



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Kielcach

LKI.410.009.04.2021

Paweł Wojtasik
p.o. Dyrektor
Samodzielnego Publicznego Zespołu Zakładów
Opieki Zdrowotnej w Staszowie
ul. 11 Listopada 78
28-200 Staszów

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

P/21/072 – Funkcjonowanie medycznej opieki geriatrycznej

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Staszowie (dalej: Szpital lub SPZZOZ), ul. 11 Listopada 78, 28-200 Staszów.
Kierownik jednostki kontrolowanej	Dyrektorem Szpitala od 13 czerwca 2018 r. jest Marek Tombarkiewicz, który od 15 czerwca 2018 r. przebywa na urlopie bezpłatnym. Pełniącym obowiązki Dyrektora od 15 czerwca 2018 r. jest Paweł Wojtasik, który pełnił te obowiązki również w okresie od 1 listopada 2017 r. do 12 czerwca 2018 r. Poprzednio, do 31 października 2017 r. Dyrektorem Szpitala był Józef Żółciak.
Zakres przedmiotowy kontroli	<ol style="list-style-type: none">1. Organizacja procesu udzielania świadczeń.2. Realizacja świadczeń z zakresu geriatry.3. Efekty opieki geriatrycznej – dla pacjentów.
Okres objęty kontrolą	Lata 2017-2021 (do dnia zakończenia kontroli) 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 ¹ .
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Kielcach.
Kontrolerzy	<ol style="list-style-type: none">1. Kinga Komenda, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LKI/62/2021 z 7 czerwca 2021 r.2. Sławomir Tokarczyk, starszy inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LKI/86/2021 z 26 lipca 2021 r.

(akta kontroli str. 1-7)

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

II. Ocena ogólna² kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

W okresie objętym kontrolą w Szpitalu prawidłowo zorganizowano proces opieki geriatrycznej. W Oddziale Geriatrycznym Szpitala (dalej: Oddział) zatrudniono, we właściwym wymiarze czasu, wykwalifikowany personel lekarski, pielęgniarski, fizjoterapeutę oraz psychologa, spełniający wymagania wynikające z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego³. Także zatrudnienie w Poradni Geriatrycznej (dalej: Poradnia) było zgodne z wymogami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej⁴. W ocenie NIK, wątpliwości budzi czas pracy lekarzy na Oddziale, którzy pracowali nieprzerwanie przez okres ponad 24 godzin (często w wymiarze ponad 30 godzin). Zdaniem NIK, taka organizacja pracy może niekorzystnie wpływać na jakość świadczonej opieki.

Przyjęcia do Oddziału i Poradni odbywały się na bieżąco, o czym Szpital informował Świętokrzyski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia (dalej: NFZ) w raportach dotyczących liczby oczekujących na udzielenie świadczenia. W okresie epidemii COVID-19 podejmowano działania zapewniające pacjentom i pracownikom bezpieczne warunki udzielania świadczeń.

Pacjentom umożliwiono rejestrację elektroniczną oraz udzielanie świadczeń za pomocą systemów teleinformatycznych, jednak osoby starsze nie wykazywały dużego zainteresowania tymi formami kontaktu z placówką.

Pacjentom w podeszłym wieku umożliwiono uzyskanie kompleksowych świadczeń, zgodnie z zaleceniami *Standardów postępowania w opiece geriatrycznej*⁵, w tym dotyczącymi dostępu do rekomendowanych badań oraz zatrudnienia dodatkowego personelu medycznego. Podstawą diagnostyki hospitalizowanych pacjentów w podeszłym wieku była całościowa ocena geriatryczna⁶ (dalej: COG). W celu zapewnienia prawidłowej opieki nad pacjentami geriatrycznymi podjęto wielokierunkową współpracę z lekarzami różnych specjalności, a także instytucjami pomocy społecznej.

Prawidłowo prowadzono dokumentację medyczną pacjentów, poza stwierdzonymi przypadkami niezależania do historii choroby osób hospitalizowanych na Oddziale kart indywidualnej opieki fizjoterapeutycznej, co było niezgodne z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania⁷.

Stwierdzona nieprawidłowość, o charakterze formalnym, dotyczyła również niewskazania w regulaminie organizacyjnym Szpitala zadań poradni specjalistycznych, co było niezgodne z art. 24 ust. 1 pkt 7 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej⁸.

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

³ Dz. U. z 2021 r. poz. 290, ze zm.; dalej: rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych w szpitalach.

⁴ Dz. U. z 2016 r. poz. 357, ze zm.; dalej: rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych w AOS.

⁵ Stanowisko Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego opracowane przez ekspertów Zespołu ds. Gerontologii przy Ministrze Zdrowia, Gerontologia Polska, 2013, tom 21, nr 2, st. 33-47.

⁶ Wielowymiarowy i interdyscyplinarny proces diagnostyczny do określania problemów medycznych, fizycznych, psychicznych i socjalnych starszego pacjenta przez geriatrę wraz z zespołem geriatrycznym, w skład którego wchodzi pielęgniarka, fizjoterapeuta i psycholog, a często również pracownik socjalny

⁷ Dz. U. poz. 666, ze zm.

⁸ Dz. U. z 2021 r. poz. 711, ze zm.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowe⁹ kontrolowanej działalności

OBSZAR

1. Organizacja procesu udzielania świadczeń

Opis stanu faktycznego

SPZZOZ jest podmiotem leczniczym, niebędącym przedsiębiorcą, którego podmiotem tworzącym jest powiat staszowski. Szpital posiadał aktualny wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą¹⁰. Zgodnie z tym wpisem, SPZZOZ prowadził działalność leczniczą od 31 grudnia 1992 r. W okresie objętym kontrolą w Szpitalu funkcjonował m.in. Oddział Geriatryczny¹¹ oraz Poradnia Geriatryczna¹². Dane wykazane w księdze rejestrowej były zgodne z regulaminem organizacyjnym¹³ oraz ze stanem faktycznym. Miejszem udzielania świadczeń były budynki zlokalizowane przy ul. 11 Listopada 78 w Staszowie.

(akta kontroli str. 103-108)

W regulaminach organizacyjnych SPZZOZ obowiązujących w okresie objętym kontrolą¹⁴, stosownie do art. 24 ust. 1 pkt 6 i 7 ustawy o działalności leczniczej, wskazano przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, jednakże zadania realizowane przez poszczególne komórki organizacyjne, określono tylko dla oddziałów szpitalnych (w tym dla Oddziału). Nie określono zadań dla poradni specjalistycznych (w tym dla Poradni), co zostało szerzej opisane w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 22-23, 452-475)

Nadzór nad realizacją udzielania świadczeń z zakresu geriatry w Oddziale sprawował kierownik tego Oddziału. Nadzorował on również działalność Poradni. Zgodnie z obowiązującym regulaminem organizacyjnym Szpitala, zadania dotyczące rozpoznawania, planowania i zabezpieczania potrzeb zdrowotnych pacjentów, a także kontroli funkcjonowania podmiotu przypisano Pełnomocnikowi ds. Zintegrowanego Systemu Zarządzania (wraz z jego zastępcą oraz dwoma Pełnomocnikami ds. Systemu Zarządzania Jakością). Powyższe zadania realizowały również Stałe Zespoły Zadaniowe (Zespół ds. Jakości, Komitet Kontroli Zakażeń, Komitet terapeutyczny, Zespół Profilaktyki Odleżyn, Zespół ds. Analizy Dokumentacji Medycznej, Zespół ds. Zdarzeń Niepożądanych, Zespół ds. Oceny Przyjęć). Efektem działań tych komórek były różnego rodzaju analizy i badania (np. *Analiza badania satysfakcji pacjenta*), na podstawie których podejmowano działania w celu poprawy poziomu świadczonych usług medycznych.

