaleceniami producenta, nie rzadziej niż co 12 miesięcy (czynności te zostały udokumentowane w kartach obsługi serwisowej lub w protokołach z przeglądu okresowego).

(akta kontroli str. 350-359, 537-539)

4.

OAiT w latach 2018-2020 zaliczany był do pierwszego poziomu referencyjnego. Liczba stanowisk intensywnej terapii w OAiT wynosiła: trzy przed dniem 6 marca 2020 r. oraz pięć od dnia 6 marca 2020 r.

Wymagana liczba stanowisk intensywnej terapii dla pierwszego poziomu referencyjnego, zgodnie z załącznikiem nr 1 do rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AIT powinna wynosić co najmniej cztery stanowiska.

(akta kontroli str. 360-366)

¹⁹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. poz. 595 ze zm.) oraz poprzednio obowiązujące rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2021 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2012 r. poz. 739).

W okresie objętym kontrolą ZOZ spełniał wymagania, o których mowa w części II załącznika nr 1 do rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiIT, w zakresie stałej gotowości co najmniej jednej sali operacyjnej do udzielania świadczeń zdrowotnych oraz co najmniej jednego oddziału zabiegowego.

Do dnia 9 maja 2019 r. w BO były dwie, a po tej dacie trzy sale operacyjne. W ZOZ znajdowały się także dwa oddziały zabiegowe (Oddział Chirurgii z Pododdziałem Urazowo-Ortopedycznym z Pracownią Endoskopii oraz Oddział Ginekologii²⁰).

(akta kontroli str. 42-46, 306-308)

W ramach zapewnienia standardu organizacyjnego dotyczącego udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu intensywnej terapii kontrolą objęto harmonogramy i grafiki pracy lekarzy anestezjologów i pielęgniarek anestezjologicznych oraz ewidencję zabiegów operacyjnych dokonanych w marcu 2018 r., czerwcu 2019 r., września 2020 r.

Kontrola wykazała, że w dniu 19 września 2020 r. (sobota) dyżur w OAiIT przez 15 godzin (od godziny 16⁰⁰ do godziny 7⁰⁰ w dniu następnym) pełnił jeden lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii. W pozostałym czasie dnia 19 września 2020 r., tj. przez 9 godzin (od godziny 7⁰⁰ do godziny 16⁰⁰) w harmonogramach i grafikach dyżurów nie wykazano obecności lekarza anestezjologa w OAiIT.

Kontrola wykazała ponadto, że:

- w 11 przypadkach, pomimo zapewnienia całodobowej opieki lekarskiej przez lekarza anestezjologa, dyżur w OAiIT (jednoosobowo) pełnił lekarz anestezjolog z I stopniem specjalizacji w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii,
- w jednym przypadku (w dniu 31 marca 2018 r. - sobota) dyżur w godzinach od 7⁰⁰ do 7⁰⁰ dnia następnego, pełnił anestezjolog z I stopniem specjalizacji w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii oraz od godziny 7⁰⁰ do 17⁰⁰ lekarz anestezjolog w trakcie specjalizacji w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii,
- w czterech przypadkach, tj. w dniu 20 września 2020 r. przez 24 godziny, w dniu 21 września 2020 r. przez 16,25 godziny, w dniu 22 września 2020 r. przez 16,25 godziny, w dniu 23 września 2020 r. przez 16,25 godziny - dyżur pełnił (jednoosobowo) lekarz anestezjolog w trakcie specjalizacji w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii.

Ustalono, że w dniu 22 marca 2018 r. w godzinach od 14³⁵ do 19³⁵ dyżur w OAiIT pełnił lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii oraz drugi (także w trakcie specjalizacji) od godziny 14³⁵ do 7⁰⁰. Kierownik OAiIT sprawował dyżur „pod telefonem” przez 16,25 godziny, tj. od godziny 14³⁵ do 7⁰⁰ dnia następnego.

Podobna sytuacja wystąpiła również w dniu:

- 16 marca 2018 r. (dyżur Kierownika OAiIT „pod telefonem” przez 16,25 godzin oraz dwóch lekarzy anestezjologów w trakcie specjalizacji w OAiIT, w tym jeden lekarz w godzinach od 14³⁵ do 7⁰⁰ oraz drugi w godzinach od 14³⁵ do 19³⁵),
- 30 marca 2018 r. (dyżur Kierownika OAiIT „pod telefonem” przez 24 godziny i jeden lekarz anestezjolog w trakcie specjalizacji obecny w OAiIT przez całą dobę),
- 2 września 2020 r., 7 września 2020 r., 14 września 2020 r., 17 września 2020 r., 30 września 2020 r. (jeden lekarz anestezjolog w trakcie specjalizacji w OAiIT od godziny 14³⁵ do 7⁰⁰ oraz dyżur Kierownika OAiIT „pod telefonem” przez 16,25 godzin).

W ww. przypadkach nie spełniono standardu organizacyjnego udzielania świadczeń w OAiIT, polegającego na obowiązku zapewnienia całodobowej opieki lekarskiej

²⁰ Do dnia 28 lutego 2018 r. Oddział Ginekologiczno-Położniczy z Pododdziałem Neonatologii.

(jednocześnie), przez co najmniej jednego lekarza specjalisty anestezjologii i intensywnej terapii, zgodnie z przepisem § 11 pkt 2 oraz w części II załącznika nr 1 do rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiiT.

Stosownie do postanowień § 11 pkt 4 tego rozporządzenia, świadczeń zdrowotnych z zakresu intensywnej terapii może udzielać lekarz anesteziolog (posiadający I stopień specjalizacji) lub lekarz w trakcie specjalizacji, jeśli jego praca jest nadzorowana przez lekarza specjalistę anestezjologii i intensywnej terapii.

Zdaniem NIK, dyżur lekarza specjalisty „pod telefonem” nie spełniał wymogu nadzoru, o którym mowa w tym przepisie.

(akta kontroli str. 367-379)

Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa lek. med. Marcin Zięba wyjaśnił, że w dniu 19 września 2020 r. na OAiIT zaplanowany był dyżur lekarza anesteziologa specjalisty, jednak ze względów epidemicznych i znacznych braków kadrowych w swej macierzystej jednostce lekarz ten nie pojawił się na dyżurze. Kierownik OAiIT, który pełnił dyżur na oddziale w dniu poprzednim (18 września 2020 r.) zmuszony był pozostać w OAiIT na kolejny dzień. W związku z otrzymaniem w godzinach dopołudniowych informacji o pozytywnym wyniku w kierunku zakażenia wirusem Sars-CoV-2 Kierownik OAiIT został poinformowany o konieczności opuszczenia stanowiska pracy. Kierownik OAiIT na telefoniczne polecenie pozostawał na swoim stanowisku do godziny 16⁰⁰, tj. do czasu przybycia na oddział lekarza w trakcie specjalizacji w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, który miał możliwość konsultacji telefonicznych i pomocy ze strony lekarzy specjalistów z zakresu anestezjologii.

Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa wyjaśnił, że w OAiIT w przeważającej większości dyżury pełnią lekarze ze specjalizacją z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii, jednak z uwagi na brak lekarzy na rynku pracy i trudności z zapewnieniem specjalistycznej kadry dyżury pełnią również lekarze z I stopniem specjalizacji. W przypadku dyżuru lekarza w trakcie specjalizacji ZOZ zapewnia się możliwość konsultacji i przybycia na oddział lekarza specjalisty (gotowość). W przypadku braku gotowości pod telefonem finansowanego przez ZOZ, w ramach zagwarantowania zasad współpracy i dbania o jakość udzielanych świadczeń lekarze wspólnie konsultują wątpliwe przypadki i trudne decyzje. Dyżury w dniu 2, 7, 14, 17, 30 września 2020 r. realizowane przez lekarza w trakcie specjalizacji z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii miały związek z sytuacją epidemiczną w Polsce – w tym czasie wystąpiły liczne zwolnienia lekarskie i kwarantanny personelu lekarskiego OAiIT. W czasie pełnienia tych dyżurów lekarz w trakcie specjalizacji miał możliwość konsultacji telefonicznej z lekarzami specjalistami i ewentualną ich obecność w razie potrzeby. ZOZ zobowiązany był do zapewnienia ciągłości udzielania świadczeń na OAiIT, a zawieszenie działalności tego oddziału nie było brane pod uwagę w związku z brakiem możliwości przekazania pacjentów OAiIT do innych oddziałów.

