



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Katowicach

LKA.410.023.04.2021

Pan Wojciech Konieczny
Dyrektor
Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki
Zdrowotnej Miejski Szpital Zespolony
w Częstochowie
ul. Mirowska 15
42-200 Częstochowa

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

P/21/072 – Funkcjonowanie medycznej opieki geriatrycznej

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Miejski Szpital Zespolony w Częstochowie ul. Mirowska 15, 42-200 Częstochowa ¹
Kierownik jednostki kontrolowanej	Wojciech Konieczny Dyrektor SPZOZ ² , od 1 stycznia 2013 r. ³
Zakres przedmiotowy kontroli	<ol style="list-style-type: none">1. Organizacja procesu udzielania świadczeń.2. Realizacja świadczeń z zakresu geriatrici.3. Efekty opieki geriatricznej – dla pacjentów.
Okres objęty kontrolą	Lata 2017-2021 (do dnia zakończenia kontroli ⁴), z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed tym okresem, jeżeli miały znaczenie dla działalności jednostki w zakresie objętym kontrolą.
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ⁵
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Katowicach
Kontroler	Wojciech Graca, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LKA/149/2021 z 9 lipca 2021 r.

(akta kontroli str. 1-10)

¹ Dalej: SPZOZ, MSZ lub Szpital.

² Dalej: Dyrektor.

³ Przy czym w okresie od 1 stycznia do 31 marca 2013 r. oraz od 1 do 30 kwietnia 2019 r. powierzono mu pełnienie obowiązków Dyrektora, w pozostałym okresie był zatrudniony na podstawie umowy o pracę na czas określony.

⁴ 13 września 2021 r.

⁵ Dz. U. z 2020 r. poz. 1200, ze zm. Dalej: ustawa o NIK.

II. Ocena ogólna⁶ kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

Proces udzielania w Szpitalu świadczeń dotyczących geriatryi został zorganizowany prawidłowo. Jedną z jego komórek organizacyjnych był 40 łóżkowy Oddział Geriatryczny⁷. Szpital zakwalifikował się do sieci szpitali, przy czym liczba łóżek przed przystąpieniem do sieci wynosiła 34, a po przystąpieniu wzrosła do 40. W Szpitalu przygotowano i wprowadzono procedurę oceny geriatrycznej pacjenta oraz wprowadzono procedury dotyczące opieki nad pacjentami geriatrycznymi, a stosowane standaryzowane skale mierzące były zalecane w Standardach postępowania w opiece geriatrycznej⁸: W zakresie zatrudnienia zapewniono niezbędną liczbę lekarzy, rehabilitantów i psychologa. Pomieszczenia Oddziału spełniały wymagania wynikające z przepisów prawa, natomiast nie odpowiadały w pełni zaleceniom zawartym w Standardach.

Szpital prawidłowo realizował świadczenia z zakresu geriatryi, prowadzono harmonogramy przyjęć i listy oczekujących, które przekazywano do NFZ. Ograniczono co prawda dostęp do świadczeń w okresie epidemii, jednak było to uzasadnione i prawidłowo powiadomiono o powyższym NFZ. Dokumentacja medyczna pacjentów prowadzona była prawidłowo.

W Szpitalu nie wprowadzono rozwiązań organizacyjnych, które uwzględniały zalecenia wynikające ze Standardów, w tym w zakresie zatrudnienia dodatkowej kadry medycznej. Jednak wprowadzone procedury pozwalały na zabezpieczenie podstawowych potrzeb w zakresie świadczeń geriatrycznych, a zarówno kontrole, skargi, jak i badania satysfakcji pacjenta nie wskazywały nieprawidłowości w tym zakresie. Procedury Całościowej Oceny Geriatrycznej⁹ nie stosowano wobec wszystkich pacjentów.

Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły:

- nieprzedstawienia rzetelnie stanu faktycznego dotyczącego struktury organizacyjnej Szpitala w Regulaminie Organizacyjnym oraz w aktualnym wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,
- nieprzeprowadzania oceny geriatrycznej wobec wszystkich pacjentów w wieku 65+,
- niespełnienia wymaganej liczby pielęgniarek na Oddziale,
- przeprowadzania przeglądów urządzeń po terminie.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowe¹⁰ kontrolowanej działalności

OBSZAR

Opis stanu faktycznego

1. Organizacja procesu udzielania świadczeń

1.1. SPZOZ zgodnie ze statutem¹¹ był podmiotem leczniczym (niebędącym przedsiębiorcą) utworzonym przez Gminę Miasto Częstochowa, którym kierował Dyrektor (odpowiedzialny za zarządzanie Szpitalem). Do zadań Szpitala należało m.in. udzielanie całodobowych stacjonarnych świadczeń zdrowotnych, a wśród jego komórek organizacyjnych był oddział geriatryczny (w obiekcie przy ul. Bony 1/3).

⁶ Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej.

⁷ Dalej: Oddział.

⁸ Stanowisko Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego opracowane przez ekspertów Zespołu ds. Gerontologii przy Ministrze Zdrowia z 31 stycznia 2013 r., zwane dalej: *Standardami*.

⁹ Dalej: COG.

¹⁰ Oceny cząstkowe to oceny działalności w poszczególnych obszarach badań kontrolnych. Ocena cząstkowa może być sformułowana jako ocena pozytywna, ocena negatywna albo ocena w formie opisowej.

¹¹ Uchwała Nr 232.XIX.2015 Rady Miasta Częstochowy z 30 grudnia 2015 r.

W Regulaminie Organizacyjnym¹² wymieniono m.in. oddział geriatryczny – 34 łóżka, w tym 2 łóżka intensywnej opieki medycznej. Przy czym po zmianie Regulaminu¹³ od 14 marca 2017 r. oddział geriatryczny – 40 łóżek, w tym 2 łóżka intensywnej opieki medycznej. W aktualnym (na dzień 27 lipca 2021 r.) wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą¹⁴ dla oddziału geriatrycznego¹⁵ wpisano takie same liczby łóżek. W obowiązujących w okresie objętym kontrolą (2017-2021) Regulaminach Organizacyjnych Szpitala oraz w aktualnym wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą¹⁶ wpisano poradnię geriatryczną (przy ulicy Bony 1/3), pomimo nieświadczania usług w tym zakresie (nieprzewodzenia takiej poradni), co szczegółowo opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

Zgodnie z § 81 Regulaminu Organizacyjnego Dyrektor swoje zadania kierownicze i zarządzające wykonuje przy pomocy zastępców (m.in. ds. lecznictwa) oraz pełnomocników Dyrektora (m.in. pełniącego swoje obowiązki w obiekcie przy ul. Bony 1/3), przy czym oddziały szpitalne (w tym geriatryczny) podległe były Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa.

Szpital zakwalifikował się do sieci szpitali, a liczba łóżek przed przystąpieniem do sieci wynosiła 34¹⁷, natomiast po zakwalifikowaniu do sieci 40¹⁸.

W Szpitalu powołano komórki, do zadań których należało m.in. rozpoznawanie, planowanie i zabezpieczanie potrzeb zdrowotnych pacjentów – były to zespoły: terapeutyczny¹⁹ oraz ds. jakości²⁰. Kontrolą skuteczności wprowadzonych rozwiązań zajmowały się: Zespół audytorów wewnętrznych²¹ oraz Zespół ds. jakości. Ponadto w Szpitalu podejmowano działania zmierzające do poprawy funkcjonowania jednostki m.in. poprzez realizację zadań określonych w Programie działań dla poprawy jakości MSZ²², oraz Projektach poprawy jakości²³.

(akta kontroli str. 11, 96-143, 248-255)

1.2. W SPZOZ 1 czerwca 2016 r. opracowano i wprowadzono Procedurę Geriatryczną PG/01 Ocena Geriatryczna Pacjenta, której celem było określenie zasad i sposobu przeprowadzania oceny geriatrycznej pacjenta w wieku powyżej 60 roku życia. Oceny dokonywano w skali VES – 13 na specjalnym druku²⁴. Personel został zapoznany z ww. procedurą za pomocą systemów informatycznych²⁵ oraz podczas szkolenia, na którym pielęgniarki oddziałowe/koordynujące potwierdziły zapoznanie się z ww. dokumentem oraz zobowiązały do jego stosowania.

W ramach badanej próby 15 pacjentów²⁶ stwierdzono, że procedura oceny geriatrycznej była przeprowadzona w przypadku 13 z nich, natomiast

¹² Zarządzenie Dyrektora: Nr 56/16 z 29 grudnia 2016 r. (obowiązujący od 1 stycznia 2017 r.).

¹³ Aneks Nr 1/2017 z dnia 14 marca 2017 r. do Regulaminu Organizacyjnego Szpitala (obowiązujący od 14 marca 2017 r.) oraz Zarządzenia Dyrektora: Nr 68/17 z 19 grudnia 2017 r. (obowiązujący od 1 stycznia 2018 r.), Nr 73/18 z 3 września 2018 r. (obowiązujący od 3 września 2018 r.), Nr 20/19 z 3 czerwca 2019 r. (obowiązujący od 3 czerwca 2019 r.), Nr 51/19 z 17 grudnia 2019 r. (obowiązujący od 17 grudnia 2019 r.).

¹⁴ <https://rpwdl.csioz.gov.pl/>.

¹⁵ Lp. 122 - leczenie stacjonarne oraz rehabilitacja stacjonarna w dziedzinie medycyny geriatrycznej.