(akta kontroli str. 8-21, 22-32)

Świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych udzielane były w ramach umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia:

1) Umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – leczenie szpitalne nr 13-SZP03/1-11-00200-014¹⁵ wraz z aneksami (w okresie przed przystąpieniem do sieci szpitali) w zakresie geriatry – hospitalizacja;

⁹ 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.

¹⁰ Księga rejestrowa nr 000000014786.

¹¹ Oddział rozpoczął działalność od 24 marca 2014 r.

¹² Poradnia rozpoczęła działalność od 15 lutego 2016 r.

¹³ Zarządzenie DOPiJ-0212-06/21 Dyrektora Samodzielnego Publicznego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w Staszowie z dnia 24 lutego 2021 r. w sprawie wprowadzenia Regulaminu Organizacyjnego SPZZOZ w Staszowie.

¹⁴ Poza wprowadzonym zarządzeniem Dyrektora SPZZOZ z 24 lutego 2021 r., również – zarządzeniami Dyrektora nr DOPiJ-0212-11/16 z dnia 15 lutego 2016 r. oraz DOPiJ-0212-30/17 z dnia 23 października 2017 r.

¹⁵ Dalej także: umowa o udzielanie świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne.

2) Umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w systemie podstawowego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej nr 13-SZP03/8-17-00200-012¹⁶ wraz z aneksami (w okresie po przystąpieniu do sieci szpitali – tj. od 1 października 2017 r.) w zakresie geriatra – hospitalizacja;

3) Umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej nr 13-AOS02/1-11-00200-065¹⁷ w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna: świadczenia w zakresie geriatry, świadczenia pierwszorazowe w zakresie geriatry.

(akta kontroli str. 109-236)

Od 1 października 2017 r. Szpital został zakwalifikowany do sieci szpitali. Do tego czasu dla pacjentów geriatrycznych przygotowano 26 łóżek (lata 2015-2016). W początkowym okresie funkcjonowania w sieci, liczba łóżek na Oddziale nie zmieniła się (w latach 2017 – 2018 w dalszym ciągu było 26 łóżek). Dopiero od 2019 r. zwiększono liczbę łóżek do 34.

Poradnia od początku funkcjonowania (od 15 lutego 2016 r.) przyjmowała pacjentów trzy dni w tygodniu (jeden dzień od 8.00 do 12.00 i dwa dni od 15.00 do 19.00), w sumie przez 12 godzin tygodniowo. Czas pracy Poradni był zgodny z załącznikiem nr 2 do umowy o udzielanie świadczeń w rodzaju AOS zawartej z NFZ.

(akta kontroli str. 48, 109-236)

Stosownie do § 6a rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych w szpitalach, w SPZZOZ wdrożono procedurę oceny geriatrycznej pacjenta. Jej założenia zawarto w kilku sformalizowanych procedurach i instrukcjach ogólnoszpitalnych. Podstawowe założenia oceny geriatrycznej wynikały z procedury *Organizacja oraz dokumentowanie pobytu pacjenta w oddziale*, zgodnie z którą *u każdego pacjenta powyżej 65 r. ż. przyjmowanego do oddziału, pielęgniarka przyjmująca przeprowadza ocenę geriatryczną. Ocena geriatryczna weryfikowana jest przez lekarza przyjmującego. W przypadku Oddziału Geriatrii obowiązuje pełna ocena geriatryczna zgodna z wymogami NFZ.*

(akta kontroli str. 74-82)

Analiza 15 losowo wybranych dokumentacji medycznych pacjentów powyżej 65. roku życia, przyjętych do Szpitala na oddziały Urologiczny, Chirurgiczny Ogólny oraz Neurologiczny i Udarowy w kwietniu, maju i czerwcu 2021 r. wykazała, że pacjentom tym przeprowadzono ocenę geriatryczną według skali VES-13¹⁸.

(akta kontroli str. 50)

W Szpitalu obowiązywały wewnętrzne zasady (procedury) dotyczące opieki nad pacjentami, w tym również geriatrycznymi, takie jak m.in.: *Zasady opieki nad pacjentem w stanie terminalnym, Zapobieganie powstawaniu odleżyn, Farmakoterapia wieku podeszłego i starczego. Upadki – ocena ryzyka, postępowanie prewencyjne, Standardy postępowania przeciwbólowego.* Procedury te obowiązywały we wszystkich oddziałach szpitalnych i stanowiły element obowiązującego w Szpitalu Zintegrowanego Systemu Zarządzania. Personel medyczny był zobowiązany do zapoznania się z obowiązującymi procedurami, zamieszczonymi na stronie intranetowej. Procedury te zawierają założenia wynikające ze *Standardów postępowania w opiece geriatrycznej.* Dyrektor wyjaśnił: *Jednym z pierwszych założeń ww. Standardów jest zespołowe podejście do pacjenta geriatrycznego. W SPZZOZ w Staszowie pacjent geriatryczny ma zapewnione*

¹⁶ Dalej także: umowa o udzielanie świadczeń w rodzaju PSZ.

¹⁷ Dalej także: umowa o udzielanie świadczeń w rodzaju AOS.

¹⁸ Vulnerable Elders Survey. Skala VES-13 jest to kwestionariusz zawierający 13 pytań, dotyczących w szczególności: wieku, samooceny stanu zdrowia oraz pogorszenia sprawności funkcjonalnej i fizycznej.

zarówno wsparcie medyczne w postaci wykwalifikowanego personelu medycznego, wsparcie psychologiczne, a także wsparcie fizjoterapeutyczne i rehabilitacyjne. (...) W standardach zalecane jest stosowanie skali VES i dalsze postępowanie zależne jest od uzyskanej punktacji – takie postępowanie również przyjęte jest w naszej jednostce. Stan pacjenta geriatrycznego zgodnie ze standardami ocenia się pod kątem oceny stanu psychicznego, fizycznego, odżywienia, ryzyka upadków czy odleżyn (...). Standardy zakładają także edukację zdrowotną zarówno pacjentów jak i ich rodzin – takie założenia również ma odzwierciedlenie w postępowaniu w naszej jednostce. Każdy pacjent geriatryczny, a także jego rodzina czy opiekunowie mają zapewnioną w trakcie hospitalizacji jak i przy wypisie edukację informacyjno-zdrowotną. Dodatkowo, co również uwzględniają Standardy, w strukturach naszej jednostki działa Poradnia Geriatryczna, gdzie pacjenci mają zapewnioną kontynuację leczenia poszpitalnego.

(akta kontroli str. 33-44, 51-60)

W latach 2017-2021 (I kwartał) na Oddziale hospitalizowano odpowiednio: 976, 983, 965, 824 i 260 osób, w tym odpowiednio:

- dziewięć, siedem, 12, 13 i osiem osób w wieku od 61 do 65 lat;
- 35, 34, 42, 52 i 24 w wieku od 66 do 70 lat;
- 74, 102, 93, 90, 44 w wieku od 71 do 75 lat;
- 171, 157, 175, 146, 34 w wieku od 76 do 80 lat;
- 303, 294, 237, 222, 71 w wieku od 81 do 85 lat;
- 233, 241, 227, 191, 50 w wieku od 86 do 90 lat;
- 151, 147, 179, 109, 27 w wieku powyżej 90 lat.

Wśród hospitalizowanych znaleźli się także pacjenci poniżej 60. roku życia (po jednej osobie w latach 2018 i 2019 i dwie w I kwartale 2021).