(akta kontroli str. 360-365, 415-416)

Lekarze anesteziolodzy pełniący jednoosobowo dyżur w OAiIT dokonywali znieczuleń podczas zabiegów operacyjnych w BO, co było niezgodne ze standardem § 11 pkt 2 i 2a rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiiT. Analiza grafików dyżurów i ewidencji dokonanych znieczuleń podczas zabiegów operacyjnych w miesiącu marcu 2018 r., czerwcu 2019 r. i wrześniu 2020 r. wykazała, że:

- w marcu 2018 r. – było pięć przypadków, gdy lekarz anestezjolog pełniący jednoosobowo dyżur w OAiIT²¹ dokonywał znieczuleń podczas operacji w BO. Liczba znieczuleń dokonana przez tych lekarzy wyniosła od jednego do dwóch w danym dniu. Spośród lekarzy wykonujących znieczulenie jeden z nich posiadał I stopień specjalizacji w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, zaś jeden był w trakcie specjalizacji w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii²². Pozostałych dwóch lekarzy miało specjalizację w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii;

- w czerwcu 2019 r. – były cztery przypadki, gdy lekarz anestezjolog pełniący jednoosobowo dyżur w OAiIT²³ dokonywał znieczuleń podczas operacji w BO. Liczba znieczuleń dokonana przez tych lekarzy wyniosła od dwóch do sześciu w danym dniu. Spośród lekarzy wykonujących znieczulenie dwóch z nich posiadało I stopień specjalizacji w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, zaś jeden był specjalistą z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii;

- we wrześniu 2020 r. – były trzy przypadki, gdy lekarz anestezjolog pełniący jednoosobowo dyżur w OAiIT²⁴ dokonywał znieczuleń podczas operacji w BO. Liczba znieczuleń dokonana przez tych lekarzy wyniosła od jednego do sześciu w danym dniu. Spośród lekarzy wykonujących znieczulenie jeden z nich posiadał I stopień specjalizacji w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, zaś dwóch było specjalistami z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii.

(akta kontroli str. 368-411, 412-414, 445)

Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa lek. med. Marcin Zięba wyjaśnił, że znieczulanie pacjentów w BO w czasie pełnienia dyżuru w OAiIT wynikało ze specyfiki oddziału, który jest małym oddziałem, często o niewielkim obłożeniu łóżek lub brakiem obłożenia. Lekarz opuszczający oddział uznawał, że opuszczenie oddziału nie stanowi bezpośredniego zagrożenia życia pacjentów w nim przebywającym, były to znieczulenia wynikające z reakcji lekarza na bieżącą sytuację zdrowotną w jednostce.

(akta kontroli str. 360-365)

W OAiIT zapewniono wyodrębnioną całodobową opiekę pielęgniarską – na każdej zmianie obecna była co najmniej jedna pielęgniarka anestezjologiczna (analizą objęto grafiki dyżurów z miesiąca marca 2018 r., czerwca 2019 r. i września 2020 r.).

(akta kontroli str. 417-425)

Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa lek. med. Marcin Zięba wyjaśnił, że do czasu zakończenia rozbudowy i modernizacji OAiIT w marcu 2020 r. liczba stanowisk intensywnej terapii była wystarczająca w stosunku do potrzeb, w latach 2018-2020 nie występowały sytuacje odmów przyjęć z uwagi na brak wolnych miejsc na oddziale. Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa wyjaśnił ponadto, że w związku z pandemią COVID-19 była potrzeba tworzenia stanowisk intensywnej terapii,

²¹ W tym czasie na OAiIT przebywali pacjenci: dwóch w dniu 3 marca 2018 r., jeden w dniu 5 marca 2018 r., trzech w dniu 24 marca 2018 r., trzech w dniu 29 marca 2018 r., trzech w dniu 30 marca 2018 r.

²² Lekarz ten miał zgodę Kierownika OAiIT udzieloną w dniu 9 stycznia 2017 r. na wykonywanie znieczuleń u pacjentów, których stan ogólny według skali ASA odpowiada stopniowi I, II, III (wykazał się odpowiednią wiedzą i umiejętnościami wykonywania tych znieczuleń).

²³ W tym czasie na OAiIT przebywali pacjenci: trzech w dniu 6 czerwca 2019 r., dwóch w dniu 10 czerwca 2019 r., dwóch w dniu 12 czerwca 2019 r., dwóch w dniu 19 czerwca 2019 r.

²⁴ W tym czasie na OAiIT przebywali pacjenci: czterech w dniu 6 września 2020 r., trzech w dniu 12 września 2020 r., trzech w dniu 16 września 2020 r.

zwłaszcza łóżek respiratorowych, ale ze względu na braki specjalistycznej kadry lekarskiej nie było takiej możliwości.

(akta kontroli str. 360-365)

Obłożenie stanowisk intensywnej terapii w OAiT wynosiło: 72% w 2018 r. (99 leczonych pacjentów), 81% w 2019 r. (84 leczonych pacjentów), 61% w 2020 r. (123 leczonych pacjentów). Do dnia 6 marca 2020 r. w OAiT było trzy, a po tej dacie pięć stanowisk intensywnej terapii.

Największe obłożenie stanowisk intensywnej terapii w 2018 r. wystąpiło w miesiącu lutym (92%), kwietniu (93%) oraz maju (110%). W miesiącach tych wszystkie stanowiska intensywnej terapii zajęte były przez:

- 19 dni (luty 2018 r.), w tym w 7 dniach zajęte były 4 stanowiska, gdyż w OAIT dostawiono jedno dodatkowe stanowisko (dostawka),
- 22 dni (kwiecień 2018 r.), w tym w 12 dniach zajęte były 4 stanowiska, gdyż w OAiT dostawiono jedno dodatkowe stanowisko (dostawka),
- 29 dni (maj 2018 r.), w tym w 12 dniach zajęte były 4 stanowiska, gdyż w OAIT dostawiono jedno dodatkowe stanowisko (dostawka).

Największe obłożenie stanowisk intensywnej terapii w 2019 r. wystąpiło w miesiącu kwietniu (100%), czerwcu (91%) oraz listopadzie (100%). W miesiącach tych wszystkie stanowiska intensywnej terapii zajęte były przez:

- 28 dni (kwiecień 2019 r.), w tym w jednym dniu zajęte były 4 stanowiska, gdyż w OAIT dostawiono jedno dodatkowe stanowisko (dostawka),
- 20 dni (czerwiec 2019 r.),
- 30 dni (listopad 2019 r.).

Największe obłożenie stanowisk intensywnej terapii w 2020 r. wystąpiło w miesiącu styczniu (86%), lutym (86%) oraz marcu (81%). W miesiącach tych wszystkie stanowiska intensywnej terapii zajęte były przez:

- 28 dni (styczeń 2020 r.), w tym w 12 dniach zajęte były 4 lub 5 stanowiska, gdyż w OAIT dostawiono jedno lub dwa dodatkowe stanowiska (dostawka),
- 11 dni (luty 2020 r.), w tym w czterech dniach zajęte były 4 stanowiska, gdyż w OAIT dostawiono jedno dodatkowe stanowisko (dostawka),
- 6 dni (marzec 2020 r.).

(akta kontroli str. 366, 540-542)

5.

Blok Operacyjny w szpitalu w okresie objętym kontrolą zorganizowany był w dwóch lokalizacjach.

Do dnia 9 maja 2019 r. znajdował się na parterze budynku w segmencie A szpitala i składał się z: komunikacji z korytarzem (śluza dla pacjentów), dwóch sal operacyjnych, trzech pomieszczeń pełniących funkcję magazynów (magazyn materiałów sterylnych, magazyn sprzętu i aparatury medycznej, magazyn bielizny operacyjnej dla personelu), śluzy wejściowej dla personelu, śluzy szatniowej, dwóch pomieszczeń pomocniczych, łazienki personelu, pokoju lekarza, korytarza przed wejściem do sali operacyjnej nr 1, umywalni, śluzy przy wyjściu z sali operacyjnej nr 2, sterylizatorni, pokoju pielęgniarek, sali przygotowania pacjenta do operacji pełniacej również rolę sali wybudzeń.

W lokalizacji tej zorganizowano pomieszczenia wyszczególnione w rozdziale IX załącznika nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. *w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą*, za wyjątkiem:

- śluzy materiałowej przeznaczonej do dostarczania oraz krótkotrwałego przechowywania czystych i sterylnych materiałów (pkt 4 ust. 1 rozdziału IX załącznika nr 1),

- pomieszczenia porządkowego, o którym mowa w pkt 11 ust. 1 rozdziału IX załącznika nr 1. Pomieszczenie pomocnicze (tzw. brudownik) pełnił również rolę pomieszczenia porządkowego (gospodarczego), co było niezgodne z wymogami rozdziału IX załącznika nr 1 do ww. rozporządzenia.

Sale operacyjne miały bezpośrednie połączenie z częścią brudną BO w celu usuwania zużytych materiałów, jednakże bez zachowania ruchu jednokierunkowego. Usuwanie brudnych narzędzi, brudnego sprzętu, bielizny i odpadów odbywało się tą samą drogą, którą dostarczany był materiał czysty i sterylny (czyste i sterylne materiały na BO dostarczane były przez służbę dla pacjenta, ze względu na brak osobnej służby materiałowej).

Do usuwania brudnych narzędzi, brudnego sprzętu, bielizny i odpadów, a także materiału czystego i sterylnego stosowano szczelne opakowania transportowe (dopuszczenie przewidziane w rozdziale IX ust. 3 i 4 załącznika 1 *szczegółowe wymagania, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia szpitala* do ww. rozporządzenia).