¹⁶ Lp. 128 w <https://rpwdl.csioz.gov.pl/>, gdzie na dzień kontroli (27 lipca 2021 r.) wpisano datę rozpoczęcia działalności (31 października 2011 r.), natomiast brak jest wpisów dot. jej czasowego zaprzestania lub zakończenia.

¹⁷ Na dzień 31 grudnia 2015 i 2016 r.

¹⁸ Na dzień 31 grudnia w okresie 2017-2020 oraz na dzień 30 czerwca 2021 r.

¹⁹ Zarządzenie Nr 68/2018 Dyrektora MSZ, z 30 sierpnia 2018 r.

²⁰ Zarządzenie Nr 65/2018 Dyrektora MSZ z 28 sierpnia 2018 r.

²¹ Zarządzenie Nr 17/18 Dyrektora MSZ z 21 lutego 2018 r.

²² M.in. w obszarze Poprawy dostępności usług, Farmakoterapii, Poprawy satysfakcji pacjentów.

²³ Np. dot. Zwiększenia ilości kontrolowanej dokumentacji medycznej, Zwiększenia wskaźnika zużycia środka dezynfekującego, Zmniejszenia procentowego wskaźnika odleżyn nabytych oraz Poprawy zgłaszania zakażeń szpitalnych.

²⁴ Zgodnym ze wzorem załącznika nr 11a do zarządzenia Nr 71/2016/DSOZ Prezesa NFZ z 30 czerwca 2016 r.

²⁵ W tzw. Książce procedur (folder znajdujący się na pulpicie każdego komputera) oraz w systemie AMMS, który w momencie uruchamiania systemu wymaga od użytkownika zapoznania się z dokumentem.

²⁶ Badaniem objęto 15 losowo wybranych pacjentów 65+ spośród 1 035 przyjętych do Szpitala, na oddziały inne niż geriatryczny, w czerwcu 2021 r. (ostatnim miesiącu przed rozpoczęciem czynności kontrolnych).

w dokumentacji medycznej pozostałych dwóch pacjentów nie odnotowano takiego badania, co szczegółowo opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 12-46)

1.3. Szpital wdrożył wewnętrzne procedury dla personelu medycznego dotyczące opieki nad pacjentami wszystkich oddziałów szpitalnych, w tym oddziału geriatrycznego. Należały do nich następujące procedury: Edukacja zdrowotna pacjenta²⁷; Kryteria oceny pielęgniarstwa dokonywane na koniec dyżuru²⁸; Leczenie żywieniowe²⁹; Karmienie przez zgłębnik³⁰; Karmienie pacjenta drogą doustną³¹; Pielęgnacja pacjenta z odleżyną³²; Instrukcja dotycząca zasad i zakresu sprawowania opieki nad pacjentami przez osoby bliskie lub osoby wskazane przez pacjenta³³; Zmiana opatrunku³⁴ oraz Toaleta pacjenta w łóżku³⁵.

Ponadto Oddział geriatryczny wdrożył procedury: Zasady postępowania diagnostycznego i leczniczego w przypadku odwodnienia pacjenta³⁶, Nietrzymanie moczu u osób starszych w złym stanie zdrowia, Profilaktyka zaparć – interwencje pielęgniarstwa i Nietrzymanie moczu u kobiet i u mężczyzn³⁷, Pielęgnacja osoby przewlekle chorej i niesamodzielnej w domu³⁸, Rehabilitacja osób starszych w domu oraz Aktywność seniora przykłady ćwiczeń³⁹ oraz Profilaktyka odleżyn⁴⁰. Ponadto na Oddziale wprowadzono Dzienny plan pracy⁴¹.

Zapoznanie się z ww. procedurami odbywało się poprzez system komputerowy oraz podczas przeprowadzanych szkoleń.

W celu oceny m.in. funkcji psychicznych i fizycznych, odżywiania pacjenta w oddziale geriatrycznym stosowane były standaryzowane skale mierzące, w tym zalecane w Standardach: Skala MNA Mini Nutritional Assessment (dot. odżywiania), Skala KATZA ADL (dot. czynności życia codziennego), Test MMSE (dot. stanu psychicznego), Skala oceny depresji wg Yesavage'a, Skala IADL (dot. czynności życia codziennego) oraz Skala Barthel ADL (dot. czynności życia codziennego). Ponadto na Oddziale stosowane były również: Skala Padewska (dot. zakrzepicy żył), Test TINETTI (dot. oceny równowagi i chodu), Nutritional RISK Score NRS2002 (dot. odżywiania).

(akta kontroli str. 47-103, 144-216)

1.4. W okresie objętym kontrolą na Oddziale hospitalizowanych było:

- w 2017 r. 1,14 tys. pacjentów – największą grupę stanowili pacjenci pomiędzy 81 a 85 rokiem życia – 314 osób, najmniejszą - zero osób pacjenci poniżej 60 roku życia oraz siedem osób to pacjenci pomiędzy 61 a 65 rokiem życia;

²⁷ Procedura Zintegrowanego Systemu Zarządzania QP- CO/12-01 – Edukacja zdrowotna pacjenta (wprowadzona 17 sierpnia 2018 r.).

²⁸ Procedura Zintegrowanego Systemu Zarządzania QP-OS/2 - Kryteria oceny pielęgniarstwa dokonywane na koniec dyżuru (14 lutego 2018 r.).

²⁹ Instrukcja Zintegrowanego Systemu Zarządzania QI – OD-1 - Leczenie żywieniowe (31 lipca 2018 r.).

³⁰ Instrukcja Zintegrowanego Systemu Zarządzania QP– 1/OD-04- Karmienie przez zgłębnik (16 lipca 2018 r.).

³¹ Instrukcja Zintegrowanego Systemu Zarządzania QP– OD-01/06 - Karmienie pacjenta drogą doustną (16 lipca 2018 r.).

³² Procedura Higieniczna PM/06- Pielęgnacja pacjenta z odleżyną (20 maja 2015 r.).

³³ Instrukcja Zintegrowanego Systemu Zarządzania QI- PP/10-01 – Instrukcja dotycząca zasad i zakresu sprawowania opieki nad pacjentami przez osoby bliskie lub osoby wskazane przez pacjenta, wprowadzona Zarządzeniem Dyrektora MSZ Nr 13/18 z 13 lutego 2018 r.

³⁴ Procedura Higieniczna PM/04 - Zmiana opatrunku (6 listopada 2015 r.).

³⁵ Procedura Higieniczna PM/07 -Toaleta pacjenta w łóżku (6 listopada 2015 r.).

³⁶ Standardowa procedura postępowania – Zasady postępowania diagnostycznego i leczniczego w przypadku odwodnienia pacjenta (18 maja 2018 r.).

³⁷ Wszystkie trzy wprowadzone po zapoznaniu się pracowników z ich treścią od 4 września 2020 r.

³⁸ Z 19 czerwca 2018 r.

³⁹ Oba z czerwca 2020 r.

⁴⁰ Z 19 czerwca 2018 r.

⁴¹ Z 2 czerwca 2016 r.

- w 2018 r. 1,21 tys. pacjentów – największą grupę stanowili pacjenci pomiędzy 81 a 85 rokiem życia – 299 osób, najmniejszą - jedna osoba pacjenci poniżej 60 roku życia;
- w 2019 r. 1,13 tys. pacjentów – największą grupę stanowili pacjenci pomiędzy 86 a 90 rokiem życia – 266 osób, najmniejszą - jedna osoba pacjenci poniżej 60 roku życia;
- w 2020 r. 0,84 tys. pacjentów – największą grupę stanowili pacjenci pomiędzy 81 a 85 rokiem życia – 184 osoby, najmniejszą - pięć osób pacjenci poniżej 60 roku życia;
- w I kwartale 2021 r. 174 pacjentów – największą grupę stanowili pacjenci pomiędzy 86 a 90 rokiem życia – 38 osób, najmniejszą - zero osób pacjenci pomiędzy 61 a 65 rokiem życia oraz sześć osób to pacjenci pomiędzy 61 a 65 rokiem życia.

Najwięcej spośród 695 pacjentów hospitalizowanych w Oddziale w II półroczu 2019 r. mieszkało w Częstochowie (467 osób) i w Gminie Rędziny (31 osób). W tym okresie w Oddziale leczono również cztery osoby spoza województwa śląskiego.

Pacjenci najczęściej przebywali na Oddziale od ośmiu do 14 dni (409 osób w II półroczu 2019 r., 262 osoby w II półroczu 2020 r.). Zarówno krótkie, jak i długie hospitalizacje miały miejsce rzadko – w II półroczu 2019 r. 53 pacjentów przebywało na oddziale do trzech dni, czterech pacjentów powyżej 21 dni. W II półroczu 2020 r. 27 pacjentów przebywało na oddziale do trzech dni, a 16 powyżej 21 dni.

(akta kontroli str. 256-258)

Czas oczekiwania na leczenie w Oddziale Geriatrycznym wynosił:

- na dzień 1 stycznia 2018 r. 28 dni dla pacjentów z kategorią medyczną „stabilny” i 27 dla pacjentów z kategorią medyczną „pilny”;
- na dzień 1 stycznia 2019 r. 38 dni dla pacjentów z kategorią medyczną „stabilny” i 8 dni dla pacjentów z kategorią medyczną „pilny”;
- na dzień 1 stycznia 2020 r. 32 dni dla pacjentów z kategorią medyczną „stabilny” i 6 dni dla pacjentów z kategorią medyczną „pilny”;
- na dzień 1 stycznia 2021 r. 0 dni dla pacjentów z kategorią medyczną „stabilny” oraz „pilny”.