Spośród 467 pacjentów hospitalizowanych w drugim półroczu 2019 r., zdecydowaną większość stanowili mieszkańcy powiatu staszowskiego (352 osoby), pozostali pacjenci byli mieszkańcami powiatu kieleckiego (38 osób), powiatów buskiego i opatowskiego (po 27 osób), powiatów ostrowieckiego i sandomierskiego (po pięć osób), Kielc (cztery osoby) oraz powiatów skarżyskiego i kazimierskiego (po jednej osobie). Na Oddziale hospitalizowano także sześć osób spoza województwa świętokrzyskiego.

Czas hospitalizacji pacjentów na Oddziale w drugiej połowie 2019 r. i drugiej połowie 2020 r. wyniósł odpowiednio:

- do trzech dni: 47 i 60 pacjentów;
- od czterech do siedmiu dni: 166 i 120 pacjentów,
- od ośmiu do 14 dni: 188 i 150 pacjentów,
- od 15 do 21 dni: 46 i 40 pacjentów,
- powyżej 21 dni: 20 i 33 pacjentów.

(akta kontroli str. 45-47)

Z opieki Poradni w latach 2017-2021 (I kwartał) skorzystało odpowiednio: 320, 222, 196, 77 i 50 pacjentów, w tym odpowiednio:

- 13, dwie, 11, siedem, pięć osób w wieku od 66 do 70 lat;
- 57, 38, 29, 12, 10 w wieku od 71 do 75 lat;
- 62, 50, 46, 20, 12 w wieku od 76 do 80 lat;
- 123, 69, 54, 25, 11 w wieku od 81 do 85 lat;
- 47, 46, 33, siedem, siedem w wieku od 86 do 90 lat;
- 18, 17, 18, cztery i cztery w wieku powyżej 90 lat.

Pacjenci w grupie wiekowej 61-65 lat nie korzystali z Poradni w 2017 i 2018 r., natomiast w 2019 r. leczono pięć osób, w 2020 r. – dwie, a w I kwartale 2021 r. – jedna osoba z tej grupy wiekowej.

Zdecydowana większość spośród 105 pacjentów leczonych w Poradni w drugim półroczu 2019 r. była mieszkańcami powiatu staszowskiego (92), sześciu – powiatu kieleckiego, czterech – powiatu sandomierskiego, dwóch – powiatu buskiego, i jeden powiatu – opatowskiego.

Analiza dokumentacji medycznej 20 losowo wybranych pacjentów, których pierwsza wizyta w Poradni miała miejsce w 2017 r. wykazała, że do 30 czerwca 2021 r. odbyli oni od trzech do 17 wizyt, średnio na jednego pacjenta z badanej próby przypadło niemal 8 wizyt. Pacjenci Poradni oraz Oddziału nie oczekiwali na udzielenie świadczeń geriatrycznych.

(akta kontroli str. 45-47)

Szpital zapewnił personel medyczny mający kwalifikacje wymagane rozporządzeniem w sprawie świadczeń gwarantowanych w szpitalach. Zatrudnienie personelu na Oddziale (na umowach o pracę oraz cywilnoprawnych) w okresie objętym kontrolą kształtowało się następująco:

- na koniec 2017 r. (oddział 26-łóżkowy): siedmiu lekarzy (6,48 etatu przeliczeniowego), w tym jeden lekarz specjalista geriatricznej (2,17 etatu przeliczeniowego), czterech lekarzy specjalistów chorób wewnętrznych (3,37 etatu przeliczeniowego), dwóch lekarzy bez specjalizacji (0,84 etatu przeliczeniowego); 18 pielęgniarek (16,5 etatów przeliczeniowych), w tym cztery pielęgniarki ze specjalnością z geriatricznej (cztery etaty przeliczeniowe) oraz dwie w trakcie specjalizacji z geriatricznej (dwa etaty przeliczeniowe); dwóch fizjoterapeutów (dwa etaty przeliczeniowe); psycholog (0,5 etatu przeliczeniowego), a ponadto sześć opiekunek medycznych (sześć etatów przeliczeniowych) i jedna sekretarka medyczna (jeden etat przeliczeniowy);
- na koniec 2018 r. (oddział 26-łóżkowy): sześciu lekarzy (6,78 etatu przeliczeniowego), w tym jeden lekarz specjalista geriatricznej (2,17 etatu przeliczeniowego), dwóch lekarzy specjalistów chorób wewnętrznych (3,82 etatu przeliczeniowego), trzech lekarzy bez specjalizacji (0,79 etatu przeliczeniowego); 20 pielęgniarek (16,67 etatów przeliczeniowych), w tym: trzy pielęgniarki ze specjalnością z geriatricznej (trzy etaty przeliczeniowe) oraz dwie w trakcie specjalizacji z geriatricznej (dwa etaty przeliczeniowe); dwóch fizjoterapeutów (dwa etaty przeliczeniowe); psycholog (0,5 etatu przeliczeniowego), a ponadto siedem opiekunek medycznych (siedem etatów przeliczeniowych) i jedna sekretarka medyczna (jeden etat przeliczeniowy);
- na koniec 2019 r. (oddział 34 – łóżkowy): siedmiu lekarzy (7,01 etatu przeliczeniowego), w tym: jeden lekarz specjalista geriatricznej (2,05 etatu przeliczeniowego), pięciu lekarzy specjalistów chorób wewnętrznych (4,82 etatu przeliczeniowego), jeden lekarz bez specjalizacji (0,14 etatu przeliczeniowego); 24 pielęgniarki (19,16 etatów przeliczeniowych), w tym: trzy pielęgniarki ze specjalnością z geriatricznej (trzy etaty przeliczeniowe) oraz dwie w trakcie specjalizacji z geriatricznej (dwa etaty przeliczeniowe); dwóch fizjoterapeutów (dwa etaty przeliczeniowe); psycholog (0,5 etatu przeliczeniowego), a ponadto pięć opiekunek medycznych (pięć etatów przeliczeniowych) i jedna sekretarka medyczna (jeden etat przeliczeniowy);
- na koniec 2020 r. (oddział 34-łóżkowy): pięciu lekarzy (7,03 etatu przeliczeniowego), w tym jeden lekarz specjalista geriatricznej (1,82 etatu przeliczeniowego), czterech lekarzy specjalistów chorób wewnętrznych (5,21 etatu przeliczeniowego); 21 pielęgniarek (19,09 etatów przeliczeniowych), w tym: trzy pielęgniarki ze specjalnością z geriatricznej (trzy etaty przeliczeniowe) oraz dwie w trakcie specjalizacji z geriatricznej (dwa etaty przeliczeniowe); dwóch fizjoterapeutów (dwa etaty przeliczeniowe); psycholog (0,5 etatu przeliczeniowego);

- przeliczeniowego), a ponadto sześć opiekunek medycznych (sześć etatów przeliczeniowych) i dwie sekretarki medyczne (dwa etaty przeliczeniowe);
- na koniec czerwca 2021 r. (oddział 34-łóżkowy): pięciu lekarzy (8,06 etatu przeliczeniowego), w tym jeden lekarz specjalista geriatry (1,95 etatu przeliczeniowego), czterech lekarzy specjalistów chorób wewnętrznych (6,11 etatu przeliczeniowego); 23 pielęgniarki (19,56 etatów przeliczeniowych), w tym trzy pielęgniarki ze specjalnością z geriatry (trzy etaty przeliczeniowe), dwie ze specjalnością z pielęgniarstwa internistycznego (dwa etaty przeliczeniowe) oraz siedem w trakcie specjalizacji z geriatry (siedem etatów przeliczeniowych); dwóch fizjoterapeutów (dwa etaty przeliczeniowe); psycholog (0,5 etatu przeliczeniowego), a ponadto sześć opiekunek medycznych (sześć etatów przeliczeniowych); jeden sanitariusz (jeden etat przeliczeniowy) i dwie sekretarki medyczne (dwa etaty przeliczeniowe).