Z dniem 9 maja 2019 r. BO rozpoczął pracę w nowej lokalizacji na pierwszym piętrze budynku szpitala w segmencie A (po przeprowadzonym remoncie szpitala).

BO składał się z następujących pomieszczeń: korytarza wejściowego (z służą szatniową), szatni brudnej męskiej, szatni brudnej damskiej, trzech węzłów sanitarnych (w każdym z nich był: WC, prysznic, umywalka), szatni czystej damskiej, szatni czystej męskiej, pokoju anestezjologów, pokoju pielęgniarek, pokoju lekarzy, pomieszczenia porządkowego, myjni lekarzy (przed salą operacyjną nr 3), traktu bloku operacyjnego, trzech sal operacyjnych (nr 1, nr 2, nr 3), ekspedycji brudnej (pomieszczenie przy sali operacyjnej nr 3 i nr 2), myjni lekarzy (przed salą operacyjną nr 1 i nr 2), ekspedycji brudnej (pomieszczenie przy sali operacyjnej nr 1), sali przygotowania pacjenta (umiejscowionej przy sali operacyjnej nr 1, pełniącej również rolę sali wybudzeń), magazynu brudnego (do krótkotrwałego przechowywania brudnej bielizny), magazynu materiałów sterylnych, magazynu sprzętu i aparatury, dwóch szluz materiałowych (przeznaczonych do dostarczania oraz krótkotrwałego przechowywania czystych i sterylnych materiałów), WC, służby łóżkowej (dla pacjentów dowożonych na BO).

Sale operacyjne w BO miały bezpośrednie połączenie z częścią brudną BO w celu usuwania zużytych materiałów - usuwanie brudnych narzędzi, sprzętu, brudnej bielizny i odpadów odbywało się bez zapewnienia ruchu jednokierunkowego, tą samą drogą, którą dostarczano materiał czysty i sterylny. Stosowano do tego celu szczelne opakowania transportowe (dopuszczenie przewidziane w rozdziale IX ust. 4 załącznika 1 *szczegółowe wymagania, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia szpitala* rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2019 r. *w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą*).

BO w tej lokalizacji spełniał wymagania określone w ww. rozporządzeniu.

(akta kontroli str. 426-431)

6.

Analiza dokumentacji medycznej 30 pacjentów, którym udzielano świadczeń medycznych w OAiT w zakresie intensywnej terapii (10 z 2018 r., 10 z 2019 r., 10 z 2020 r.) wykazała, że przestrzegany był standard organizacyjny postępowania przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu intensywnej terapii określony w przepisie § 11 pkt 1 rozporządzenia *w sprawie standardów w dziedzinie AiIT* polegający na ciągłym monitorowaniu podstawowych funkcji życiowych pacjentów i stosowaniu dostępnych metod i technik terapeutycznych.

W dokumentacji medycznej pacjentów zapisywano parametry życiowe, takie jak: puls (tętno), zapis pracy serca (EKG), częstotliwość oddechu, ciśnienie tętnicze, temperaturę ciała, saturację, poziom cukru we krwi. W sytuacji, gdy stan pacjenta tego wymagał monitorowane było stężenie dwutlenku węgla w wydychanym powietrzu (kapnografia) oraz dokonywano pomiaru ciśnienia krwi metodą krwawą. Zapisy te wykonywane były cyklicznie, w zależności od indywidualnego stanu pacjenta, co 5-15 minut lub co godzinę, ewentualnie z uwzględnieniem decyzji lekarza po wcześniejszej analizie parametrów życiowych pacjenta.

W analizowanej próbie 30 pacjentów, którym udzielano świadczeń na OAiIT stwierdzono przypadki, gdy terapię pacjentów prowadził lekarz z I stopniem specjalizacji lub lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, przy czym praca tych lekarzy nie była nadzorowana przez lekarza specjalistę w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, poprzez jego obecność w OAiIT (łącznie 22 dni opisane poniżej).

W marcu 2018 r. stwierdzono dziewięć dni, gdy świadczenia w OAiIT udzielane były przez:

- lekarzy anestezjologów z I stopniem specjalizacji (trzy dni),
- lekarza anestezjologa z I stopniem specjalizacji wraz z lekarzem w trakcie specjalizacji w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii (trzy dni),
- lekarzy w trakcie specjalizacji w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii (trzy dni) – w czasie pracy tych lekarzy dyżur „pod telefonem” pełnił Kierownik OAiIT.

W czerwcu 2019 r. stwierdzono dwa dni, gdy świadczeń w OAiIT udzielał lekarz anestezjolog z I stopniem specjalizacji.

We wrześniu 2020 r. stwierdzono 11 dni, gdy świadczenia w OAiIT nie były udzielane przez lekarza specjalistę anestezjologii i intensywnej terapii. Świadczenia te udzielane były przez:

- lekarzy anestezjologów z I stopniem specjalizacji (dwa dni),
- lekarza w trakcie specjalizacji w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii (dziewięć dni), przy czym w czterech dniach, w czasie pełnienia dyżuru przez tego lekarza, dyżur „pod telefonem” pełnił Kierownik OAiIT. W pozostałych pięciu dniach świadczenia z zakresu intensywnej terapii prowadzone były przez lekarza w trakcie specjalizacji, bez dyżuru „pod telefonem” przez Kierownika OAiIT lub innego lekarza specjalistę w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii.

Zgodnie z przepisem § 11 pkt 3-4 rozporządzenia *w sprawie standardu w dziedzinie AiIT* intensywną terapię prowadzi lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii, świadczeń zdrowotnych z intensywnej terapii może udzielać lekarz anestezjolog lub lekarz w trakcie specjalizacji, jeżeli jego praca jest nadzorowana przez lekarza specjalistę anestezjologii i intensywnej terapii.

(akta kontroli str. 432-435)

Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa lek. med. Marcin Zięba wyjaśnił, że ZOZ potwierdza pełnienie w OAiIT dyżurów przez lekarzy anestezjologów z I stopniem specjalizacji i lekarzy w trakcie specjalizacji w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii. Dyżury te były zabezpieczone przez „dyżur pod telefonem” Kierownika OAiIT, co oznacza całodobowy nadzór i dostępność Kierownika Oddziału dla lekarza pozostającego w lokalizacji pod numerem telefonu stacjonarnego i komórkowego z możliwością natychmiastowego (do kilku minut) przybycia po wezwaniu lekarza dyżurnego, a także konsultacji/porady telefonicznej w drobniejszych problemach. Działania te zdeterminowane były znacznym niedoborem kadry lekarskiej na rynku pracy i nie stanowiły zamierzonego działania dyrekcji ZOZ. Ten sposób układania grafików nigdy nie spowodował zagrożenia dla zdrowia i życia pacjentów.

Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa wyjaśnił ponadto, że wrzesień 2020 r. był okresem szczególnym, w związku z falą zachorowań na COVID-19. Kierownik OAiT przebywał wtedy kilkanaście dni w izolacji w związku z potwierdzonym zakażeniem COVID-19, a zaistniała sytuacja dyżurowa związana była z dramatycznym niedoborem lekarzy anestezjologów w regionie.

Zdaniem NIK, dyżur lekarza specjalisty „pod telefonem” nie spełniał wymogu nadzoru, o którym mowa w § 11 pkt 3-4 rozporządzenia w sprawie standardu w dziedzinie AiIT.

(akta kontroli str. 436-439)

Analiza dokumentacji medycznej 30 znieczulanych pacjentów z lat 2018-2020 (10 z marca 2018 r., 10 z czerwca 2019 r., 10 z września 2020 r.) wykazała, że w każdym przypadku do dokumentacji załączone były:

- karty konsultacji anestezjologicznej, zawierające w szczególności: dane pacjenta, badanie przedmiotowe, kwalifikację do znieczulenia, pieczęć i podpis lekarza, zgodę pacjenta na znieczulenie,

- kartę przebiegu znieczulenia, zawierającą w szczególności: dane pacjenta, wagę, grupę krwi, wiek, grupę ryzyka według skali ASA²⁵, rodzaj operacji, rodzaj zastosowanego znieczulenia, jego przebieg, dawkowanie anestetyków i innych leków, aktualne wartości parametrów podstawowych funkcji życiowych (oraz ewentualne powikłania), pieczęć i podpis lekarza.

Dokumentacja medyczna obejmowała również wypełnioną okołoperacyjną kartę kontrolną, zawierającą informacje o pacjencie, podzieloną na trzy fazy zabiegu operacyjnego (faza przed podaniem znieczulenia; faza po podaniu znieczulenia, lecz przed nacięciem; faza w trakcie „zamykania” rany lub tuż po, ale przed wywiezieniem pacjenta z sali operacyjnej).

Spośród 30 kart – trzy umożliwiały identyfikację osoby dokonującej w niej zapisów (pieczęć lekarza - koordynatora karty kontrolnej oraz podpis). Jedna karta była podpisana czytelnie przez lekarza anestezjologa - była więc możliwość identyfikacji tej osoby. Pozostałe 26 karty były podpisane, jednakże z uwagi na nieczytelny podpis i brak pieczęci, nie było możliwości identyfikacji lekarza dokonującego w niej zapisów.