(akta kontroli str. 259)

1.5.i 1.6. W Szpitalu na Oddziale zatrudnionych było na dzień:

- 31 grudnia 2017 r. 18 lekarzy⁴², w tym czterech na umowę o pracę⁴³, 24 pielęgniarki⁴⁴, w tym 21 na umowę o pracę⁴⁵, jeden fizjoterapeuta⁴⁶ oraz jeden technik fizjoterapii⁴⁷, jeden psycholog⁴⁸;
- 31 grudnia 2018 r. 15 lekarzy⁴⁹, w tym czterech na umowę o pracę⁵⁰, 23 pielęgniarki⁵¹, w tym 20 na umowę o pracę⁵², dwóch fizjoterapeutów⁵³ oraz jeden psycholog⁵⁴;

⁴² W tym czterech specjalistów geriatrici, 11 chorób wewnętrznych oraz jeden innej specjalności.

⁴³ Jeden specjalista geriatrici, dwóch chorób wewnętrznych oraz jeden innej specjalności.

⁴⁴ W tym trzy o specjalności pielęgniarstwa geriatricznego, jedna pielęgniarstwa zachowawczego i jedna pielęgniarstwa opieki długoterminowej.

⁴⁵ W tym trzy o specjalności pielęgniarstwa geriatricznego i jedna pielęgniarstwa zachowawczego.

⁴⁶ Na 0,5 etatu na umowę o pracę.

⁴⁷ Na 0,5 etatu na umowę o pracę.

⁴⁸ 0,5 etatu przeliczeniowego na umowę cywilnoprawną.

⁴⁹ W tym pięciu specjalistów geriatrici, czterech chorób wewnętrznych oraz dwóch innej specjalności.

⁵⁰ W tym jeden specjalista geriatrici, dwóch chorób wewnętrznych.

⁵¹ W tym trzy o specjalności pielęgniarstwa geriatricznego, jedna pielęgniarstwa zachowawczego i dwie pielęgniarstwa opieki długoterminowej.

⁵² W tym trzy o specjalności pielęgniarstwa geriatricznego i jedna pielęgniarstwa zachowawczego.

⁵³ Po 0,5 etatu na umowę o pracę każdy.

⁵⁴ 0,5 etatu przeliczeniowego na umowę cywilnoprawną.

- 31 grudnia 2019 r. 15 lekarzy⁵⁵, w tym czterech na umowę o pracę⁵⁶, 20 pielęgniarek⁵⁷, w tym 16 na umowę o pracę⁵⁸, dwóch fizjoterapeutów⁵⁹ oraz jeden psycholog⁶⁰;
- 31 grudnia 2020 r. 13 lekarzy⁶¹, w tym czterech na umowę o pracę⁶², 20 pielęgniarek⁶³, w tym 17 na umowę o pracę⁶⁴, trzech fizjoterapeutów⁶⁵ oraz jeden psycholog⁶⁶.

Szpital spełniał normy zawarte w załączniku nr 3 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego⁶⁷ w zakresie zatrudnienia lekarzy⁶⁸, rehabilitantów⁶⁹ i psychologa⁷⁰, natomiast nie spełniał w zakresie zatrudnienia pielęgniarek⁷¹, co szczegółowo opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

Ponadto Dyrektor ustalił⁷² dla Oddziału minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych wynoszące 21 etatów, które były spełnione. Liczba etatów przeliczeniowych pielęgniarek na dzień 31 grudnia 2017 r. i 2018 r. wyniosła 21,0 oraz 21,7.

(akta kontroli str. 260-374)

Wszyscy lekarze zatrudnieni na Oddziale w okresie objętym kontrolą byli wykazani w umowie zawartej z NFZ⁷³. W latach 2017-2021 (I kwartał) dyżury medyczne pełnili lekarze zatrudnieni na podstawie umów cywilnoprawnych (lekarze zatrudnieni na umowy o pracę nie pełnili dyżurów w ramach ww. umów). Natomiast od 1 kwietnia 2021 r. lekarze zatrudnieni na umowy o pracę pełnili dyżury w ramach tych umów⁷⁴. Nie stwierdzono nieprawidłowości w zakresie przekroczenia czasu pracy oraz prawa do odpoczynku⁷⁵.

(akta kontroli str. 293-327, 374)

1.7. i 1.8. a) Pomieszczenia Oddziału spełniały wymagania dotyczące warunków ogólnoprzestrzennych, sanitarnych oraz instalacyjnych zawarte w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą⁷⁶, tj. Oddział zlokalizowany był na drugim i trzecim piętrze, a Izba Przyjęć na parterze samodzielnego budynku. Kształt i usytuowanie pomieszczeń umożliwiały rozmieszczenie, zainstalowanie i użytkowanie urządzeń, aparatury i sprzętu stanowiącego jego niezbędne wyposażenie. Izba Przyjęć

⁵⁵ W tym pięciu specjalistów geriatry, czterech chorób wewnętrznych oraz dwóch innej specjalności.

⁵⁶ W tym jeden specjalista geriatry, dwóch chorób wewnętrznych.

⁵⁷ W tym dwie o specjalności pielęgniarstwa geriatrycznego i dwie pielęgniarstwa opieki długoterminowej.

⁵⁸ W tym dwie o specjalności pielęgniarstwa geriatrycznego.

⁵⁹ Na 1,5 etatu na umowę o pracę.

⁶⁰ 0,5 etatu przeliczeniowego na umowę cywilnoprawną.

⁶¹ W tym pięciu specjalistów geriatry, czterech chorób wewnętrznych oraz jeden innej specjalności.

⁶² W tym jeden specjalista geriatry, dwóch chorób wewnętrznych.

⁶³ W tym dwie o specjalności pielęgniarstwa geriatrycznego oraz dwie pielęgniarstwa opieki długoterminowej.

⁶⁴ W tym dwie o specjalności pielęgniarstwa geriatrycznego.

⁶⁵ Na 1 etat na umowę o pracę każdy.

⁶⁶ 0,5 etatu przeliczeniowego na umowę cywilnoprawną.

⁶⁷ Dz. U. 2021 r., poz. 290, dalej: rozporządzeniem w sprawie świadczeń gwarantowanych.

⁶⁸ Co najmniej jeden etat lekarza specjalisty w dziedzinie geriatry.

⁶⁹ Równoważnik jednego etatu fizjoterapeuty (osoby o kwalifikacjach wskazanych w rozporządzeniu).

⁷⁰ Równoważnik co najmniej 0,5 etatu.

⁷¹ 0,6 etatu na jedno łóżko.

⁷² Zarządzeniem Nr 40/16 z 16 listopada 2016 r.

⁷³ Badaniem w tym zakresie objęto wszystkich lekarzy zatrudnionych w miesiącu sierpniu w latach 2017-2020.

⁷⁴ Po wyrażeniu pisemnej zgody na świadczenie pracy w wymiarze przekraczającym przeciętnie 48 godzin na tydzień w przyjętym okresie rozliczeniowym.

⁷⁵ Badaniem w tym zakresie objęto dokumentację związaną z zatrudnieniem lekarzy na umowy cywilno-prawne w sierpniu 2017-2020 oraz grafiki godzin dla lekarzy zatrudnionych na umowy o pracę w okresie od kwietnia do lipca 2021 r.

⁷⁶ Dz. U. poz. 595, ze zm., które weszło w życie 1 kwietnia 2019 r., zwane dalej: „rozporządzeniem w sprawie wymagań”. Wcześniej obowiązywało rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. poz. 739).

składała się z punktu rejestracji pacjentów, poczekalni, pomieszczenia izby z węzłem sanitarnym, gabinetu zabiegowego/badań, WC ogólnodostępnego oraz zaplecza socjalnego. Oddział na drugim piętrze posiadał⁷⁷ m.in. sześć sal chorych, a na trzecim piętrze⁷⁸ 11 sal chorych. W wyniku przeprowadzonych oględzin stwierdzono m.in., że pomieszczenia te spełniały wymogi w zakresie § 30 pkt 2 ww. rozporządzenia, tj. połączenie ścian z podłogami było wykonane w sposób umożliwiający jego mycie i dezynfekcję, meble umożliwiały mycie i dezynfekcję oraz posiadały niezbędne wyposażenie. W pomieszczeniach łóżkowych zapewniono dostęp światła dziennego. Sprawny był system przywoławczy zarówno w salach chorych oraz pomieszczeniach sanitarno-higienicznych. Brak było barier architektonicznych (m.in. dostęp do windy, oporęczowane ciągi komunikacyjne), a pacjentom zapewniono intymność (m.in. tabliczki wolne/zajęte, parawany oraz rolety). Oddział nie posiadał jadalni, była świetlica (pomieszczenie pobytu dziennego). Jak wyjaśnił Dyrektor: *W związku z sytuacją epidemiczną nie organizowano wspólnej jadalni dla pacjentów.*

(akta kontroli str. 96-103, 375-391, 398-403)

Izba Przyjęć posiadała bezpośredni dojazd lecz nie był on zadaszony. Jak wyjaśnił Dyrektor: *Wykonanie zadaszonych wejścia do Izby przyjęć szpitala przy ul. Bony 1/3 zawarte jest w planie inwestycyjnym w punkcie dotyczącym dostosowania obiektów MSZ do obecnych wymagań higieniczno-sanitarnych wynikających z rozporządzenia Ministra Zdrowia i jest uzależnione od otrzymania środków finansowych w ramach dotacji od podmiotu tworzącego (Urząd Miasta).*

(akta kontroli str. 96-103, 375-391)

Ponadto stwierdzono brak na Oddziale w stosunku do zaleceń wynikających ze *Standardów*:

- jednego przyłóżkowego urządzenia rehabilitacyjnego⁷⁹;
- czterech materacy przeciwoleżynowych⁸⁰;
- sprzętu (aparatów) do: krioterapii, ultradźwięków, elektroterapii, magnetoterapii, światłolecznictwa, laseroterapii.