(akta kontroli str. 98-102)

Porównanie załączników nr 2 (harmonogram-zasoby) do umów z NFZ z dokumentacją potwierdzającą udzielanie świadczeń (listy obecności, grafiki pracy, dokumentacja medyczna)¹⁹, wykazała, że personel wymagany przepisami rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych w szpitalach został wykazany w powyższym załączniku.

Na Oddziale dodatkowo zatrudniano: na 31 grudnia 2017 r. – sześć opiekunek medycznych, na 31 grudnia 2018 r. – siedem, na 31 grudnia 2019 r. – pięć, na 31 grudnia 2020 r. – sześć i na 30 czerwca 2021 r. – sześć opiekunek medycznych.

(akta kontroli str. 109-236, 237-287, 291-294)

Zgodnie z art. 50 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej, Szpital ustalił i przestrzegał dla Oddziału minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych. Minimalna norma pielęgniarek dla Oddziału wynosiła 0,6 etatu na jedno łóżko.

(akta kontroli str. 288)

Świadczenia w Poradni udzielane były trzy razy w tygodniu przez 12 godzin (jeden raz przed południem i dwa razy po południu) przez jednego lekarza specjalistę geriatry. Weryfikacja załączników nr 2 (harmonogram-zasoby) do umów zawartych z NFZ na udzielanie świadczeń w rodzaju AOS potwierdziła udzielanie świadczeń zgodnie z harmonogramem zawartym w powyższym załączniku. Przez okres objęty kontrolą czas pracy Poradni, godziny funkcjonowania jak również personel udzielający świadczeń nie ulegały zmianom.

(akta kontroli str. 48, 93-97, 109-236)

Lekarz udzielający świadczeń w Poradni uczestniczył w konferencjach, warsztatach i spotkaniach lekarzy geriatrów i ordynatorów oddziałów geriatrycznych. W 2017 r. było to jedno szkolenie, w 2018 r. – jedno, w 2019 r. – pięć, w 2020 r. – jedno i na koniec czerwca 2021 r. – dwa.

(akta kontroli str. 289)

Analiza czasu pracy lekarzy w miesiącach sierpień 2018 r., 2019 r., 2020 r.²⁰ zatrudnionych na Oddziale wykazała, że zdarzały się przypadki ciągłej pracy lekarzy przez ponad 24 godziny. Sytuacja taka dotyczyła wyłącznie lekarzy zatrudnionych na podstawie umów kontraktowych:

¹⁹ Wg stanu na sierpień 2018 r., 2019 r. i 2020 r. Szpital nie dysponował grafikami i listami obecności za sierpień 2017 r. – dokumenty potwierdzające obecność w pracy przechowywane są przez trzy lata.

²⁰ Szpital przechowuje listy obecności i grafiki przez okres trzech lat i w związku z tym nie było możliwe przeprowadzenie badania za 2017 r.

- w sierpniu 2018 r.: w 11 przypadkach dwóch lekarzy pracowało nieprzerwanie przez 31 godzin i 35 minut (dyżur 24-godzinny i praca na Oddziale przez siedem godzin i 35 minut);
- sierpień 2019 r.: w sześciu przypadkach dwóch lekarzy pracowało nieprzerwanie przez 31 godzin i 35 minut (dyżur 24-godzinny i praca na Oddziale przez siedem godzin i 35 minut), w sześciu przypadkach dwóch lekarzy pracowało nieprzerwanie przez 27-28 godzin (dyżur 24-godzinny i praca na Oddziale przez trzy-cztery godziny), w jednym przypadku jeden lekarz pracował nieprzerwanie przez 48 godzin (dwa dyżury 24-godzinne);
- sierpień 2020 r.: w ośmiu przypadkach jeden lekarz pracował nieprzerwanie przez 31 godzin i 35 minut (dyżur 24-godzinny i praca na Oddziale przez siedem godzin i 35 minut), w pięciu przypadkach dwóch lekarzy pracowało nieprzerwanie przez 27-29 godzin (dyżur 24-godzinny i praca na Oddziale przez trzy-pięć godzin), w dwóch przypadkach jeden lekarz pracował nieprzerwanie przez 48 godzin (dwa dyżury 24-godzinne).

(akta kontroli str. 290)

Dyrektor SPZZOZ wyjaśnił: *Zaistniałe przypadki związane są wprost z problemem dostępności kadry medycznej w obszarze ochrony zdrowia zarówno w skali województwa świętokrzyskiego jak i całego kraju. Jak ogólnie wiadomo na rynku pracy brakuje specjalistów chorób wewnętrznych, nie mówiąc o specjalistach z zakresu geriatry. Specjalizacje te są specjalizacjami niszowymi, młodzi lekarze wolą wybierać łatwiejszą drogę kariery. Niestety decyzje w zakresie finansowania podstawowej opieki zdrowotnej spowodowały odejścia specjalistów z leczenia szpitalnego do łatwiejszej, a zarazem lepiej płatnej pracy w podstawowej opiece zdrowotnej. Zaistniałe sytuacje nie stanowią ryzyka dla bezpieczeństwa pacjentów i samych lekarzy. Lekarz „zostający po dyżurze” pracuje w „obstawie” innych specjalistów, natomiast dyżurny, może konsultować swoje decyzje z dyżurnym oddziału chorób wewnętrznych.*

(akta kontroli str. 291-294)

Zdaniem NIK, skala udzielania świadczeń zdrowotnych przez lekarzy nieprzerwanie w wymiarze przekraczającym 24 godziny może świadczyć o niewłaściwej organizacji pracy, a w konsekwencji przyczyniać się do obniżenia jakości świadczonych usług.

W miejscu udzielania świadczeń przez Poradnię, zamieszczono wszystkie wymagane informacje dla pacjentów. Zgodnie z § 11 ust. 1 i 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej²¹ (dalej: OWU), Szpital podał do wiadomości świadczeniobiorców informacje dotyczące funkcjonowania Poradni, możliwości skorzystania ze świadczeń, składania skarg i wniosków, zapisów na listy oczekujących oraz praw pacjenta.

(akta kontroli str. 295, 296-305)

Oddział oraz Poradnia spełniały wymagania określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą²².

Oddział mieścił się na pierwszym piętrze budynku Szpitala w bezpośrednim sąsiedztwie Oddziału Wewnętrznego. Budynek Szpitala przystosowany był dla osób niepełnosprawnych (wyposażony w windy, w tym windę przeznaczoną do przewozu

²¹ Dz. U. z 2020 r. poz. 320, ze zm.

²² Dz. U. poz. 595, ze zm.

chorych na łóżkach szpitalnych, podjazdy dla wózków inwalidzkich i toalety dla niepełnosprawnych).

Na Oddziale było osiem sal chorych (w tym dwie sale izolacyjne). Wszystkie sale chorych wyposażone były we własną łazienkę przystosowaną dla osób niepełnosprawnych, system przywołania personelu za pomocą przycisków znajdujących się przy łóżkach. Na Oddziale znajdowały się: pokój ordynatora, pokój lekarski, pokój pielęgniarki koordynującej i sekretariat, brudownik, dwa magazyny, pokój pielęgniarski usytuowany w środkowej części Oddziału, gabinet diagnostyczno-zabiegowy, sala rehabilitacyjna. W holu pomiędzy oddziałami wewnętrznym i geriatrycznym znajdował się pokój do badania EKG wysiłkowego. Wszystkie łóżka będące na wyposażeniu Oddziału miały możliwość regulacji ich wysokości, znajdowały się na nich materace przeciwoleżynowe oraz dostępne były z trzech stron. Powierzchnia sal chorych umożliwiała personelowi swobodny dostęp do pacjentów. Oddział wyposażony był w nocne oświetlenie korytarzy i sal. Przyjęcia do Oddziału odbywały się za pośrednictwem Szpitalnego Oddziału Ratunkowego (dalej: SOR), znajdującego się na parterze budynku Szpitala. Wszystkie obszary SOR zapewniały pacjentom intymność podczas przyjęć, okna zabezpieczone były przed dostępem osób postronnych a na korytarzach znajdowały się poręcze.