Kierownik OAiT Bogusław Zabrzycy wyjaśnił, że potwierdzanie kart podpisem było niewystarczające i w związku z tym wprowadzono obowiązek jej potwierdzania podpisem i pieczęcią lekarza.

W 23 na 30 analizowanych przypadków - znieczuleń dokonywali lekarze specjaliści anestezjologii i intensywnej terapii. W pozostałych przypadkach:

- jedno znieczulenie²⁶ pacjenta w skali ASA odpowiadającej stopniowi I wykonał lekarz anestezjolog z I stopniem specjalizacji w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii,

- sześć znieczuleń²⁷ wykonał lekarz anestezjolog w trakcie specjalizacji w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii²⁸ (pięciu pacjentów w I stopniu skali ASA, jeden pacjent w II stopniu skali ASA). Pięć znieczuleń pacjentów wykonanych przez tego lekarza w czerwcu 2019 r. przeprowadzono pod nadzorem lekarza specjalisty

²⁵ American Society of Anesthesiologists Physical Status Classification System – stosowana w anestezjologii klasyfikacja oceniająca ryzyko operacyjne.

²⁶ W dniu 10 września 2020 r.

²⁷ Jedno znieczulenie z 22 marca 2018 r., pięć znieczuleń z czerwca 2019 r.

²⁸ Lekarz ten miał zgodę Kierownika OAiT udzieloną w dniu 9 stycznia 2017 r. na wykonywanie znieczuleń u pacjentów, których stan ogólny według skali ASA odpowiada stopniowi I, II, III (w dokumencie tym zapisano, że wykazał się odpowiednią wiedzą i umiejętnościami wykonywania tych znieczuleń).

w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii (obecnego na OAiT w tym czasie). Jedno znieczulenie wykonane w dniu 22 marca 2018 r. zostało przeprowadzone bez obecności lekarza specjalisty w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii na OAiT (pacjent w stopniu I ASA). Kierownik OAiT (specjalista anestezjologii i intensywnej terapii) pełnił w tym czasie dyżur „pod telefonem”.

W dokumentacji medycznej 30 znieczulanych pacjentów oraz 30 pacjentów, którym udzielano świadczeń medycznych na OAiT odnotowano łącznie osiem resuscytacji, w tym dwie resuscytacje w 2018 r., pięć w 2019 r. oraz jedną w 2020 r. W przypadku zgonu pacjenta²⁹, w pięciu przypadkach decyzję o zakończeniu resuscytacji podjął lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii, zaś w jednym przypadku lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, po skonsultowaniu z lekarzem specjalistą anestezjologii i intensywnej terapii, który w tym czasie pełnił dyżur i był obecny w OAiT.

(akta kontroli str. 415, 432-435, 440-444)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. Procedury przygotowania pacjenta do znieczulenia w ZOZ nie zawierały wykazu badań diagnostycznych, laboratoryjnych, w celu bezpiecznego przeprowadzenia zabiegu w trybie pilnym, przyśpieszonym i planowym. Obowiązek zapewnienia takiego wykazu badań wynikał z postanowień § 9 pkt 1 rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiT. W trakcie kontroli NIK procedury przygotowania pacjenta do znieczulenia zostały uzupełnione o wymagane wykazy badań.

(akta kontroli str. 147-183)

2. Dokonywanie znieczuleń dwóch pacjentów jednocześnie. W analizowanej próbie 106 dokumentacji medycznej stwierdzono pięć przypadków, gdy lekarz wykonujący znieczulenie u jednego pacjenta, wykonywał tę czynność jednocześnie u innego pacjenta. Zgodnie z przepisem § 9 pkt 9 rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiT lekarz wykonujący znieczulenie może w tym samym czasie znieczulać tylko jednego pacjenta.

(akta kontroli str. 204-269, 272-275)

3. Wystąpiły przypadki wpisów w dokumentacji medycznej w zakresie rozpoczęcia i zakończenia znieczulania pacjenta, które były dokonywane nierzetelnie.

W protokołach zabiegów operacyjnych wpisany był inny czas rozpoczęcia i zakończenia znieczulenia, niż czas rozpoczęcia i zakończenia znieczulenia w karcie znieczulenia (łącznie dziewięć zabiegów operacyjnych). Różnice w czasie wynosiły od pięciu do 10 minut (w dziewięciu zabiegach). Dodatkowo w trzech przypadkach czas rozpoczęcia i zakończenia znieczulenia odnotowany w protokołach zabiegów operacyjnych wpisany był całkowicie błędnie, tj. znacznie odbiegający od wpisów w karcie znieczulenia.

(akta kontroli str. 204-269, 272-275)

4. Brak podpisu lekarza wypełniającego *Okółooperacyjną kartę kontrolną* w przypadku 17 znieczuleń/zabiegów operacyjnych (14 z 2018 r. i 3 z 2019 r.).

Działanie takie naruszało postanowienia § 19 ust. 5 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania³⁰, a następnie § 19 ust. 6 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów,

²⁹ Resuscytacja w dwóch przypadkach zakończyła się powodzeniem, zaś w sześciu przypadkach nastąpił zgon pacjenta.

³⁰ Dz. U. z 2015 r. poz. 2069.

zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania³¹. Ponadto zgodnie z zarządzeniem nr 38/2015 Dyrektora ZOZ z dnia 2 września 2015 r. karty takie powinny być podpisane przez lekarza anestezjologa wykonującego znieczulenie, który pisemnie potwierdza, że zrealizowano wymóg weryfikacyjny dla każdej z trzech faz zabiegu operacyjnego.

(akta kontroli str. 204-269, 272-275)

5. Brak spełnienia standardu organizacyjnego udzielania świadczeń w OAiIT, polegającego na obowiązku zapewnienia całodobowej opieki lekarskiej (jednocześnie), przez co najmniej jednego lekarza specjalistę anestezjologii i intensywnej terapii, zgodnie z przepisem § 11 pkt 2 oraz w części II załącznika nr 1 do rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiIT. W kontroli stwierdzono łącznie 25 przypadków, gdy dyżur w OAiIT pełnił lekarz anestezjolog z I stopniem specjalizacji lub lekarz w trakcie specjalizacji w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii, bez zapewnienia obecności w OAiIT lekarza specjalisty anestezjologii i intensywnej terapii.

(akta kontroli str. 360-365, 367-379, 415-416)

6. Lekarze anestezjolodzy pełniący jednoosobowo dyżur w OAiIT dokonywali znieczuleń podczas zabiegów operacyjnych w BO, co było niezgodne ze przepisem § 11 pkt 2 i 2a rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiIT. W kontroli stwierdzono łącznie 12 takich przypadków - zważywszy na ilość dokonywanych w czasie dyżurów znieczuleń (nawet do sześciu w danym dniu), znaczna ich część nie była znieczuleniami wynikającymi z reakcji na bieżącą sytuacją zdrowotną w jednostce.

(akta kontroli str. 360-365, 368-445)

7. Intensywną terapię w OAiIT prowadzili lekarze anestezjolodzy z I stopniem specjalizacji oraz lekarze w trakcie specjalizacji z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii, bez zapewnienia bezpośredniego nadzoru przez lekarza specjalistę anestezjologii i intensywnej terapii. Było to niezgodne z przepisem § 11 pkt 3-4 rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiIT. W kontroli stwierdzono łącznie 22 dni, gdy nie zapewniono ww. standardu (analizą objęto miesiące: marzec 2018 r., czerwiec 2019 r., wrzesień 2020 r.).

(akta kontroli str. 432-439)

8. Brak danych umożliwiających identyfikację lekarzy wypełniających *Okłooperacyjną kartę kontrolną* w przypadku 26 spośród 30 kart w analizowanej dokumentacji medycznej znieczulanych pacjentów. Karty te były podpisane nieczytelnie i nie były opatrzone pieczęcią wypełniającego je lekarza, co uniemożliwiało jego identyfikację.

(akta kontroli str. 415, 432-435, 440-444)

OCENA CZĄSTKOWA

W ocenie Najwyższej Izby Kontroli w ZOZ nie przestrzegano warunków udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii, określonych przez Ministra Zdrowia.

W OAiIT nie zapewniono całodobowej opieki lekarskiej przez lekarzy specjalistów anestezjologii i intensywnej terapii. Lekarze anestezjolodzy pełniący jednoosobowo dyżur w OAiIT dokonywali znieczuleń podczas zabiegów operacyjnych, pozostawiając w tym czasie pacjentów bez opieki lekarskiej.

³¹ Dz. U. z 2020 r. poz. 666 ze zm.

Intensywną terapię w OAiT prowadzili lekarze anesteziolodzy z I stopniem specjalizacji z zakresu anesteziologii i intensywnej terapii oraz lekarze w trakcie specjalizacji z zakresu anesteziologii i intensywnej terapii, bez zapewnienia bezpośredniego nadzoru przez lekarza specjalistę anesteziologii i intensywnej terapii.

W kontroli stwierdzono nierzetelne wypełnianie dokumentacji medycznej.