Jak wyjaśnił Dyrektor: *Oddział spełnia wszystkie wymagania zgodnie z aktualnie obowiązującymi przepisami - Rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego oraz Zarządzeniami Prezesa NFZ. Standardy postępowania w opiece geriatrycznej, opracowane przez powołany przez Ministra Zdrowia Zespół do Spraw Gerontologii, stanowią źródło wiedzy w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych na rzecz pacjentów w podeszłym wieku, ich zastosowanie podnosi jakość i efektywność leczenia pacjentów geriatrycznych. Dostosowanie Oddziału geriatrycznego do rekomendacji i wytycznych zawartych w Standardach postępowania w opiece geriatrycznej, w sytuacji trudności finansowych szpitala nie jest w pełni możliwe. Szpital ze względu na trudną sytuację finansową nie zakupił dla oddziału geriatrycznego wszystkich sprzętów oraz w takiej liczbie jaka jest zalecana w ww Standardach*

⁷⁷ M.in.: sześć sal chorych (w tym: 5 sal x 2 łóżka; 1 sala-izolotka x 1 łóżko) 11 łóżek, gabinet lekarski z węzłem sanitarnym (umywalka, toaleta i prysznic), gabinet badań (USG), pokój socjalny z węzłem sanitarnym (umywalka, toaleta i prysznic), łazienka ogólnodostępna i dla niepełnosprawnych (umywalka, toaleta i prysznic), brudownik, sala rehabilitacyjna, kuchenka oddziałowa, gabinet Pielęgniarki Oddziałowej, gabinet sekretarki medycznej, dyżurka pielęgniarek (centralnie w środku Oddziału)/zaplecze lekowe, gabinet zabiegowy, gabinet Ordynatora, łazienka dla chorych, izolotka, pokój dzienny Oddziału/Swietlica, toaleta dla niepełnosprawnych (umywalka i toaleta).

⁷⁸ M.in.: 11 sal chorych (w tym: 8 sal x 3 łóżka; 2 sala x 2 łóżka oraz 1 sala-izolotka x 1 łóżko) 29 łóżek, węzeł sanitarny (dwie umywalki, kabina z prysznicem, dwie toalety), kaplica, dyżurka pielęgniarek (centralnie w środku Oddziału)/zaplecze lekowe, gabinet zabiegowy, magazyn, łazienka dla niepełnosprawnych (umywalka, toaleta i prysznic), węzeł sanitarny (trzy umywalki, jedna toaleta), łazienka ogólnodostępna i dla niepełnosprawnych, pomieszczenie socjalne z węzłem sanitarnym (umywalka, toaleta i prysznic), pomieszczenie porządkowe oraz toaleta ogólnodostępna (umywalka i toaleta).

⁷⁹ Było tylko jedno na 40 łóżek, a zgodnie z wymogami powinno być jedno na 20 łóżek.

⁸⁰ Były tylko cztery, a zgodnie z wymogami powinien być jeden na 5 łóżek.

dlatego też posiadamy jedno przyłóżkowe urządzenie rehabilitacyjne a nie dwa, posiadamy także 4 materace przeciwoleżynowe a nie 8, nie posiadamy aparatu do: krioterapii, ultradźwięków, elektroterapii, magnetoterapii, światłolecznictwa, laseroterapii.

(akta kontroli str. 96-103, 375-391)

1.8. b) W wykazie środków trwałych na Oddziale ujęto 85 pozycji. W wyniku badania 17 urządzeń⁸¹, w tym 13 ujętych w umowie z NFZ stwierdzono, że były one sprawne i posiadały na dzień kontroli (5 sierpnia 2021 r.) aktualny przegląd techniczny potwierdzający ich sprawność oraz zgodność z normami i założeniami producenta. Przy czym dla wszystkich urządzeń przeglądy przeprowadzono po upływie terminu, co szczegółowo opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 96-103, 392-397)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1) W obowiązujących w okresie objętym kontrolą (2017-2021) Regulaminach Organizacyjnych Szpitala oraz w aktualnym wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą⁸² wpisano poradnię geriatryczną (przy ulicy Bony 1/3), pomimo nieświadczenia usług w tym zakresie (nieprowadzenia takiej poradni).

Zgodnie z art. 107 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej⁸³ podmiot wykonujący działalność leczniczą, wpisany do rejestru jest obowiązany zgłaszać organowi prowadzącemu rejestr wszelkie zmiany danych objętych rejestrem w terminie 14 dni od dnia ich powstania.

Jak wyjaśnił Dyrektor: *Poradnia geriatryczna nie została wykreślona z Regulaminu Organizacyjnego Szpitala oraz Rejestru Wojewody mimo, iż nie wykonuje świadczeń zdrowotnych, ponieważ zarejestrowanie komórki organizacyjnej wymaga długotrwałych procedur (m.in. opinie - Rady Społecznej, Rady Miasta, Sanepidu), a Szpital oczekiwał na ogłoszenie przez NFZ konkursu ofert na świadczenia AOS w zakresie geriatry, aby złożyć ofertę i starać się o zawarcie kontraktu. Szpital informował NFZ o planach w tym zakresie zarówno pisemnie jak i w rozmowach telefonicznych. Potrzebę uruchomienia działalności Poradni Geriatrycznej wskazywał również Konsultant Wojewódzki w dziedzinie geriatry, któremu również problem z zakontraktowaniem i uruchomieniem Poradni geriatrycznej był wielokrotnie zgłaszany. Przez kolejne lata do chwili obecnej Fundusz nie ogłosił postępowania konkursowego, przedłuża jedynie już istniejące umowy w AOS. Nie jest określona data ogłoszenia postępowania konkursowego, pozostajemy więc w gotowości przystąpienia do konkursu i złożenia swojej oferty, gdyby NFZ takie postępowanie ogłosił.*

(akta kontroli str. 11, 96-143, 248-255)

NIK wskazuje, iż zarówno Regulamin Organizacyjny jak i rejestr winny stanowić, w szczególności dla pacjenta, rzetelne źródło informacji o zakresach udzielanych świadczeń, a dokument, w którym ujmowana była poradnia, faktycznie niedziałająca, takiego wymogu nie spełnia.

⁸¹ Pompa strzykawkowa, trzy kardiomonitory, sześć pomp infuzyjnych, defibrylator, łóżko szpitalne, aparat EKG, łóżko szpitalne elektryczne, spirometr, inhalator pneumatyczny oraz pompa infuzyjna strzykawkowa.

⁸² Lp. 128 w <https://rpwdl.csioz.gov.pl/>, gdzie na dzień kontroli (27 lipca 2021 r.) wpisano datę rozpoczęcia działalności (31 października 2011 r.), natomiast brak jest wpisów dot. jej czasowego zaprzestania lub zakończenia.

⁸³ Dz. U. z 2021 r. poz. 711.

2) W wyniku badania⁸⁴ przeprowadzania oceny geriatrycznej 15 pacjentów w wieku 65+ stwierdzono, że w 13 przypadkach⁸⁵ (87%) w dokumentacji medycznej odnotowano przeprowadzenie takiego badania, natomiast dla pozostałych dwóch pacjentów⁸⁶ (13%) nie odnotowano.

Zgodnie z wprowadzoną 1 czerwca 2016 r. Procedurą Geriatryczną PG/01 Ocena Geriatryczna Pacjenta, należało ją przeprowadzać u każdego pacjenta w wieku powyżej 60 roku życia.

Zgodnie z § 6a rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych świadczeniodawca udzielający świadczeń w trybie hospitalizacji i hospitalizacji planowej jest obowiązany do opracowania i wdrożenia procedury oceny geriatrycznej pacjenta, z wyjątkiem oddziałów szpitalnych o profilu pediatrycznym, neonatologicznym oraz położniczo-ginekologicznym.

Jak wyjaśnił Dyrektor: (...) Szpital opracował i wdrożył Procedurę geriatryczną PG/01 Ocena geriatryczna. Jak odnotowano w wykonanym podczas kontroli badaniu w 2 przypadkach nie została zastosowana procedura oceny geriatrycznej pacjenta. Działania niezgodne z procedurą wystąpiły w oddziałach urologicznym (1), chirurgii urazowo-ortopedycznej (1). Ocena geriatryczna nie została dokonana z powodu niedopatrzenia lekarza przyjmującego pacjenta. Dołożymy wszelkich starań aby takie sytuacje nie miały miejsca.

(akta kontroli str. 12-46, 96-103)

3) Na 40 łóżek szpitalnych na Oddziale liczba zatrudnionych pielęgniarek powinna odpowiadać 24 etatom⁸⁷, podczas gdy ich liczba wynosiła na dzień 31 grudnia 2018 r. i 2019 r. odpowiednio 21,66 i 18,49 etatów przeliczeniowych, a w sierpniu 2019 r. 18,0 etatu.