Na Oddziale w okresie objętym kontrolą przeprowadzono trzy kontrole sanitarne (w tym jedną dotyczącą wykonania zaleceń). Kontrola z 2017 r. nie wykazała nieprawidłowości. W toku kontroli przeprowadzonej w 2019 r. stwierdzono uszkodzenia drzwi oraz brak pokoju przygotowawczego, a także natrysku w jednej z sal chorych. Szpital wykonał część zaleceń (naprawa drzwi), co potwierdziła kontrola sprawdzająca zrealizowana w 2020 r. oraz zwrócił się do organu sanitarnego o przedłużenie terminu na wykonanie zaleceń dotyczących braku pokoju przygotowawczego i natrysku. Organ sanitarny przedłużył czas na wykonanie zaleceń do końca 2021 r.

(akta kontroli str. 306-307)

Poradnia znajduje się w pomieszczeniu na parterze budynku. Okna zabezpieczone są przed dostępem osób postronnych (rolety). Poradnia wyposażona była w wymagany sprzęt i aparaturę medyczną.

(akta kontroli str. 295, 296-305)

W Poradni w okresie objętym kontrolą nie prowadzono kontroli sanitarnych.

(akta kontroli str. 306-307)

Wyposażenie Poradni w sprzęt i aparaturę medyczną było zgodne z wymogami zawartymi w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych w AOS. Sprzęt znajdujący się w poradni to aparat do mierzenia ciśnienia, sprzęt do udzielania pierwszej pomocy, glukometry, waga lekarska, aparat EKG. Dodatkowo, w razie potrzeby, pacjenci Poradni mogli skorzystać z defibrylatora i kardiomonitora znajdujących się w lokalizacji budynku (oddziały Geriatryczny i Wewnętrzny), aparatu typu doppler (w lokalizacji – pracownia USG), aparatu do 24-godzinnej rejestracji ciśnienia krwi oraz EKG (w lokalizacji – Oddział Geriatryczny), pulsoksymetru, nebulizatorów (w lokalizacji – Oddział) oraz spirometru (w lokalizacji – pracownia spirometryczna przy Oddziale Wewnętrznym). Sprzęt wykazany był w załączniku nr 2 do umowy z NFZ i miał aktualne badania techniczne.

(akta kontroli str. 295, 296-305, 308, 109-236)

Wyposażenie Oddziału stanowiły: 11 kardiomonitorów, 13 pomp infuzyjnych, dwa aparaty EKG, sprzęt do udzielania pierwszej pomocy, zestaw do intubacji, trzy ssaki, glukometry, pulsoksymetr, wózki, parawany, jeden podnośnik, specjalistyczna kabina do rehabilitacji (ugul), przyłózkowe urządzenie rehabilitacyjne, sprzęt do fizykoterapii, sprzęt zaopatrzenia ortopedycznego oraz środki pomocnicze

(balkoniki, chodziki, wózki, kule, laski, trójnogi, drabinki przyłóżkowe). Przeglądy techniczne wykonywane były regularnie.

(akta kontroli str. 295, 296-305, 309)

Szpital zapewnił realizację badań i procedur medycznych m.in. dla pacjentów leczonych geriatrycznie poprzez wykonywanie ich we własnym zakresie oraz na podstawie umów zawartych z podwykonawcami. Badania laboratoryjne i mikrobiologiczne wykonywane były we własnym laboratorium, wpisanym na listę Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych. Punkt pobrań znajdował się na parterze budynku. Badania RTG również wykonywane były we własnym zakresie w dopuszczonej do użytkowania przez Świętokrzyskiego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Kielcach pracowni RTG. Badania densytometryczne wykonywał podwykonawca, zgodnie z podpisaną umową.

(akta kontroli str. 311-323, 324-331, 332-338)

Stwierdzone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono nieprawidłowość polegającą na tym, że obowiązujących w SPZZOZ w okresie objętym kontrolą regulaminach organizacyjnych, nie określono zadań poradni specjalistycznych (w tym geriatrycznej). W regulaminach tych określono jedynie organizację i nadzór nad poradniami specjalistycznymi. Było to niezgodne z art. 24 ust. 1 pkt 7 ustawy o działalności leczniczej.

(akta kontroli str. 22-32, 452-475)

Z wyjaśnień złożonych przez Dyrektora SPZZOZ wynika, że zgodnie z regulaminem organizacyjnym, poradnie specjalistyczne podlegają bezpośrednio pod oddziały szpitalne. Świadczenia w poradniach udzielane są przez lekarzy z oddziałów. Z uwagi na tę zależność, zakresy zadań poradni i oddziałów są tożsame. Dyrektor stwierdził również, że nie stanowi dla Szpitala problemu wprowadzenie dodatkowych zapisów w regulaminie, tym bardziej, że właśnie zwrócił się do starosty staszowskiego o zwołanie rady społecznej.

(akta kontroli str. 291-294)

Zdaniem NIK, zadania oddziałów szpitalnych i poradni specjalistycznych nie są tożsame. Zadaniem Oddziału jest diagnozowanie, leczenie i rehabilitacja pacjentów w podeszłym wieku, ale w warunkach szpitalnych, tzn. takich, których nie można zapewnić w trakcie leczenia ambulatoryjnego.

OCENA CZĄSTKOWA

Szpital prawidłowo zorganizował system opieki geriatrycznej nad pacjentami. W regulaminach organizacyjnych Szpitala nie określono zadań poradni specjalistycznych. Warunki lokalowe, kadrowe i sprzęt będący na wyposażeniu Oddziału i Poradni, były zgodne z wymogami i zapewniały prawidłową opiekę nad pacjentami oraz dostęp do niezbędnej diagnostyki. Szpital wdrożył procedury oceny geriatrycznej pacjenta oraz wewnętrzne procedury dotyczące opieki nad pacjentami w podeszłym wieku. Wątpliwości NIK budzi skala udzielania świadczeń zdrowotnych przez lekarzy nieprzerwanie w wymiarze przekraczającym 24 godziny, co może świadczyć o niewłaściwej organizacji pracy, a w konsekwencji przyczyniać się do obniżenia jakości świadczonych usług.

OBSZAR

2. Realizacja świadczeń z zakresu geriatryi

Opis stanu
faktycznego

W okresie objętym kontrolą pacjenci przyjmowani byli na Oddział oraz do Poradni na bieżąco, zgodnie z ustalonym terminem przyjęcia. Szpital prowadził elektroniczne harmonogramy przyjęć wraz z listami oczekujących. Harmonogramy zawierały wszystkie dane wymagane art. 19a ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r.

o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych²³ (dalej: ustawa o świadczeniach zdrowotnych).

(akta kontroli str. 47, 339)

Zgodnie z art. 23 ust. 1 ustawy o świadczeniach zdrowotnych, Szpital przekazywał dane dotyczące osób oczekujących na świadczenia do NFZ.