Część analizowanych okołooperacyjnych kart kontrolnych nie było podpisanych przez wypełniających je lekarzy anesteziologów lub podpisanych było nieczytelnie, co przy braku pieczęci imiennej uniemożliwiało identyfikację tego lekarza.

Powierzchnia sali intensywnej terapii i izolatki spełniały od dnia 6 marca 2020 r. wymagania przestrzenne określone w rozporządzeniu w sprawie standardów w dziedzinie AiIT.

OBSZAR Warunki dotyczące czasu pracy i kwalifikacji lekarzy oraz pielęgniarek zatrudnionych w OAiT

Opis stanu
faktycznego

1.

W OAiT na koniec 2018 r. zatrudniano ośmiu lekarzy anesteziologów, w tym czterech lekarzy ze specjalizacją II stopnia w dziedzinie anesteziologii i intensywnej terapii, dwóch lekarzy ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie anesteziologii i intensywnej terapii oraz dwóch lekarzy w trakcie specjalizacji w dziedzinie anesteziologii i intensywnej terapii.

Spośród ww. ośmiu lekarzy trzech było zatrudnionych na podstawie umowy o pracę³². Lekarze ci wykonywali świadczenia zdrowotne w godzinach podstawowej pracy szpitala oraz w trakcie dyżurów medycznych. Pozostałych pięciu zatrudnionych było na podstawie umów cywilnoprawnych³³, którzy wykonywali świadczenia zdrowotne tylko w trakcie dyżurów medycznych.

Zatrudnienie w OAiT na koniec 2019 r. i na koniec 2020 r. wyniosło dziewięciu lekarzy anesteziologów³⁴, w tym czterech lekarzy ze specjalizacją II stopnia w dziedzinie anesteziologii i intensywnej terapii, dwóch specjalistów w dziedzinie anesteziologii i intensywnej terapii, dwóch lekarzy ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie anesteziologii i intensywnej terapii, jeden lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie anesteziologii i intensywnej terapii.

Spośród ww. dziewięciu lekarzy czterech zatrudnionych było na podstawie umowy o pracę³⁵. Lekarze ci wykonywali świadczenia zdrowotne w godzinach podstawowej pracy szpitala oraz w trakcie dyżurów medycznych. Pozostałych pięciu lekarzy zatrudnionych było na podstawie umów cywilnoprawnych³⁶, którzy wykonywali świadczenia zdrowotne tylko w trakcie dyżurów medycznych.

³² Dwóch lekarzy ze specjalizacją II stopnia z zakresu anesteziologii i intensywnej terapii oraz jeden lekarz w trakcie specjalizacji z zakresu anesteziologii i intensywnej terapii.

³³ Dwóch lekarzy ze specjalizacją II stopnia z zakresu anesteziologii i intensywnej terapii, dwóch ze specjalizacją I stopnia z zakresu anesteziologii i intensywnej terapii, jeden lekarz w trakcie specjalizacji z zakresu anesteziologii i intensywnej terapii.

³⁴ W dniu 1 października 2019 r. w OAiT zatrudniono na podstawie umowy o pracę jednego lekarza specjalistę anesteziologii i intensywnej terapii (dokonano odpowiednich zmian w załączniku nr 2 „Harmonogram-zasoby” do umowy z NFZ aktualizując wykaz zatrudnionych lekarzy).

³⁵ Dwóch lekarzy ze specjalizacją II stopnia z zakresu anesteziologii i intensywnej terapii, jeden lekarz specjalista w dziedzinie anesteziologii i intensywnej terapii, jeden lekarz w trakcie specjalizacji z zakresu anesteziologii i intensywnej terapii.

³⁶ Dwóch lekarzy ze specjalizacją II stopnia z zakresu anesteziologii i intensywnej terapii, dwóch ze specjalizacją I stopnia z zakresu anesteziologii i intensywnej terapii, jeden lekarz specjalista w dziedzinie anesteziologii i intensywnej terapii.

Wykonywanie działalności leczniczej przez lekarzy zatrudnionych na podstawie umów cywilnych (indywidualne praktyki lekarskie) zostało poprzedzone wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, prowadzonego przez okręgową radę lekarską właściwą dla miejsca wykonywania praktyki zawodowej lekarza, stosownie do wymogów art. 5 ust. 1 w związku z art. 106 ust 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o *działalności leczniczej*. W przypadku zatrudnienia lekarzy na podstawie umowy cywilnej spełnione były wymagania określone w art. 27 ustawy o *działalności leczniczej*.

Struktura wiekowa lekarzy anesteziologów zatrudnionych na koniec 2020 r. była następująca: dwóch lekarzy w wieku do 40 lat, sześciu od 41 do 60 lat, jeden od 61 do 65 lat.

Stan zatrudnienia lekarzy anesteziologów odpowiadał liczbie lekarzy zgłoszonych do NFZ, wykazanej w umowie na świadczenie usług medycznych. Dane dotyczące lekarzy anesteziologów (imiona i nazwiska) wykazane w umowie z NFZ były zgodne z danymi lekarzy zatrudnionych w OAiIT. Świadczenia zdrowotne w OAiIT i w BO wykonywali lekarze anesteziolodzy wykazani w umowie zawartej z NFZ. Nie stwierdzono przypadków, aby w OAiIT i w BO świadczeń zdrowotnych udzielali inni lekarze niż wykazani w umowie z NFZ (w podstawowych godzinach pracy, jak również podczas dyżurów nocnych, dni wolnych i świątecznych) lub lekarze o innych specjalnościach niż określonych w § 2 pkt 3-5 rozporządzenia w sprawie *standardów w dziedzinie AiIT*.

Zgodnie z załącznikiem nr 1 *Warunki dla Oddziałów Anestezjologii i Intensywnej Terapii oraz Oddziałów Anestezjologii w Szpitalach* część I do rozporządzenia w sprawie *standardów w dziedzinie AiIT* na pierwszym poziomie referencyjnym warunkiem wymaganym jest równoważnik co najmniej czterech etatów - lekarza specjalisty anestezjologii i intensywnej terapii (nie dotyczy dyżuru medycznego). W przypadku udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezji dodatkowo powinien być równoważnik co najmniej jednego etatu – lekarza specjalisty anestezjologii i intensywnej terapii (nie dotyczy dyżuru medycznego).

OAiIT nie spełniał powyższych wymogów. W 2018 i 2019 roku (do 30 września 2019 r.) świadczenia zdrowotne w OAiIT w podstawowych godzinach pracy udzielało dwóch, a od 1 października 2019 r. do końca 2020 r. trzech lekarzy specjalistów w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii.

Termin dostosowania OAiIT do wymogów określonych w załączniku nr 1 w części I do rozporządzenia w sprawie *standardów w dziedzinie AiIT* przewidziano do dnia 31 grudnia 2022 r. (§ 17 ust. 1).

(akta kontroli str. 446-450)

Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa lek. med. Marcin Zięba wyjaśnił, że dyrekcja ZOZ podejmowała działania w celu zwiększenia ilości specjalistycznej kadry lekarskiej w OAiIT, m.in. poprzez indywidualne spotkania z potencjalnymi kandydatami. W 2019 r. zatrudniono jednego lekarza specjalistę z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii, w IV kwartale 2021 r. planowane jest zakończenie specjalistycznego szkolenia przez lekarza anesteziologa w trakcie specjalizacji. Tym samym liczba zatrudnionych na OAiIT lekarzy będzie wynosić czterech specjalistów. ZOZ będzie nadal poszukiwać specjalistycznej kadry lekarskiej, niemniej wiele zależy od przebiegu i czasu trwania pandemii Covid-19, która powoduje zaangażowanie kadry oddziałów intensywnej terapii w oddziałach covidowych i szpitalach tymczasowych.

(akta kontroli str. 451)

Analiza grafików dyżurów lekarzy pełniących dyżur na OAiIT z miesięcy marca 2018 r., czerwca 2019 r. oraz września 2020 r. wykazała, że w czerwcu 2019 r. oraz we wrześniu 2020 r. wystąpiły przypadki pełnienia przez lekarza dyżuru w sposób ciągły ponad 24 godziny. W czerwcu 2019 r. jeden lekarz dwukrotnie pełnił dyżur w OAiIT w sposób ciągły przez dwie doby, tj. przez 48 godzin (w dniu 18 i 19 czerwca 2019 r. oraz w dniu 29 i 30 czerwca 2019 r.).

We wrześniu 2020 r. jeden lekarz pełnił dyżur przez dwie doby, tj. przez 48 godzin (w dniu 26 i 27 czerwca 2019 r.), natomiast inny lekarz przez 118,35 godzin. Lekarz ten rozpoczął dyżur o godzinie 16⁰⁰ w dniu 19 września 2020 r. i w pracy pozostał do dnia 24 września 2020 r., wykonując pracę w sposób ciągły przez 118,35 godzin (15 godzin w dniu 19 września 2020 r., 96 godzin w dniach od 20 do 23 września 2020 r. oraz 7,35 godziny w dniu 24 września 2020 r.).