Jak wyjaśnił Dyrektor: Ustalając wskaźniki zatrudnienia w oddziale geriatrycznym brane są pod uwagę normy zatrudnienia wynikające z przepisów, a także potrzeby oddziału, uzyskane wskaźniki wykorzystania łóżek oraz warunki organizacyjne i lokalowe. Odpowiednia liczba personelu zmniejsza ryzyko wystąpienia błędów medycznych oraz zdarzeń niepożądanych. Od dłuższego czasu występują problemy w pozyskaniu kadry pielęgniarskiej. Widoczna jest narastająca fala uzasadnionych zwolnień lekarskich oraz liczna grupa pielęgniarek, która odchodzi na emeryturę. Środowisko pielęgniarskie boryka się z brakiem zastępowalności pokoleń. Istotnym aspektem w naborze personelu pielęgniarskiego jest nasilająca się konkurencja między pracodawcami, gdzie rolę w pozyskaniu i utrzymaniu pracownika odgrywają warunki płacowe. Aktualnie „normą” jest, że pielęgniarki pracują w kilku podmiotach leczniczych. W związku z tym Szpital, aby spełnić wymagane normy zaplanował zatrudnienie pielęgniarek. Brak ofert na pracę w ramach etatu wymusił zatrudnienie na umowę zlecenie. Rok 2019 był wyjątkowo trudnym jeśli chodzi o spełnienie wymaganych norm w oddziale geriatrycznym tj. 0,6 etatu na łóżko szpitalne. W tym czasie w Szpitalu 46 pielęgniarek rozwiązało umowę o pracę, a zatrudniono tylko 25, przełożyło się to również na oddział geriatryczny, gdzie mimo usilnych starań (m.in. ogłoszenie na stronie internetowej Szpitala oraz w Biuletynie Pielęgniarki i Położnej), stan zatrudnienia nie osiągnął wymaganej normy. W związku z trwającą pandemią, w badanym czasie (stan 31.12.2020) oraz do końca września 2021

⁸⁴ Badaniem objęto 15 losowo wybranych pacjentów 65+ spośród 1 035 przyjętych do Szpitala, na oddziały inne niż geriatryczny, w czerwcu 2021 r. (ostatnim miesiącu przed rozpoczęciem czynności kontrolnych).

⁸⁵ Na Oddziałach: Chirurgicznym Ogólnym, Neurologicznym, Gruźlicy i Chorób Płuc, Urologicznym oraz Chorób Wewnętrznych.

⁸⁶ Na Oddziałach: Urologicznym oraz Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej.

⁸⁷ Zgodnie z normami zawartymi w załączniku nr 3 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych w szpitalach 0,6 pielęgniarki na jedno łóżko.

Szpital jest zwolniony z obowiązku zapewnienia kadry pielęgniarskiej zgodnie z ustalonymi normami. (...).

(akta kontroli str. 260-374, 585-588)

Zdaniem NIK niespełnianie norm w zakresie zatrudnienia niezbędnej liczby pielęgniarek może skutkować pogorszeniem jakości opieki na Oddziale.

4) W wyniku badania 17 urzędzeń⁸⁸, w tym 13 ujętych w umowie z NFZ stwierdzono, dla wszystkich urzędzeń przeglądy przeprowadzono po upływie terminu. W okresie objętym kontrolą (od 2017 r. do dnia kontroli⁸⁹) na 52 wykonane przeglądy 30 przeprowadzono po ustalonym terminie (od 12 do 487 dni, średnio 118 po terminie). Najdłużej bez przeglądu (487 dni) było łóżko szpitalne.

Jak wyjaśnił Dyrektor: W okresie od marca 2020 przeglądy techniczne nie były wykonywane terminowo, z uwagi na rozwój pandemii COVID-19. Zgodnie z Ustawą z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19⁹⁰, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych, terminy badań zostały przedłużone o okres 6 miesięcy. W pozostałych przypadkach, wykonywanie przeglądów okresowych po upływie terminów ich ważności, spowodowane było brakiem ciągłości umów na wykonywanie przeglądów technicznych z powodu braku ofert przetargowych oraz nieterminowe wywiązywanie się wykonawców z zawartych umów. Sprzęt bez ważnego przeglądu technicznego nie był użytkowany. Łóżka Solido 2s nie były używane w czasie, gdy nie miały ważnego przeglądu technicznego.

(akta kontroli str. 96-103, 393-397)

Zdaniem NIK, brak ciągłości umów z podmiotami wykonującymi przeglądy okresowe nie stanowi usprawiedliwienia dla ich przeprowadzania po terminie, lecz jedynie świadczy dodatkowo o złej organizacji pracy działu technicznego odpowiedzialnego za ich przeprowadzanie.

OCENA CZĄSTKOWA

Proces udzielania świadczeń dotyczących geriatry został zorganizowany prawidłowo. Jedną z komórek organizacyjnych MSZ był 40 łóżkowy Oddział. Szpital zakwalifikował się do sieci, przy czym liczba łóżek przed przystąpieniem do sieci wynosiła 34, a po przystąpieniu wzrosła do 40. W Szpitalu przygotowano i wprowadzono procedurę oceny geriatrycznej pacjenta oraz wprowadzono procedury dotyczące opieki nad pacjentami geriatrycznymi, a stosowane w nim standaryzowane skale mierzące były zalecane w Standardach. W zakresie zatrudnienia zapewniono niezbędną liczbę lekarzy, rehabilitantów i psychologa. Pomieszczenia Oddziału spełniały wymagania wynikające z przepisów prawa, natomiast nie odpowiadały w pełni zaleceniom zawartym w Standardach. Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły nierzetelnych danych w Regulaminie i rejestrze, nieprzeprowadzania oceny geriatrycznej wobec wszystkich pacjentów w wieku 65+, niespełnienia wymaganej liczby zatrudnienia pielęgniarek na Oddziale oraz przeprowadzania przeglądów urzędzeń po terminie.

⁸⁸ Pompa strzykawkowa, trzy kardiomonitory, sześć pomp infuzyjnych, defibrylator, łóżko szpitalne, aparat EKG, łóżko szpitalne elektryczne, spirometr, inhalator pneumatyczny oraz pompa infuzyjna strzykawkowa.

⁸⁹ 5 sierpnia 2021 r.

⁹⁰ Dz. U. z 2020 r. poz. 1842, zwana dalej ustawą w sprawie COVID-19.

2. Realizacja świadczeń z zakresu geriatry

2.1.a. Harmonogramy przyjęć⁹¹ prowadzone były w Szpitalu w wersji elektronicznej i zawierały dane zawarte w art. 19a ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych zdrowotnych⁹², a listy oczekujących (stanowiące ich część) zawierały elementy określone w art. 20 ust. 2 ww. ustawy⁹³. Analiza⁹⁴ harmonogramów z lat 2017-2021 wykazała, że czas oczekiwania na przyjęcie nie przekraczał 60 dni poza trzema przypadkami⁹⁵, przy czym w harmonogramach z grudnia 2020 r. oraz z 2021 r. wynosił 0 dni. Jak wyjaśnił Dyrektor: *Generalnie czas oczekiwania na przyjęcie do oddziału geriatrycznego nie przekracza 60 dni. Wymienione 3 przypadki przekraczające ten czas, z informacji oddziału, wyniknęły z indywidualnych próśb rodziny pacjenta o wyznaczenie późniejszego terminu przyjęcia.*

(akta kontroli str. 404-435, 585-588)

2.1.b. Szpital przekazywał⁹⁶ harmonogramy wraz z listami oczekujących na przyjęcie na Oddział do NFZ w terminie⁹⁷ za wyjątkiem czterech, które przekazano: 22 lutego 2018 r. (za styczeń i grudzień 2017 r. oraz za styczeń 2018 r.) i 6 września 2021 r. (za styczeń 2021 r.). Jak wyjaśnił Dyrektor: *Harmonogramy wraz z listami oczekujących przesyłane są do NFZ zawsze w terminie do 10 dnia kolejnego miesiąca, za poprzedni miesiąc. W przypadku otrzymania informacji w formie telefonicznej z NFZ, że ilość pacjentów wykazanych jest niepoprawna weryfikujemy te informacje wraz z Oddziałem/Poradnią, której to dotyczy. W przypadku uzupełnienia brakującego pacjenta kolejki są ponownie eksportowane do NFZ. System udostępnia datę ostatniej wysyłki. W związku z powyższym termin ostatniego eksportu kolejek jest późniejszy.*

(akta kontroli str. 436, 607-611)

2.1.c. Badaniem⁹⁸ przyjęć na Oddział (przestrzegania zasad ustalania kolejności dostępu do świadczeń geriatrycznych) objęto 40 losowo wybranych pacjentów. Ww. pacjenci posiadali skierowania wydane w okresie od 4 maja 2017 r. do 3 sierpnia 2020 r.⁹⁹ i byli wpisywani na listę oczekujących od 10 maja 2017 r. do 4 sierpnia 2020 r., a przyjmowani od 2 czerwca 2017 r. do 5 sierpnia 2020 r. Liczba dni oczekiwania wynosiła od 1 do 63. Średni czas oczekiwania wynosił 27 dni. Dla 20 pacjentów z lat 2017-2019 czas oczekiwania wynosił od 1 do 63 dni (średnio 36 dni), a z 2020 r. od 1 do 28 dni (średnio 18 dni). W wyniku badania stwierdzono, że w jednym przypadku¹⁰⁰ pacjent zakwalifikowany jako przypadek stabilny został przyjęty na Oddział po 1 dniu oczekiwania¹⁰¹, pomimo że inne

⁹¹ Zawierały następujące dane: Lp., Jednostka, Harmonogram, Nr w Księdze, Nazwisko i Imiona, PESEL / Ident., Adres, Telefon, Data wpisu, Osoba rejestrująca / modyfikująca, Planowany lekarz, Kod Ministerialny, Planowana data, Planowana jednostka, Rozpoznanie ze skierowania, NPWZ lekarza kwalifikującego, Data dezaktywacji, Powód dezaktywacji, Czas oczekiwania, Kategoria medyczna, Kod harmonogramu, Kod oczekiwanej procedury, Rozpoznanie z wpisu, Planowana procedura, Numer pacjenta w harmonogramie, Kategoria wpisu, Uwagi, Historia zmian terminu.