(akta kontroli str. 340-355)

Szczegółowym badaniem objęto próbę 40 losowo wybranych przyjęć na Oddział z lat 2017-2021²⁴. Pacjenci nie byli wpisywani na listę oczekujących, przyjmowani byli na Oddział w dniu wystawienia skierowania bądź w wyznaczonym, dogodnym dla nich terminie kilku dni (średni czas oczekiwania z próby 40 pacjentów wynosił 0,47 dnia). W latach 2017-2019 pacjenci przyjmowani byli na Oddział w dniu wystawienia skierowania, za wyjątkiem dwóch przypadków, w których przyjęcie odbyło się po jednym i po dwóch dniach od daty wystawienia skierowania. Średni czas przyjęcia w okresie przed epidemią COVID-19 wynosił 0,15 dnia. Z 20 badanych przypadków z tego okresu tylko jeden pacjent miał oznaczenie na skierowaniu jako *pilny* (przyjęty tego samego dnia), pozostałe 19 przypadków przyjmowano jako *stabilne*. W latach 2020-2021 pacjenci przyjmowani byli na Oddział w większości przypadków w dniu wystawienia skierowania, za wyjątkiem pięciu, w których przyjęcie odbyło się po pięciu dniach (jeden przypadek), po czterech dniach (jeden), po trzech dniach (jeden) i po dwóch dniach (dwa przypadki) od daty wystawienia skierowania. Średni czas przyjęcia na Oddział w okresie epidemii COVID-19 wynosił 0,8 dnia. Z 20 badanych przypadków z tego okresu tylko w jednym pacjent miał oznaczenie na skierowaniu jako *pilny* (przyjęty tego samego dnia), w pozostałych 19 przyjmowano jako *stabilne*. W Szpitalu obowiązywała procedura *Organizacja oraz dokumentowanie pobytu pacjenta w oddziale*, w której wyszczególniono proces przyjmowania pacjentów do oddziału szpitalnego. Przyjęcia na Oddział odbywały się zgodnie z ww. procedurą. Z analizy danych dotyczących przyjęć w okresie przed epidemią i podczas epidemii wynika, iż nieznacznie wzrósł wskaźnik średniego czasu oczekiwania na przyjęcie na Oddział w okresie epidemii (z 0,15 dnia do 0,8 dnia).

(akta kontroli str. 74-81, 356)

Szczegółowym badaniem objęto próbę 30 losowo wybranych przyjęć do Poradni z lat 2017-2021²⁵. W większości analizowanych przypadków (w 18) były to wizyty kontrolne po leczeniu szpitalnym – od razu po wypisie pacjenta z oddziału geriatrycznego wyznaczano mu termin porady (od 12 do 22 dni po wyjściu ze Szpitala). W pozostałych 12 przypadkach pacjent zgłaszał się do Poradni ze skierowaniem z zewnątrz i ustalał dogodny termin wizyty (termin porady do 7 dni od wystawienia skierowania). W okresie przed epidemią (lata 2017-2019) średni czas porady kształtował się na poziomie 9,6 dnia, natomiast w czasie epidemii na poziomie 11,5 dnia. Organizacja przyjęć w Poradni odbywała się zgodnie z procedurą *Świadczenia ambulatoryjne w poradni specjalistycznej*. Również w Poradni nieznacznie wzrósł wskaźnik średniego czasu wizyty w okresie epidemii (z 9,6 dnia do 11,5 dnia).

(akta kontroli str. 74-81, 357, 358)

Dyrektor SPZZOZ wyjaśnił, że *przyjęcie do oddziału geriatry jest często koordynowane z innymi oddziałami SPZZOZ w Staszowie stąd czasem kilkudniowe*

²³ Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, ze zm.

²⁴ Sześć pobytów z 2017 r., siedem pobytów z 2018 r., siedem pobytów z 2019 r. i po 10 pobytów z 2020 r. i 2021 r. (w sumie 20 pobytów z okresu przed epidemią COVID-19 i 20 pobytów z okresu epidemii).

²⁵ Pięć pobytów z 2017 r., pięć pobytów z 2018 r., sześć pobytów z 2019 r. i po siedem pobytów z 2020 r. i 2021 r. (w sumie 16 pobytów z okresu przed epidemią COVID-19 i 14 pobytów z okresu epidemii).

oczekiwanie od wystawienia skierowania do przyjęcia. Wizyty w poradni geriatrycznej dotyczą pacjentów po wypisie z oddziału geriatrycznego – wizyta pohospitalizacyjna, która odbywa się w określonym przez lekarza terminie (czasem przekładana z winy pacjenta).

(akta kontroli str. 365-367)

Zgodnie z art. 23a ust. 1 ustawy o świadczeniach zdrowotnych, Szpital umożliwił świadczeniobiorcom umawianie się drogą elektroniczną na wizyty, monitorowanie statusu na liście oczekujących na udzielenie świadczenia oraz powiadamianie o terminie udzielenia świadczenia. Portal rejestracyjny jest łatwo dostępny i znajduje się na internetowej stronie głównej Szpitala²⁶. Szpital opracował także instrukcję postępowania dla pacjentów chcących zarejestrować się elektronicznie na wizytę. W 2020 r. z rejestracji elektronicznej skorzystało 21 pacjentów (w tym 10 pacjentów anulowało swoje wizyty), natomiast w 2021 r. elektronicznie zarejestrowało się ośmiu pacjentów (czterech anulowało swoje wizyty). Żadna z wizyt nie dotyczyła udzielenia świadczeń geriatrycznych.

(akta kontroli str. 359-361, 362, 364)

Dyrektor SPZZOZ w Staszowie wyjaśnił, iż niewielka liczba rejestracji drogą elektroniczną spowodowana była specyfiką Poradni. Pod opieką poradni geriatrycznej pozostają osoby w podeszłym wieku, z wielochorobowością. Dla tych pacjentów już obsługa telefonu komórkowego stanowi kłopot, a co dopiero komputera. Wprowadzanie danych do elektronicznego formularza rejestracji pacjenta może stanowić barierę nie do pokonania.

(akta kontroli str. 365-367)

W Szpitalu opracowano procedurę dotyczącą zasad przyjęć pacjentów w czasie epidemii COVID-19²⁷. W okresie od 17 marca 2020 r. do 1 sierpnia 2020 r. w związku z epidemią czasowo zaprzestano udzielania świadczeń w Poradni. W celu poinformowania o tym pacjentów, na drzwiach wejściowych do Szpitala jak również na stronie internetowej zamieszczono odpowiednie ogłoszenia. Pacjenci, którzy mieli zarezerwowane wizyty zostali poinformowani o ich odwołaniu oraz o wyznaczeniu nowych terminów wizyt. Stosownie do § 9 ust. 5 OWU, Szpital niezwłocznie powiadomił NFZ o powyższej sytuacji. Informacje o czasowym zaprzestaniu udzielania świadczeń przekazywano również na bieżąco wojewodzie świętokrzyskiemu, zgodnie z art. 34 ust. 8 pkt 1 ustawy działalności leczniczej.

(akta kontroli str. 368-369, 370-372)

Badanie dokumentacji medycznej 20 losowo wybranych pacjentów (w tym dwa przypadki teleporad), którym udzielono porad w okresie epidemii (10 dokumentacji pacjentów, którzy mieli wizytę pierwszorazową i 10 dokumentacji pacjentów, którzy mieli wizytę kolejną) wykazało, że pacjenci nie zostali pozbawieni pomocy lekarza geriatry. Wizyty odbywały się w znacznej większości (90% badanej próby) w tradycyjny sposób ze względu na specyfikę pracy Poradni (pacjenci w podeszłym wieku, problem z kontaktem telefonicznym, konieczność osobistego badania przez lekarza). Wizyty pierwszorazowe dotyczyły kontynuacji leczenia szpitalnego (pacjenci przy wypisie mieli ustaloną datę wizyty), natomiast wizyty kolejne dotyczyły kontynuacji procesu leczenia i kontroli po wykonanych badaniach. Porady spełniały warunki art. 19a ust. 2 ustawy o świadczeniach zdrowotnych.