(akta kontroli str. 368-380)

Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa lek. med. Marcin Zięba wyjaśnił, że przekroczenia norm czasu pracy wśród personelu lekarskiego wynika z deficytu specjalistycznej kadry lekarskiej oraz niedoboru finansowego jednostki spowodowanego niedoszacowaniem procedur medycznych, które mogłyby zagwarantować pozyskanie większej liczby lekarzy specjalistów. ZOZ czyni starania, zmierzające do zwiększenia kadry lekarskiej w OAiIT, zaistniałe sytuacje są wynikiem bieżącej sytuacji kadrowej. Wrzesień 2020 r. był okresem szczególnym dla ZOZ w związku z falą zachorowań na Covid-19. Kierownik OAiIT przebywał kilkanaście dni w izolacji w związku z potwierdzonym zakażeniem Covid-19, a zaistniała sytuacja dyżurowa związana była z dramatycznym niedoborem lekarzy anestezjologów w regionie.

(akta kontroli str. 415-416, 451)

2.

Według stanu na koniec 2018 r. na OAiIT zatrudniano 22 pielęgniarek, w tym: cztery ze specjalizacją w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, 16 z ukończonym kursem kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, dwie pielęgniarki nieanestezjologiczne³⁷.

Na koniec 2019 r. zatrudniano 23 pielęgniarek, w tym pięć ze specjalizacją w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, 16 z ukończonym kursem kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, dwie pielęgniarki nieanestezjologiczne.

Na koniec 2020 r. zatrudniano 22 pielęgniarek, w tym pięć ze specjalizacją w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki oraz 17 z ukończonym kursem kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki.

Pielęgniarki zatrudnione były na podstawie umów o pracę.

Struktura wiekowa anestezjologicznego personelu pielęgniarstwa zatrudnionego w OAiIT i BO według stanu na koniec 2020 r. była następująca: jeden pielęgniarz w wieku do 40 lat, 19 pielęgniarek w wieku od 41 do 60 lat, dwie pielęgniarki w wieku od 61 do 65 lat.

OAiIT spełniał warunki określone w załączniku nr 1 w części I do rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiIT w zakresie równoważnika zatrudnienia pielęgniarek anestezjologicznych na jedno stanowisko intensywnej terapii (co

³⁷ Te same pielęgniarki nieanestezjologiczne wykazano także na koniec 2019 r. - pielęgniarki te ukończyły kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki i złożyły egzamin przed Komisją egzaminacyjną w dniu 12 grudnia 2020 r.

najmniej 2,2 etatu na jedno stanowisko i dodatkowo równoważnik 1 etatu w przypadku udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezji).

Stan zatrudnienia pielęgniarek anestezjologicznych w OAiIT odpowiadał liczbie pielęgniarek zgłoszonych do NFZ (wykazanych w umowie z NFZ). Dane dotyczące pielęgniarek anestezjologicznych (imiona i nazwiska) wykazane w umowie z NFZ, były zgodne z danymi pielęgniarek zatrudnionych w OAiIT.

Analiza dyżurów pielęgniarek sprawujących całodobową opiekę pielęgniarską nad pacjentami w OAiIT z miesiąca marca 2018 r., czerwca 2019 r. oraz września 2020 r. wykazała, że opieka ta sprawowana była przez pielęgniarki anestezjologiczne, stosownie do postanowień części I oraz II załącznika nr 1 do rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiIT.

Nie stwierdzono świadczenia pracy przez pielęgniarki anestezjologiczne w sposób ciągły ponad 24 godziny.

(akta kontroli str. 417-425, 450, 452)

Pielęgniarka Oddziałowa OAiIT wyjaśniła, że w związku z likwidacją w ZOZ Pododdziału Neonatologii do pracy w OAiIT przesunięto dwie pielęgniarki z tego pododdziału. Pielęgniarki te w listopadzie 2018 r. rozpoczęły specjalistyczny kurs EKG, a następnie kurs kwalifikacyjny z anestezjologii i intensywnej terapii. Przez cały czas pracowały w sali intensywnej terapii pod nadzorem wykwalifikowanych pielęgniarek wykonując m.in. czynności takie jak: pielęgnacja rurki intubacyjnej, odsysanie wydzieliny z drzewa oskrzelowego, przygotowanie respiratora do wentylacji, prowadzenie żywienia pozajelitowego drogą naczyń centralnych. Po uzyskaniu w 2020 r. kwalifikacji pielęgniarki anestezjologicznej zaczęły pracować w BO i uczestniczyć w przeprowadzanych znieczuleniach.

(akta kontroli str. 453)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

OCENA CZĄSTKOWA

ZOZ nie spełniał wymogów w zakresie zatrudnienia w OAiIT co najmniej czterech lekarzy specjalistów anestezjologii i intensywnej terapii i dodatkowo równoważnika co najmniej jednego etatu lekarza specjalisty anestezjologii i intensywnej terapii, zgodnie z załącznikiem nr 1 do rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiIT. Termin dostosowania podmiotów leczniczych prowadzących szpitale do tych wymogów przewidziany jest do dnia 31 grudnia 2022 r.

OAiIT spełniał wymagania w zakresie zatrudnienia lekarzy anestezjologów, określone w załączniku nr 3 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie leczenia szpitalnego.

W OAiIT spełnione były warunki w zakresie zatrudnienia wymaganej ilości pielęgniarek anestezjologicznych na jedno stanowisko intensywnej terapii i dodatkowo równoważnika jednego etatu w sytuacji udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezji.

W kontroli stwierdzono przekroczenia norm czasu pracy oraz niezapewnienie prawa do odpoczynku zatrudnionych w OAiIT lekarzy anestezjologów. W czerwcu 2019 r. wystąpiły dwa przypadki, gdy lekarz anestezjolog wykonywał pracę w OAiIT w sposób ciągły przez 48 godzin. We wrześniu 2020 r. w czasie fali zachorowań na Covid-19 zaistniała sytuacja dyżurowa, podczas której lekarz anestezjolog wykonywał pracę w OAiIT w sposób ciągły przez 118,35 godzin, a inny przez 48 godzin.

W ocenie NIK działanie takie mogło stwarzać zagrożenie należytego wykonania świadczeń zdrowotnych, a nawet zagrożenie dla bezpieczeństwa pacjentów OAiT oraz zdrowia samych lekarzy.

OBSZAR **Wymagania dotyczące wyposażenia OAiT i BO w wyroby medyczne**

Opis stanu
faktycznego

1.

OAiT na koniec 2020 r. spełniał wymagania w zakresie wyposażenia określone w pkt A *Wyposażenie oddziału anestezjologii i intensywnej terapii* w części I załącznika nr 1 do rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiIT. OAiT wyposażony był we wszystkie wyroby i sprzęt medyczny wykazany w pkt A w części I załącznika nr 1 do ww. rozporządzenia.

W zakresie spełniania *Pozostałych wymagań* w części I załącznika nr 1 do rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiIT: oddział wyposażony był w dwa z trzech rodzajów wyposażenia medycznego, tj.: w przyłóżkowy aparat USG oraz zestaw do zabezpieczenia drożności dróg oddechowych w przypadku wystąpienia zdarzenia jakim są „trudne drogi oddechowe”. W OAiT brak było aparatu do pomiaru laboratoryjnych parametrów krytycznych, o którym mowa w *Pozostałych wymaganiach* części I załącznika nr 1 do rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiIT. Brak tego aparatu wystąpił tak w 2020 r., jak i w latach poprzednich, tj. w 2018 i 2019 roku.

Na koniec 2018 r. OAiT nie był wyposażony w bronchofiberoskop (co najmniej 1 na oddział, sprzęt ten został zakupiony w 2019 r.). Według stanu na koniec 2018 i 2019 roku OAiT nie był wyposażony w sprzęt do bezpośredniego monitorowania ciśnienia wewnątrzczaszkowego (co najmniej 1 na oddział, sprzęt ten został zakupiony w 2020 r.).

Stanowiska intensywnej terapii na koniec 2020 r. wyposażone były w wymagane ilości dla 10 z 12 wyrobów medycznych, określonych w pkt B *Wyposażenie stanowiska intensywnej terapii* w części I załącznika nr 1 do rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiIT. Nie spełniono wymagań ilościowych dla dwóch wyrobów, tj. zestawu do intubacji i wentylacji z workiem samorozprężalnym oraz pomp infuzyjnych. Na koniec 2020 r. były trzy zestawy do intubacji i wentylacji z workiem samorozprężalnym na pięć stanowisk intensywnej terapii (brak było dwóch takich zestawów). Na koniec 2020 r. było siedem podwójnych pomp infuzyjnych (14 strzykawek), brak było więc 16 pojedynczych pomp infuzyjnych przy pięciu stanowiskach intensywnej terapii (wymagana ilość wynosiła co najmniej sześć pomp na jedno stanowisko – na pięć stanowisk powinno być 30 pomp).