⁹² Dz. U. z 2021 r. poz.1285 ze zm.

⁹³ M.in. numer kolejny, datę i godzinę wpisu, imię i nazwisko świadczeniobiorcy, numer PESEL, rozpoznanie lub powód przyjęcia, adres świadczeniobiorcy, numer telefonu lub oznaczenie innego sposobu komunikacji ze świadczeniobiorcą lub jego opiekunem, dane dotyczące terminu udzielenia świadczenia oraz datę i przyczynę skreślenia świadczeniobiorcy z prowadzonej przez siebie listy oczekujących na udzielenie świadczenia.

⁹⁴ Szczegółową analizą objęto harmonogramy z stycznia i grudnia każdego roku z wyjątkiem roku 2021, dla którego analizowano harmonogramy ze stycznia i lipca.

⁹⁵ 77, 68 i 63 dni (wszystkie trzy przypadki ujęto zarówno w harmonogramie z grudnia 2017 r. jak i ze stycznia 2018 r.).

⁹⁶ Badaniem w tym zakresie objęto dziesięć list, tj. listy ze stycznia i grudnia każdego roku objętego kontrolą (2017-2021) z wyjątkiem roku 2021 dla którego analizowano listy ze stycznia i lipca.

⁹⁷ Do 10 dnia miesiąca następującego po terminie sprawozdawczym.

⁹⁸ Badaniem objęto 40 losowo wybranych pacjentów, w tym 20 wpisanych na listę w latach 2017-2019 oraz 20 w latach 2020-2021.

⁹⁹ W 2021 roku czas oczekiwania wynosił 0 dni.

¹⁰⁰ Nr Księgi Głównej 2017/14388.

¹⁰¹ Pacjent został wpisany na listę 10 maja, a przyjęty na oddział 11 maja 2017 r.

przypadki stabilne przyjęte na oddział przed i po ww. pacjencie oczekiwały 27 i 37 dni, a objęty badaniem inny pacjent wpisany na listę w tym samym dniu¹⁰² oczekiwał 23 dni.

Ponadto stwierdzono, że trzech pacjentów¹⁰³ zakwalifikowanych jako przypadki pilne zostało przyjętych na Oddział odpowiednio po 21, 22 i 21 dniach. Pierwszy z nich był wpisany na listę¹⁰⁴ dzień po pacjencie również objętym badaniem i zakwalifikowanym jako pilny¹⁰⁵, który oczekiwał tylko cztery dni. Drugi¹⁰⁶ i trzeci¹⁰⁷ z ww. pacjentów zostali przyjęci po podobnym okresie oczekiwania (22 dni), jak pacjent¹⁰⁸ (objęty badaniem) zakwalifikowany jako stabilny.

W przypadku czterech¹⁰⁹ objętych badaniem pacjentów zakwalifikowanych jako przypadki stabilne stwierdzono znaczne rozbieżności w czasie oczekiwania na przyjęcie na Oddział. Ww. pacjenci byli przyjmowani po upływie, odpowiednio: 70, 39, 39 i 23 dni od daty wpisania na listę. Podobna sytuacja wystąpiła w przypadku czterech pacjentów¹¹⁰ z 2020 r. (stan stabilny¹¹¹), których przyjmowano odpowiednio po 26, 22, 5 i 21 dniach. Jak wyjaśnił Dyrektor: *Długość oczekiwania na przyjęcie do oddziału geriatrycznego zależy od dostępności wolnych łóżek w oddziale, zdarzają się okresy, w których oddział jest zapełniony w całości i wtedy pacjenci planowi oczekują na przyjęcie dłużej, a w sytuacji, gdy są wolne łóżka czas oczekiwania na przyjęcie jest krótszy. Przyczyną różnic w okresach oczekiwania są także ustalenia z rodzinami pacjentów, ponieważ niektórzy pacjenci i ich rodziny ustalają termin przyjęcia do oddziału geriatrycznego znacząco wcześniej, często na prośbę rodziny ustala się odległy termin przyjęcia mimo wolnych łóżek. Zdarza się, że pacjent ze skierowania w trybie pilnym miałby wyznaczony termin wcześniejszy ale ze względu na potrzebę załatwienia spraw rodzinnych lub innych świadczeń zdrowotnych o ile pozwala na to stan zdrowia pacjenta, na jego lub rodziny prośbę ma wyznaczony późniejszy termin przyjęcia na oddział. Zdarza się, że pacjent ze skierowania stabilny w ocenie lekarza geriatry po zebraniu wywiadu chorobowego zmienia się w przypadek pilny i jeśli jest dostępne łóżko zostaje przyjęty nawet następnego dnia. W/w sytuacja miała miejsce w przypadku pacjenta badanego (KG.2017/14388). Przyjęty 94 letni pacjent był w stanie ciężkim wymagał natychmiastowego leczenia, nie mógł oczekiwać na przyjęcie w trybie planowym.*

(akta kontroli str. 404-434, 607-611)

2.2. i 2.3. Szpital powiadomił¹¹² NFZ o wstrzymaniu przyjęć pacjentów do Oddziału od 28 września 2020 r. z powodu ogniska epidemicznego COVID-19 oraz o wznowieniu przyjęcia pacjentów¹¹³ od dnia 24 października 2020 r. (w Szpitalu Oddziału Gruźlicy i Chorób Płuc przekształcono na Oddział Covidowy). Jak wyjaśnił Dyrektor: *W ww. okresie brak było pacjentów oczekujących na przyjęcie w trybie planowym.*

(akta kontroli str. 96-103, 217-219)

¹⁰² Nr Księgi Głównej 2017/16812.

¹⁰³ Nr księgi 2017/17246, 2017/17478 oraz 2017/17470.

¹⁰⁴ Pacjent został wpisany na listę 16 maja, a przyjęty na oddział 6 czerwca 2017 r.

¹⁰⁵ Nr Księgi Głównej 2017/15275.

¹⁰⁶ Pacjent został wpisany na listę 17 maja, a przyjęty na oddział 8 czerwca 2017 r.

¹⁰⁷ Pacjent został wpisany na listę 18 maja, a przyjęty na oddział 8 czerwca 2017 r.

¹⁰⁸ Pacjent nr KG 2017/17367 wpisany 16 maja 2017 r., a przyjęty na oddział 7 czerwca 2017 r.

¹⁰⁹ Nr KG 2019/21955, 2019/18533, 2019/18934 oraz 2019/1744.

¹¹⁰ Nr KG 2020/2852, 2020/3043, 2020/1541 oraz 2020/3457.

¹¹¹ Wpisani na listę odpowiednio 3, 9, 11 i 14 stycznia 2020 r.

¹¹² Pismem nr MSZ.DLS.8043-42/2020 z 29 września 2020 r.

¹¹³ Pismem nr MSZ.DLS.8043-42-2/2020 z 26 października 2020 r.

2.4. W dokumentacji medycznej¹¹⁴ pacjentów geriatrycznych we wszystkich przypadkach znajdowały się zapisy lub oświadczenia zgodne z § 8 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania¹¹⁵, uchylonego z dniem 15 kwietnia 2020 r. Po tej dacie obowiązywało rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania¹¹⁶. Ponadto dokumentacja we wszystkich przypadkach zawierała m.in.: kartę indywidualnej opieki prowadzonej przez pielęgniarkę, karty obserwacji, karty gorączkowe, karty zaleceń lekarskich, wyniki badań diagnostycznych oraz karty informacyjne z leczenia szpitalnego i wypisy ze szpitala. W czterech przypadkach, w których przeprowadzono konsultacje specjalistyczne¹¹⁷ w dokumentacji znajdowały się ich wyniki.

(akta kontroli str. 437-521)

2.5. Liczba pacjentów 65+ zmarłych na SOR w latach 2017-2021 (I kwartał) wynosiła odpowiednio: 58 (co stanowiło 73% wszystkich pacjentów zmarłych na SOR), 85 (81%), 73 (75%), 116 (76%) oraz 36 (69%). Znaczący wzrost liczby zgonów na SOR w okresie pandemii COVID-19 Dyrektor uzasadnił: *Okres pandemii spowodował, że pacjenci zwłaszcza starsi, wymagający hospitalizacji, w obawie przed zakażeniem koronawirusem, zbyt długo zwlekali ze zgłoszeniem się do szpitala lub wezwaniem karetki pogotowia ratunkowego, co sprawiło, że trafiali do szpitala w stanie bardzo ciężkim i pomoc w wielu przypadkach okazywała się nieskuteczna. Wpływ na wzrost liczby zgonów miała także sama pandemia gdyż przyczyną zgonów wielu pacjentów była choroba Covid -19.*

(akta kontroli str. 529, 607-611)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

OCENA CZĄSTKOWA

Szpital prawidłowo realizował świadczenia z zakresu geriatry, prowadzono harmonogramy przyjęć i listy oczekujących, które przekazywano do NFZ. Ograniczono co prawda dostęp do świadczeń w okresie epidemii, jednak było to uzasadnione i prawidłowo powiadomiono o powyższym NFZ. Dokumentacja medyczna pacjentów prowadzona była prawidłowo.