(akta kontroli str. 373)

²⁶ www.szpitalstaszow.pl

²⁷ Instrukcja ogólnoszpitalna nr IN/OS/39.

W Poradni w 2020 r. zrealizowano 77 wizyt, w tym tylko jedną za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności. W 2021 r. było to 51 wizyt, w tym tylko jedna teleporada.

(akta kontroli str. 374)

Dyrektor wyjaśnił: *w czasie pandemii personel poradni geriatrycznej starał się zminimalizować ilość teleporad na rzecz fizycznych przyjęć. Pacjent geriatryczny to pacjent z wielochorobowością, wymagający dokładnego badania zarówno przedmiotowego jak i podmiotowego. Czas pandemii pokazał, iż teleporady (szczególnie w POZ) wielokrotnie nie spełniały oczekiwanego celu (błędne diagnozy, przedłużony czas leczenia). Skutki można było zobaczyć po przyjęciu pacjentów do oddziałów.*

(akta kontroli str. 365-367)

W związku z potwierdzeniem koronawirusa wśród personelu Oddziału w okresie od 7 października do 14 października 2020 r. wstrzymano przyjęcia na Oddział. Z powodu kolejnych zidentyfikowanych zakażeń personelu, przedłużono wstrzymanie przyjęć do 25 października 2020 r. Kolejna przerwa miała miejsce od 29 grudnia 2020 r. do 1 stycznia 2021 r. z powodu wykrycia kolejnych ognisk wirusa. Stosownie do § 9 ust. 5 OWU, Szpital niezwłocznie powiadomił NFZ o tym zdarzeniach. Informacje o czasowym zaprzestaniu udzielania świadczeń przekazywano również na bieżąco wojewodzie świętokrzyskiemu, zgodnie z art. 34 ust. 8 pkt 1 ustawy działalności leczniczej.

(akta kontroli str. 375-377)

W 2020 r. przyjęcia na Oddział odmówiono 23 pacjentom (1,8% wszystkich odmów w szpitalu). W 22 przypadkach były to odmowy związane z brakiem wskazań do przyjęcia pacjenta do Szpitala, natomiast w jednym odmówiono przyjęcia z powodu braku miejsc na Oddziale. W I półroczu 2021 r. z powodu braku wskazań odmówiono przyjęcia 16 pacjentom, natomiast w jednym przypadku brak było miejsca na Oddziale.

(akta kontroli str. 378)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił: *w przypadku odmów przyjęcia z powodu braku wskazań, pacjenci z daną jednostką chorobową mogą być leczeni ambulatoryjnie bez szkody dla zdrowia. Hospitalizacja może spowodować pogorszenie stanu zdrowia, stanu funkcjonowania pacjenta. Odnotowuje się również sytuacje związane z błędnie wystawionym skierowaniem (dana jednostka chorobowa powinna być leczona w innym oddziale, W przypadku odmów przyjęcia z powodu braku miejsc, pacjent jest badany przez lekarza (konsultacja geriatryczna), a następnie kierowany do oddziału pokrewnego (np. oddział chorób wewnętrznych, neurologiczny) mogącego diagnozować i leczyć problem medyczny.*

(akta kontroli str. 379-380)

Analiza dokumentacji medycznej 30 losowo wybranych pacjentów hospitalizowanych w latach 2017-2020 na Oddziale wykazała, że w każdym przypadku zawierała oświadczenia pacjenta o uzyskiwaniu informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych, upoważnienia do uzyskiwania dokumentacji, zgodę na przeprowadzenia badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego. Do historii choroby w każdym przypadku dołączano karty indywidualnej opieki prowadzone przez pielęgniarki, karty obserwacji, karty gorączkowe, karty zleceń lekarskich, karty informacyjne z leczenia szpitalnego. W historiach choroby niektórych pacjentów nie zamieszczono kart indywidualnej opieki fizjoterapeutycznej, co szerzej opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 83-87)

Analiza 20 losowo wybranej dokumentacji medycznej pacjentów Poradni wykazała, że historia choroby w każdym przypadku zawierała m.in. datę porady, dane z wywiadu i badania przedmiotowego, informacje o zleconych badaniach diagnostycznych lub konsultacjach, opis udzielonych świadczeń zdrowotnych oraz oznaczenie lekarza udzielającego porady.

(akta kontroli str. 65-66)

Liczba pacjentów zmarłych na SOR w latach 2017-2019 wyniosła odpowiednio 11, 23 i 16, w tym pacjentów powyżej 65. roku życia było odpowiednio sześć, 13 i 11. Natomiast w 2020 r. odnotowano znaczny wzrost liczby pacjentów zmarłych na SOR, tj. 30, z których 22 osoby to byli pacjenci powyżej 65. roku życia. W pierwszym kwartale 2021 r. na SOR zmarło 13 pacjentów, spośród których dziewięciu miało powyżej 65 lat. Dyrektor wyjaśnił: *Znaczny wzrost liczby pacjentów, powyżej 65 roku życia, zmarłych na SOR w 2020 r. spowodowany był niestety okresem pandemii. Znaczna część pacjentów leczona była przez system teleporad w POZ-ach, przedłużającą się i tym samym mało skuteczną antybiotykoterapią, do SOR trafiali za późno, nierzadko w skrajnie ciężkich i krytycznych stanach. Niestety wielu pacjentów trafiało do SOR z prowadzoną resuscytacją krążeniowo-oddechową przez zespoły ratownictwa medycznego. W przypadku większości tych pacjentów zasadniczą przyczyną zgonu było zatrzymanie krążenia spowodowane niewydolnością serca, obrzękiem płuc, czy też wprost COVID-19.*

(akta kontroli str. 49, 445)

Stwierdzone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono nieprawidłowość polegającą na tym, że w historiach choroby niektórych pacjentów leczonych na Oddziale nie zamieszczano kart indywidualnej opieki fizjoterapeutycznej²⁸. W badanej próbie 30 dokumentacji medycznych z opieki fizjoterapeuty skorzystało 26 pacjentów, a karty te dołączono do historii sześciu. Brakujące 20 kart zostało wydrukowanych podczas kontroli.

(akta kontroli str. 61-64, 67-73, 414-444)

Zgodnie z § 15 ust. 1 pkt 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania²⁹, do historii choroby dołącza się dokumenty dodatkowe, w szczególności m.in. kartę indywidualnej opieki fizjoterapeutycznej.

Dyrektor wyjaśnił: *Taka karta w dokumentacji medycznej pacjentów hospitalizowanych w SPZZOZ w Staszowie obowiązuje i funkcjonuje tylko pod nazwą „Przebieg rehabilitacji” – gdzie fizjoterapeuci zapisują codzienny przebieg procesu rehabilitacyjnego pacjenta. Jest to formularz elektroniczny funkcjonujący w systemie informatycznym jako część dokumentacji medycznej. Na jej podstawie powstają zalecenia rehabilitacyjne, które pacjent otrzymuje w karcie informacyjnej.*

(akta kontroli str. 445)

Odnosząc się do złożonych wyjaśnień, NIK zauważa, że rozproszenie dokumentacji medycznej może prowadzić do ograniczenia praw pacjenta do informacji o swoim stanie zdrowia oraz dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej jego stanu zdrowia i udzielonych mu świadczeń zdrowotnych, o których mowa w art. 9 ust. 1 i art. 23 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta³⁰.

²⁸ W systemie komputerowym Szpitala karta ta funkcjonuje pod nazwą *Przebieg rehabilitacji*.