Na koniec 2018 r. zapewniono dwa zestawy do intubacji i wentylacji z workiem samorozprężalnym dla trzech stanowisk, zaś na koniec 2019 r. trzy takie zestawy dla trzech stanowisk intensywnej terapii. Na koniec 2018 r. zapewniono cztery podwójne pompy infuzyjne, zaś na koniec 2019 r. sześć podwójnych pomp infuzyjnych przy trzech stanowiskach. Na koniec 2018 r. brak było materaca lub innego urządzenia do aktywnej regulacji temperatury pacjenta (sprzęt ten w ilości pięciu sztuk zapewniono w 2019 r.).

Stanowiska znieczulania w BO na koniec 2020 r. wyposażone były sprzęt, określony w pkt C *Wyposażenie stanowiska znieczulenia* w pozycjach od 1-3, 5, 7-18, 20-25 w części I załącznika nr 1 do rozporządzenia OAiT w sprawie standardów w dziedzinie AiIT. W BO brak było:

- dwóch urządzeń do ssania (zapewniono jedno takie urządzenie),
- monitora zwiótczenia mięśniowego,

- jednej pompy infuzyjnej (zapewniono dwie pompy na stanowisku znieczulania przy trzech wymaganych).

(akta kontroli str. 454-481)

Dyrektor ZOZ Paweł Pikul wyjaśnił, że podstawowym ograniczeniem w doposażeniu jednostki jest jej trudna sytuacja finansowa, która wynika przede wszystkim z niedofinansowania procedur medycznych przez NFZ. Sprzęt kupowany jest według priorytetu przydatności, mając na uwadze bezpieczeństwo pacjentów. ZOZ cały czas dąży do pełnego doposażenia w wymagany sprzęt. Zakup brakujących worków samorozprężalnych jest obecnie realizowany³⁸, pozostałe wyposażenie objęte rozporządzeniem, ZOZ będzie starał się pozyskać w okresie dostosowawczym, w miarę możliwości zaangażowania środków.

(akta kontroli str. 482-488)

W BO w latach 2018-2020 był jeden defibrylator z możliwością wykonania kardiowersji i elektrostymulacji (w 2018 r. były dwa, zaś w latach 2019-2020 trzy stanowiska znieczulania) - zgodnie z wymogami pkt C w poz. 6 części I załącznika nr 1 do rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AilT, powinien być co najmniej jeden taki defibrylator na zespół połączonych ze sobą stanowisk znieczulenia lub wyodrębnioną salę operacyjną.

(akta kontroli str. 456-459)

Dyrektor ZOZ Paweł Pikul wyjaśnił, że w obrębie BO funkcjonują dwa defibrylatory, jeden dedykowany do sal operacyjnych, drugi do sali przygotowania/wybudzenia pacjenta znajdującej się w bezpośrednim sąsiedztwie i dostępnej z tego samego ciągu komunikacyjnego co wszystkie sale operacyjne. W razie konieczności użycia któregoś z defibrylatorów można go w bardzo krótkim czasie przewieźć do miejsca, w którym jest potrzebny, gdyż oba defibrylatory są przenośne. W ZOZ sale operacyjne są usytuowane w bezpośrednim sąsiedztwie, dostępne z jednego korytarza głównego. Mobilny zdezynfekowany sprzęt może być bez przeszkód przemieszczany pomiędzy tymi salami, pozwala to traktować sale operacyjne jako zespół zintegrowanych sal operacyjnych i przy dostępie do dwóch defibrylatorów pacjenci będą błyskawicznie reanimowani za ich pomocą.

(akta kontroli str. 482-488)

Sala przygotowania pacjenta/sala wybudzeń na koniec 2020 r. spełniała wymagania pkt D *Wyposażenie sali nadzoru poznieczuleniowego lub stanowiska nadzoru poznieczuleniowego* w części I załącznika nr 1 do rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AilT. W sali tej zapewniono: wózek reanimacyjny i zestaw do konikotomii, defibrylator z możliwością wykonania kardiowersji, respirator z możliwością regulacji stężenia tlenu w zakresie 21-100%, elektryczne urządzenie do ssania, możliwość obserwacji bezpośredniej lub przy użyciu kamer wyposażonych w funkcję autostartu, w szczególności możliwość obserwacji twarzy. Spełnione były również wymagania określone w pkt D dotyczące wyposażenia stanowiska nadzoru poznieczuleniowego w sali przygotowania pacjenta/sali wybudzeń (źródło tlenu, powietrza i próżni, aparat do pomiaru ciśnienia krwi, monitor EKG, pulsoksymetr, termometr). Wyposażenie i sprzęt wykazany powyżej zapewniony był również w 2018 i 2019 roku.

OAIIT spełniał wymogi określone w załączniku nr 3 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych

³⁸ W dniu 30 lipca 2021 r. zakupiono dwa zestawy do intubacji i wentylacji z workiem samorozprężalnym.

z zakresu leczenia szpitalnego. OAiIT miał na wyposażeniu przyłóżkowy aparat RTG, przyłóżkowy aparat USG oraz aparat do ciągłego leczenia nerkozastępczego. Stanowiska intensywnej terapii na OAiIT wyposażone były w sprzęt do: ciągłego przyłóżkowego monitorowania EKG, stałego pomiaru ciśnienia tętniczego krwi metodą nieinwazyjną, pomiaru ośrodkowego ciśnienia żylnego krwi, intubacji dotchawiczej i wentylacji workiem samorozprężalnym, przedłużonej sztucznej wentylacji płuc z zastosowaniem respiratora, regulacji stężenia tlenu w respiratorze w zakresie 21-100%, terapii płynami infuzyjnymi z zastosowaniem pomp infuzyjnych, worków ciśnieniowych, filtrów, strzykawk automatycznych, toalety dróg oddechowych z zastosowaniem urządzeń ssących, monitorowania temperatury ciała, pulsoksymetrii, kapnografii. Sprzęt medyczny będący na wyposażeniu OAiIT i BO ujęty był w umowach zawartych z NFZ.

(akta kontroli str. 458-459)

W kontroli analizą objęto sprzęt medyczny na stanowiskach intensywnej terapii oraz na stanowiskach znieczulania w BO, pod kątem jego wieku, awaryjności, kosztów napraw i przeglądów.

Sprzęt medyczny OAiIT i BO, którego wiek przekraczał 20 lat to: aparat USG - rok produkcji 1995, respirator – rok produkcji 1998, respirator – rok produkcji 1993, worek samorozprężalny dla dorosłych z kompletem masek twarzowych – rok produkcji 1993, pompa infuzyjna – rok produkcji 1996, pulsoksymetr – rok produkcji 1995.

Koszty napraw i przeglądów ww. sprzętu poniesione przez ZOZ w latach 2018-2020 wyniosły łącznie 10.486,98 zł brutto, w tym koszty przeglądów - 1.697,40 zł, koszty napraw – 8.789,58 zł. Jednostkowy koszt przeglądu sprzętu wyniósł od 319,80 zł do 516,60 zł. Jednostkowe koszty naprawy sprzętu wyniosły: 295,20 zł (pompa infuzyjna), 2.999,97 zł (respirator), 5.494,41 zł (respirator).

(akta kontroli str. 491)

Dyrektor ZOZ Paweł Pikul w sprawie przydatności, dostępności części zamiennych oraz awaryjności ponad 20 letniego sprzętu będącego na wyposażeniu OAiIT i BO wyjaśnił, że sprzęt ten rzadko ulega awariom i sporadycznie wymaga napraw, nie zgłaszano braku dostępności części zamiennych, do jego pracy nie ma zastrzeżeń, ponadto w opinii personelu nie ma potrzeby jego wymiany na nowszą wersję.

(akta kontroli str. 482-488)

W 2020 r. i 2021 r. w związku z pandemią Covid-19 ZOZ zakupił ze środków własnych, środków dotacji lub uzyskał w formie nieodpłatnego użyczenia albo darowizny sprzęt medyczny dla OAiIT i BO o łącznej wartości 242.153,78 zł brutto (22.579,98 zł w 2020 r. i 219.573,80 zł w 2021 r.).

Sprzęt zakupiony dla OAiIT ze środków własnych ZOZ to: cztery wózki zabiegowe oddziałowe, dozownik tlenu, regulator próżni – za łączną kwotę 3.381 zł brutto.

Wojewoda Podkarpacki nieodpłatnie użyczył dla OAiIT dwa respiratory oraz dwa dozowniki tlenowe – za łączną kwotę 219.034,80 zł brutto.

Ze środków dotacji Powiatu Strzyżowskiego zakupiono dla OAiIT dwa wózki zabiegowe oddziałowe WZ03, termometr, pulsoksymetr napalcowy, dwa dozowniki/regulatory typu R100 - za łączną kwotę 2.576,80 zł brutto.

Gmina Wiśniowa nieodpłatnie użyczyła dla OAiIT szpitalny wózek reanimacyjny (5-szufladowy) o wartości 5.000,40 zł brutto, zaś osoba fizyczna nieodpłatnie użyczyła dwie pompy infuzyjne o wartości 7.000 zł brutto.