OBSZAR

3. Efekty opieki geriatrycznej – dla pacjentów

Opis stanu
faktycznego

3.1. Rozwiązania organizacyjne na Oddziale zabezpieczały udzielanie świadczeń medycznych pacjentom w podeszłym wieku, tj. m.in. zabezpieczono dostęp do windy, korytarze były wyposażone w poręcze, w miejscach przebywania chorych znajdował się sprawny system przywoławczy, a ulokowanie dyżurki pielęgniarskiej (w centrum Oddziału) pozwalało na obserwację sal chorych.

(akta kontroli str. 375-391)

3.2. Na Oddziale¹¹⁸ zatrudniono ordynatora¹¹⁹, który posiadał specjalizację w dziedzinie geriatry, dwunastu lekarzy (na 6,7 etatu przeliczeniowego), w tym 4 ze specjalizacją w dziedzinie geriatry¹²⁰ (na 1,4 etatu przeliczeniowego) oraz

¹¹⁴ Badanie przeprowadzono na próbie losowo wybranych dokumentacji 30 pacjentów hospitalizowanych w latach 2017-2020, w tym 10 hospitalizowanych w 2020 r. (w okresie epidemii COVID-19).

¹¹⁵ Zwane dalej: *rozporządzeniem w sprawie dokumentacji medycznej*. Dz. U. poz. 2069.

¹¹⁶ Dz.U. poz. 666, ze zm.

¹¹⁷ Po dwie konsultacje dermatologiczne i chirurgiczne.

¹¹⁸ Wg stanu na dzień 31 grudnia 2020 r.

¹¹⁹ Na umowę o pracę.

¹²⁰ Wszyscy na umowy cywilnoprawne.

20 pielęgniarek (na 18,5 etatu przeliczeniowego), w tym dwie ze specjalnością pielęgniarstwa geriatrycznego¹²¹ oraz dwie opieki długoterminowej¹²², trzech fizjoterapeutów¹²³ (na trzech etatach) i jednego psychologa¹²⁴ (na 0,5 etatu przeliczeniowego).

Zgodnie z zaleceniami zawartymi w Standardach w skład zespołu geriatrycznego oddziału geriatrycznego wchodzi:

- ordynator – lekarz mający specjalizację w dziedzinie geriatryi;
- lekarz, minimum jeden na osiem łóżek (po upływie maksimum trzech lat od powołania oddziału geriatrycznego wymagane jest zatrudnienie, co najmniej jednego lekarza mającego specjalizację w dziedzinie geriatryi albo lekarza, który ukończył, co najmniej rok specjalizacji w dziedzinie geriatryi);
- pielęgniarka (z tytułem specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego lub z tytułem specjalisty w dziedzinach pielęgniarstwa rodzinnego, zachowawczego, psychiatrycznego, neurologicznego, paliatywnego i opieki długoterminowej albo w trakcie odbywania tych specjalizacji, jak również pielęgniarka po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinach pielęgniarstwa rodzinnego, zachowawczego lub opieki długoterminowej)– minimum jedna na dwa łóżka lub jedna na trzy łóżka, o ile dodatkowo zatrudniony jest opiekun medyczny (minimum jeden na siedem łóżek);
- magister rehabilitacji lub fizjoterapii – minimum jeden na 20 łóżek; a dodatkowo fizjoterapeuta, o którym mowa w pkt 2.3 Standardów postępowania w opiece geriatrycznej - minimum jeden na 40 łóżek;
- psycholog, co najmniej równoważnik 1/2 etatu przeliczeniowego na 20 łóżek.

Standardów nie spełniono w zakresie liczby pielęgniarek i psychologa, a w przypadku lekarzy posiadających specjalizację z geriatryi na umowę o pracę na oddziale zatrudniony był tylko ordynator.

Jak wyjaśnił Dyrektor: *Standardy postępowania w opiece geriatrycznej, opracowane przez powołany przez Ministra Zdrowia Zespół do Spraw Gerontologii, stanowią źródło wiedzy w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych na rzecz pacjentów w podeszłym wieku, ich zastosowanie ma na celu poprawę jakości opieki nad pacjentem geriatrycznym. Dostosowanie Oddziału geriatrycznego do rekomendacji i wytycznych zawartych w Standardach postępowania w opiece geriatrycznej, w sytuacji trudności finansowych Szpitala nie jest w pełni możliwe. Szpital nie tylko ze względu na trudną sytuację finansową ale także kadrową nie był i nie jest w stanie zatrudnić do oddziału geriatrycznego pracowników w takiej liczbie jaka wynika z zaleceń wskazanych w Standardach. (...).*

(akta kontroli str. 281-292, 607-611)

3.3. Na Oddziale prowadzono standardy postępowania¹²⁵. Zgodnie z dokumentacją medyczną pacjentów we wszystkich przypadkach (za wyjątkiem jednego z stycznia 2017 r.) stosowano skalę VES-13. Jak wyjaśnił Ordynator Oddziału¹²⁶: *Brak karty badania VES wynika najprawdopodobniej z jej zagubienia. Wypełnienie skali VES jest obowiązkiem lekarza przyjmującego i ordynator każdorazowo sprawdza jej wypełnienie.*

(akta kontroli str. 522-528)

¹²¹ Na umowę o pracę.

¹²² Na umowy cywilnoprawne.

¹²³ Na umowę o pracę.

¹²⁴ Na umowy cywilnoprawne.

¹²⁵ Badanie przeprowadzono na próbie losowo wybranych dokumentacji 30 pacjentów hospitalizowanych w latach 2017-2020, w tym 10 hospitalizowanych w 2020 r. (w okresie epidemii COVID-19).

¹²⁶ Dalej: *Ordynator*.

Jak wyjaśnił Ordynator, Pacjenci byli kwalifikowani do rehabilitacji, badania psychologicznego lub procedury COG w trybie wspólnych ustaleń (konsultacji) pomiędzy ordynatorem lub lekarzem prowadzącym z jednej strony, a rehabilitantem lub psychologiem z drugiej strony.

Procedurę COG zastosowano jedynie u sześciu (20% objętych badaniem) pacjentów, gdyż zdaniem Ordynatora: *Wykonanie Całościowej Oceny Geriatrycznej nie jest możliwe ani celowe u wszystkich pacjentów. Wykonanie w/w badania jest celowe i wskazane wyłącznie u pacjentów, którzy mogą odnieść z jej wykonania korzyści, którzy to pacjenci, to wynika z uzgodnień między lekarzem, psychologiem i fizjoterapeutą (...).*

Podobnie mała liczba pacjentów korzystała z pomocy psychologa i fizjoterapeuty. W przypadku fizjoterapeuty było to 13 (43%) pacjentów, natomiast psychologa ośmiu (27%). Jak wyjaśnił Ordynator: *Proporcja pacjentów objętych postępowaniem rehabilitacyjnym i badaniem psychologicznym nie może być odgórnie narzucona. Wynika to z tego, że nie wszyscy pacjenci odnoszą korzyść z rehabilitacji, nie u każdego jest wykonane badanie psychologiczne. (...) pacjenci są kwalifikowani do rehabilitacji i badania psychologicznego w drodze konsultacji pomiędzy lekarzem a fizjoterapeutą lub psychologiem. Do wdrożenia w/w procedury kwalifikowani są pacjenci, którzy mogą odnieść z niej korzyść. W związku z tym do rehabilitacji nie są kwalifikowani np. pacjenci z silnymi bólami układu kostno-stawowego czy będący w fazie ostrej chorób takich jak niewydolność krążenia lub niewydolność wieńcowa lub sepsa. Badanie psychologiczne jest niecelowe u pacjentów z głębokim zespołem otępiennym. Dlatego proporcje pacjentów rehabilitowanych i badanych przez psychologa do ogółu pacjentów odzwierciedla aktualny stan pacjentów na oddziale.*

(akta kontroli str. 522-528)

We wszystkich przypadkach w historii choroby odnotowano istotne informacje o przebytych procesie leczenia. W przypadku 19 pacjentów (63% objętych badaniem) stwierdzono, że byli oni ponownie przyjmowani do szpitala po upływie od 0 do 933 dni średnio 146 dni.

(akta kontroli str. 522-524)

Niewielką liczbę pacjentów (czterech - 13% objętych badaniem) objęto poradami (konsultacjami) specjalistów, co Ordynator wyjaśnił: *Konsultacje specjalistyczne były zlecane pacjentom według wskazań lekarskich. Nie ma konieczności zlecenia konsultacji specjalistycznych u 100% hospitalizowanych pacjentów. Żadnemu z badanych pacjentów nie wystawiono skierowania do specjalisty, co Ordynator uzasadnił: Niewystawianie skierowań do specjalistów wynikało z faktu, że praktycznie wszyscy pacjenci Oddziału Geriatrycznego są już leczeni w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej. Prawie wszyscy pacjenci tegoż oddziału są obciążeni wielochorobowością, a to skutkuje wcześniejszym długotrwałym, często wieloletnim leczeniem w poradniach specjalistycznych i wystawienie kolejnych skierowań nie jest konieczne.*

(akta kontroli str. 522-528)

Ponadto Ordynator wyjaśnił: *W zakresie postępowania związanego z problemami geriatrycznym edukacją byli objęci pacjenci, ich rodziny i opiekunowie. Odbłyło się to ustnie w ramach informacji o stanie pacjentów udzielanych przez ordynatora, poprzez rozmowy i wskazówki udzielane rodzinom i opiekunom przez pielęgniarkę oddziałową oraz pielęgniarkę odcinkową. Na wypisie ze szpitala, w epikryzie i zaleceniach do domu umieszczane były wskazówki dotyczące dalszego*

postępowania. Poza tym wśród pacjentów, ich rodzin oraz opiekunów rozdawane były materiały edukacyjne. Natomiast w kwestii zmniejszenia liczby stosowanych przez pacjentów leków Ordynator stwierdził: *Oczywiście, jednym z celów hospitalizacji w tutejszym oddziale jest unikanie polipragmazji, czyli stosowanie nadmiernej ilości leków w celu uniknięcia szkodliwych interakcji między nimi. Weryfikacja odbywa się dwustopniowo - pierwszy etap na miejscu po przyjęciu, a następnie przy wypisie analizowana jest możliwość jeszcze zmniejszenia ilości leków.*

(akta kontroli str. 522-528)

3.4. Szpital w każdym roku, za wyjątkiem roku 2020 (jak wyjaśnił Dyrektor z uwagi na sytuację epidemiczną), przeprowadzał badania satysfakcji pacjenta w oddziałach szpitalnych, w tym w Oddziale geriatrycznym. W ostatnim badaniu z lutego 2021 r. udział wzięło 50 pacjentów Szpitala przy ul. Bony 1/3 (w którym znajduje się Oddział) którzy m.in. kontakt z lekarzem określili jako bardzo dobry (66%), dobry 34%, reagowanie na potrzeby pacjenta (również psychologiczne) i jakość opieki 60% bardzo dobry, 40% dobry. Jako słabe strony szpitala podano: toalety na korytarzu, niedobre i zimne posiłki, brak internetu oraz wygląd oddziałów.

(akta kontroli str. 220-247)

3.5. Szpital (Oddział) współpracował ze specjalistami różnych dyscyplin medycznych¹²⁷, oraz instytucjami pomocy społecznej. Jak wyjaśnił Ordynator: *Pracownicy Oddziału współpracowali i współpracują z wieloma placówkami zewnętrznymi. W trakcie pobytu pacjenta w oddziale, w razie konieczności wykonania konsultacji specjalistycznych lekarze specjaliści z placówek zewnętrznych (poradni specjalistycznych, z którymi zawarta jest umowa świadczenia usług) po uzgodnieniu telefonicznym przyjeżdżają do pacjentów w celu odbycia konsultacji. Z chwilą wypisu do domu pacjenta wymagającego dalszej opieki podejmowany jest kontakt z pracownikiem socjalnym Szpitala oraz z wieloma placówkami opieki społecznej takimi jak: Zakład Opiekuńczo Lecznicy, Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej, Gminne Ośrodki Pomocy Społecznej, Fundacja Adullam, Schronisko dla bezdomnych Agape, Zakład Ubezpieczeń Społecznych i inne w celu przekazania wiadomości o potrzebach opiekuńczych pacjenta. Zasady współpracy nie zostały dokładnie określone, ponieważ nie było to dotychczas konieczne. Wg mojej oceny współpraca ta była dogodna dla pacjenta.*

Współpraca z konsultantem wojewódzkim w dziedzinie geriatryki zdaniem Ordynatora nie przyniosła efektów, co uzasadnił on następująco: *Z uprzednim konsultantem wojewódzkim p. dr Jarosławem Derejczykiem współpraca była bardzo owocna. Dr Derejczyk organizował szkolenia, konferencje, utrzymywał kontakt telefoniczny i mailowy. Corocznie wymagał wypełnienia wyczerpującej ankiety na temat funkcjonowania oddziału m.in. ilości pacjentów, ilości badań, posiadany sprzęt, aktualne problemy itd.). Z obecnym konsultantem wojewódzkim był nawiązany jedynie jednorazowy kontakt telefoniczny na wiosnę tego roku (w czasie trzeciej fali pandemii). Chodziło o informacje, czy nasz oddział został przekształcony w Oddział Covidowy. Innych kontaktów z konsultantem wojewódzkim nie nawiązano z powodu braku aktywności z jego strony.*

(akta kontroli str. 592-606)

¹²⁷ Posiadał podpisane umowy m.in. dot. konsultacji nefrologicznych, toksykologicznych, onkologicznych, otolaryngologii, neurochirurgicznych, hematologii oraz reumatologii.

3.6. W Oddziale w okresie objętym kontrolą przeprowadzono osiem kontroli, w tym siedem przez Państwowy Powiatowy Inspektorat Sanitarny¹²⁸ oraz jedną przez Konsultanta Wojewódzkiego z Geriatrii. Wszystkie zalecenia wynikające z kontroli Inspektoratu zostały zrealizowane. Konsultant w protokole kontroli¹²⁹ zawarł trzy wnioski dotyczące:

- ustalenia zasad współpracy z SOR odnośnie przyjęć pacjentów na Oddział;
- podjęcia starań o zwiększenie liczby lekarzy geriatrów w Oddziale;
- podjęcia starań o uruchomienie poradni geriatrycznej przy Szpitalu.

W przypadku wszystkich wniosków podejmowano działania¹³⁰ jednak nie udało się ich zrealizować. Jak wyjaśnił Dyrektor: *Standardy (...) stanowią źródło wiedzy w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych na rzecz pacjentów w podeszłym wieku, ich zastosowanie ma na celu poprawę jakości opieki nad pacjentem geriatrycznym. (...) Z w/w powodów Szpital nie wprowadził karty kwalifikacji do Oddziału geriatrycznego mimo, iż wnioskował o jej wprowadzenie Konsultant Wojewódzki. Przyjęcia pacjentów w trybie pilnym odbywają się poprzez Szpitalny Oddział Ratunkowy w ilości wcześniej ustalonej z Ordynatorem Oddziału Geriatrycznego (zależnie od dostępności łóżek). Przyjęcia w trybie planowym odbywają się poprzez Izbę Przyjęć, poprzedzone są kwalifikacją Ordynatora Oddziału lub lekarza dyżurnego Oddziału. Podstawą kwalifikacji do pobytu planowego, stanowi skierowanie lekarskie oraz przeprowadzony wywiad chorobowy potwierdzający obecność objawów i schorzeń uzasadniających leczenie w oddziale geriatrycznym. Planujemy usankcjonowanie zasad przyjęć wprowadzeniem zalecanej przez Konsultanta - Karty kwalifikacji pacjenta do oddziału geriatrycznego*

(akta kontroli str. 530-575, 607-611)

3.7. W okresie objętym kontrolą do Szpitala wpłynęła jedna skarga dotycząca Oddziału. Skarga dotyczyła pobicia pacjenta przez drugiego pacjenta z tej samej sali. Skarga została rozpatrzona, a po uzyskaniu wyjaśnień personelu Oddziału udzielono odpowiedzi skarżącemu. Do NFZ wpłynęły jedna skarga, ale nie była rozpatrywana przez NFZ, lecz została przekazana do Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej przy Okręgowej Izbie Lekarskiej w Częstochowie oraz Rzecznika Praw Pacjenta.

(akta kontroli str. 576-584, 589-591)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

OCENA CZĄSTKOWA

W Szpitalu nie wprowadzono rozwiązań organizacyjnych, które uwzględniały zalecenia wynikające ze standardów, w tym w zakresie zatrudnienia dodatkowej kadry medycznej. Jednak prowadzone procedury pozwalały na zabezpieczenie podstawowych potrzeb w zakresie świadczeń geriatrycznych, a zarówno kontrole, skargi, jak i badania satysfakcji pacjenta nie wskazywały nieprawidłowości w tym zakresie. Procedury COG nie stosowano wobec wszystkich pacjentów.

IV. Wnioski

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

¹²⁸ Kontrole dot. po dwie: próbki wody ciepłej na obecność Legionella sp., stanu technicznego i sanitarno-higienicznego obiektu, wykonania wydanych decyzji oraz jedna wydania opinii dla zadania inwestycyjnego.

¹²⁹ Z 4 września 2018 r.

¹³⁰ Prowadzono prace nad wprowadzeniem karty kwalifikacji na Oddział, zamieszczano ogłoszenia o możliwości zatrudnienia lekarza m.in. geriatry w prasie oraz wnioskowano do NFZ o uruchomienie poradni.

1. Dostosowania Regulaminu Organizacyjnego i zapisów w rejestrze do stanu faktycznego w zakresie poradni.
2. Przeprowadzania oceny geriatrycznej wobec wszystkich pacjentów w wieku 65+.
3. Zapewnienia wymaganej liczby pielęgniarek na Oddziale.
4. Zapewnienia przeprowadzania przeglądów urządzeń w wymaganych terminach.

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 Katowicach. Prawo zgłaszania zastrzeżeń, zgodnie z art. 61b ust. 2 ustawy o NIK, nie przysługuje do wystąpienia pokontrolnego zmienionego zgodnie z treścią uchwały w sprawie zastrzeżeń.

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania uwag
i wykonania wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK należy poinformować Najwyższą Izbę Kontroli, w terminie 21 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.

Katowice, dnia 23 września 2021 r.

Kontroler
Wojciech Graca
Gł. specjalista kontroli państwowej

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Katowicach

.....