Dla BO ze środków własnych ZOZ zakupiono termometr bezdotykowy cyfrowy oraz dwie kasyety sterylizacyjne z tworzywa sztucznego – za łączną kwotę 2.660,80 zł

brutto. Powiat Strzyżowski przekazał dla BO (darowizna) jedną matę dekontaminacyjną o wartości 2.499,98 zł brutto.

(akta kontroli str. 492)

Kontrolą pod względem wykonywania w latach 2018-2020 przeglądów technicznych sprzętu i aparatury medycznej wykorzystywanego w OAiIT i BO objęto 15 paszportów technicznych. W kontroli ustalono, że:

- dla pięciu wyrobów (pompa infuzyjna, ultrasonograf, dwa kardiomonytory, bronchofiberoskop) przeglądy techniczne wykonywane były corocznie, w terminach zgodnych z zaleceniami serwisanta danego wyrobu,
- dla siedmiu wyrobów (cztery respiratory³⁹, aparat do znieczulania⁴⁰, aparat do ciągłego leczenia nerkozastępczego⁴¹, ssak elektryczny⁴²) nie wykonano przeglądów w 2020 r.,
- dla jednego wyrobu (defibrylator⁴³) przegląd w 2021 r. wykonano z dwumiesięcznym opóźnieniem (przegląd ten miał być wykonany w marcu 2021 r., a przeprowadzono go w dniu 1 czerwca 2021 r., sprzęt ten w okresie od 1 kwietnia 2021 r. do 31 maja 2021 r. nie miał ważnego przeglądu technicznego),
- dla jednego wyrobu (respirator⁴⁴) przegląd wykonano z czteromiesięcznym opóźnieniem (przegląd ten zgodnie z wpisem do paszportu technicznego miał być wykonany w styczniu 2021 r., a przeprowadzono go w czerwcu 2021 r., sprzęt ten w okresie od 1 lutego 2021 r. do 31 maja 2021 r. nie miał ważnego przeglądu technicznego),
- dla jednego wyrobu (łóżko rehabilitacyjne wielofunkcyjne⁴⁵) przegląd wykonano z ośmiodniowym opóźnieniem (przegląd zgodnie z wpisem do paszportu technicznego miał być wykonany w listopadzie 2020 r., a przeprowadzono go w dniu 8 grudnia 2020 r., sprzęt ten w okresie od 1 grudnia 2020 r. do 7 grudnia 2020 r. nie miał ważnego przeglądu technicznego).

Działanie takie naruszało postanowienia przepisu art. 90 ust. 6 ustawy z dnia 20 maja 2010 r. *o wyrobach medycznych*⁴⁶.

Przeglądy techniczne wykonywane były przez przedstawiciela producenta, przez podmiot lub osoby uprawnione do wykonywania przeglądów i napraw sprzętu medycznego.

(akta kontroli str. 493-532)

Dyrektor ZOZ Paweł Pikul wyjaśnił, że w wyniku wydanych zaleceń Głównego Inspektora Sanitarnego dotyczących odwołania wizyt przedstawicieli medycznych w szpitalach, zewnętrzne serwisy sprzętu medycznego odmawiały w 2020 r. przyjazdów do szpitali. Wizyty serwisantów zewnętrznych związane były z ryzykiem epidemiologicznym, do szpitala nie mogły wchodzić osoby postronne. W okresie pandemii, kiedy w OAiIT przebywało nie więcej niż dwóch pacjentów wykorzystywano trzy respiratory, które nie posiadały ważnych przeglądów technicznych, tj. Horus serii H nr 000PS, Bennet 7200 AE nr 9380170, NPB 840 nr 3510080155. Średnie obłożenie łóżek w OAiIT w 2020 r. wynosiło ok. 66%, co potwierdza, że wykorzystywanie tych respiratorów było incydentalne. Sprzęt ten był

³⁹ Horus serii H nr 000PS, Bennet 7200 AE nr 9380170, NPB 840 nr 3510080155, Flight 60 nr 11120421.

⁴⁰ Anastazja 7700 nr 2080-04008.

⁴¹ Multifiltrat 5MUG2376.

⁴² New Askir 30 nr 0811562-1648/SP/09/2019.

⁴³ Bene-Heart nr WZ-8C012316.

⁴⁴ Flight 60 nr 13020698.

⁴⁵ LE-12.0 nr 1207/01402.

⁴⁶ Dz. U. z 2020 r. poz. 186 ze zm.

sprawny przez cały okres użytkowania, dwa respiratory poddane były generalnemu remontowi – jeden w 2018 r., a drugi w 2019 r. Personel nie zgłaszał żadnych uwag odnośnie jego złego funkcjonowania. Każdy respirator przed podłączeniem pacjenta poddawany jest testowi, przy najdrobniejszej usterce natychmiast podejmuje się decyzję o podpięciu pacjenta do innego. Wszystkie trzy respiratory, które nie posiadały ważnego przeglądu w 2020 r. zostały poddane przeglądowi w 2021 r., który nie wykazał usterek. Pozostały sprzęt, który nie posiadał przeglądów technicznych w 2020 r. nie był użytkowany.

W sprawie opóźnień w dokonywaniu przeglądów Dyrektor ZOZ wyjaśnił, że opóźnienia te spowodowane było ograniczeniami wywołanymi epidemią Covid-19, która nasiliła się w marcu i kwietniu 2021 r. Żaden z tych sprzętów nie był użytkowany w okresie braku przeglądu technicznego.

(akta kontroli str. 533-536)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. Dla siedmiu wyrobów medycznych (cztery respiratory, aparat do znieczulania, aparat do ciągłego leczenia nerkozastępczego, ssak elektryczny) nie wykonano przeglądów technicznych w 2020 r.

Trzy respiratory, które nie posiadały przeglądów technicznych w 2020 r. wykorzystywane były do leczenia pacjentów. Przeglądy techniczne tych respiratorów przeprowadzono dopiero w 2021 r.

2. Opóźnienia w przeprowadzeniu przeglądów technicznych dla trzech wyrobów (defibrylator, respirator, łóżko rehabilitacyjne wielofunkcyjne). Opóźnienia w wykonywaniu przeglądów dla tych wyrobów wynosiły – osiem dni dla łóżka rehabilitacyjnego wielofunkcyjnego, dwa miesiące dla defibrylatora, cztery miesiące dla respiratora.

OCENA CZĄSTKOWA

W kontroli ustalono, że OAiIT spełniał wymogi dotyczące sprzętu medycznego określone w załączniku nr 3 do rozporządzenia *w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego*.

W OAiIT i na stanowiskach intensywnej terapii stwierdzono natomiast braki w wyposażeniu w niektóre sprzęt medyczny, wymieniony w załączniku nr 1 do rozporządzenia *w sprawie standardów w dziedzinie AiIT*. Obowiązek dostosowania OAiIT i stanowisk intensywnej terapii do wymogów (w zakresie wyposażenia w sprzęt medyczny) określonych w ww. rozporządzeniu przewidziane jest do końca grudnia 2022 r.

Najwyższa Izba Kontroli negatywnie ocenia niedokonywanie w 2020 r. przeglądów technicznych sprzętu medycznego oraz opóźnienia w ich przeprowadzaniu w 2020 i 2021 roku. ZOZ w 2020 r. i na początku 2021 r. działał jednakże w szczególnej sytuacji spowodowanej epidemią Covid-19 i ograniczeniami z niej wynikającymi, w tym także ryzykiem wizyt serwisantów zewnętrznych w OAiIT.

IV. Wnioski

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

Wnioski

1. Rzetelne wypełnianie dokumentacji medycznej w zakresie czasu rozpoczęcia i zakończenia znieczulenia.

2. Rzetelne sporządzanie *Okółooperacyjnej karty kontrolnej* w zakresie podpisu i pieczęci lekarza anestezjologa wykonującego znieczulenie.
3. Udzielanie świadczeń w OAiIT w zakresie całodobowej opieki lekarskiej przez co najmniej jednego lekarza specjalistę anestezjologii i intensywnej terapii, zgodnie z wymogami § 11 pkt 2 oraz części II załącznika nr 1 do rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiIT.
4. Wylimitowanie przypadków dokonywania jednoczesnego znieczulania dwóch pacjentów, co było niezgodne z wymogami § 9 pkt 9 rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiIT.
5. Ograniczanie dokonywania znieczuleń przez lekarzy anestezjologów pełniących jednoosobowo dyżur w OAiIT podczas zabiegów operacyjnych w BO, do przypadków wynikających z reakcji na nagłą sytuację zdrowotną w szpitalu, zgodnie z wymogami § 11 pkt 2 i 2a rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiIT.
6. Zapewnienie prowadzenia intensywnej terapii w OAiIT przez lekarzy anestezjologów, zgodnie z wymogami § 11 pkt 3-4 rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiIT.
7. Terminowe przeprowadzanie przeglądów technicznych sprzętu medycznego, będącego na wyposażeniu ZOZ.

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 wykonaniu
wniosków

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

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

Rzeszów, dnia 30 września 2021 r.

Kontroler
Sławomir Kochman
Główny specjalista kontroli
państwowej

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Rzeszowie
Dyrektor
Wiesław Motyka

/-/

/-/