²⁹ Obowiązującym od 15 kwietnia 2020 r. W przypadku dokumentacji medycznej sporządzonej przed 15 kwietnia 2020 r. wymóg taki wynikał z § 15 pkt 7 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. poz. 2069).

³⁰ Dz. U. z 2020 r. poz. 849, ze zm.

OCENA CZĄSTKOWA

Szpital przyjmował pacjentów na Oddział oraz do Poradni na bieżąco (z wyjątkiem wyznaczonych terminów wizyt pohospitalizacyjnych, w przypadku których już przy wyjściu ze Szpitala wyznaczano pacjentowi termin wizyty kontrolnej w Poradni za dwa – trzy tygodnie od opuszczenia Szpitala). Informacje o „zerowym” czasie oczekiwania przekazywano do NFZ. W okresie epidemii COVID-19 podejmowano działania zapewniające pacjentom i pracownikom bezpieczne warunki udzielania świadczeń. Umożliwiono również korzystanie z rejestracji elektronicznej i teleporad, ale ze względu na specyfikę opieki geriatrycznej formy te nie cieszyły się dużym zainteresowaniem ze strony pacjentów. Dokumentacja medyczna prowadzona była prawidłowo, za wyjątkiem kart indywidualnej opieki fizjoterapeutycznej, których nie zamieszczano w historii choroby niektórych pacjentów.

OBSZAR

Opis stanu faktycznego

3. Efekty opieki geriatrycznej – dla pacjentów

Szpital zabezpieczył udzielanie świadczeń zdrowotnych pacjentom w podeszłym wieku, z uwzględnieniem zaleceń wynikających ze *Standardów postępowania w opiece geriatrycznej*. Pomieszczenia, ciągi komunikacyjne, toalety przystosowane były dla osób starszych w tym niepełnosprawnych. Oddział współpracował z Poradnią, gwarantując kontynuację leczenia. Pacjentom zapewniono kontakt z bliskimi i opiekę duszpasterską. Wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną spełniało zalecenia określone w *Standardach*. Na Oddziale znajdowała się sala rehabilitacyjna wyposażona w sprzęt do fizykoterapii, natomiast zabiegi rehabilitacyjne z wykorzystaniem krioterapii, ultradźwięków, elektroterapii, magnetoterapii, światłolecznictwa i laseroterapii wykonywane były w Oddziale Rehabilitacji Neurologicznej znajdującym się na IV piętrze budynku Szpitala. Budynek wyposażony był w windy (także windę z możliwością przewozu chorego na łóżku). Rozbudowana struktura diagnostyczna Szpitala zapewniała korzystanie z pełnej diagnostyki (pracownie USG, EKG, TK, RM, endoskopowa, laboratorium diagnostyczne).

(akta kontroli str. 295, 296-305, 22-32)

Poradnia zlokalizowana była na parterze budynku Szpitala. Wyposażona była w aparat do mierzenia ciśnienia, sprzęt do udzielania pierwszej pomocy, glukometry, wagę lekarską, aparat EKG. Dodatkowo w razie potrzeby, pacjenci Poradni mogli skorzystać z defibrylatora i kardiomonitora znajdujących się w lokalizacji budynku (oddziały Geriatryczny i Wewnętrzny), aparatu typu doppler (w lokalizacji – pracownia USG), aparatu do 24-godzinnej rejestracji ciśnienia krwi oraz EKG (w lokalizacji – na Oddziale), pulsoksymetru, nebulizatorów (w lokalizacji – Oddział) oraz spirometru (w lokalizacji – pracownia spirometryczna przy Oddziale Wewnętrznym). Zgodnie z zaleceniami wynikającymi ze *Standardów*, Poradnia miała dostęp do badań: laboratoryjnych, endoskopowych, obrazowych (USG, RTG, TK, MR), histologiczno-patologicznych, densytometrycznych poprzez realizację ich we własnym zakresie lub na podstawie podpisanych umów z podwykonawcami.

(akta kontroli str. 295, 296-305, 22-32, 311-323)

Personel zatrudniony na Oddziale również spełniał zalecenia zawarte w *Standardach*. Kierownik Oddziału miał specjalizację z geriatry. W okresie objętym kontrolą świadczeń udzielało średnio sześciu lekarzy, co przy 34 łóżkach dawało proporcję jednego lekarza na 5,6 łóżka. Pielęgniarka oddziałowa posiadała specjalizację z pielęgniarstwa geriatrycznego. Specjalizację taką miało jeszcze dwie pielęgniarki, natomiast dwie kolejne były w trakcie jej uzyskiwania. Na Oddziale zatrudnionych było również dwóch fizjoterapeutów oraz psycholog. Dodatkowo Szpital zatrudniał opiekunki medyczne.

(akta kontroli str. 88-92, 98-102)

Podstawą diagnostyki pacjenta w podeszłym wieku na Oddziale była procedura COG. Do oceny stanu pacjenta stosowano m.in. następujące standaryzowane skale: MMSE³¹, GDS³², test rysowania zegara, CAM³³, DOS³⁴, ADL³⁵, IADL³⁶, Barthel³⁷, Berga³⁸, test Tinetti i Poma³⁹, MNA⁴⁰, próba ortostatyczna, ocena siły mięśniowej dynamometrem. Podstawą diagnostyki pacjentów Poradni był wywiad i badanie przedmiotowe oraz analiza farmakoterapii w kontekście polipragmazji.

(akta kontroli str. 65-66, 67-73, 383-411, 447-449)

Dokumentacja medyczna 24 z 30 pacjentów hospitalizowanych na Oddziale w latach 2017-2020 zawierała karty COG. W przypadku pozostałych pacjentów stosowano, w zależności od stanu pacjenta, niektóre ze standaryzowanych skal i testów. Kierownik Oddziału wyjaśnił: *W tutejszym Oddziale Geriatrycznym pacjenci przyjmowani są bardzo często w stanach ostrych, często ze zdekompensowaną wielochorobowością i tak zwanym efektem domino, z bezpośrednim zagrożeniem życia. W tym przypadku priorytetem jest stabilizacja stanu pacjenta, wyrównanie ostrych zaburzeń. W takiej sytuacji wyrównanie COG jest często niemożliwe oraz niemiarodajne, zatem z założenia nie może być podstawą diagnostyki terapii i opieki. Pomimo tego każdy pacjent ma wykonywane elementy COG w zależności od sytuacji, potrzeb oraz stanu ogólnego. COG powinno się wykonywać w miarę stabilnym okresie chorowania. W związku z powyższym część pacjentów ma wykonywaną COG w trakcie pobytu w tutejszym Oddziale. Problem stanowi brak możliwości przyjęcia pacjenta do Oddziału Geriatrycznego celem wyłącznie wykonania COG (pobyt krótki, 1-2 dniowy, brak możliwości rozliczenia z NFZ, procedura COG jest finansowana jako świadczenie dodatkowe – 162 zł). Moim zdaniem wycena świadczenia jest karygodnie niska biorąc pod uwagę poniesione nakłady.*

(akta kontroli str. 67-73, 383-411, 447-449)

Pacjentom leczonym na Oddziale zapewniono dostęp do konsultacji specjalistycznych. Pacjenci, których dokumentacja medyczna podlegała badaniu, najczęściej korzystali z porad kardiologa (siedem osób), chirurga (pięć osób), laryngologa i neurologa (po cztery osoby). Spośród tych pacjentów, 23 objęto pomocą psychologa a 26 – pomocą fizjoterapeuty.

(akta kontroli str. 67-73)

W dokumentacji medycznej 30 pacjentów hospitalizowanych na Oddziale i 20 pacjentów Poradni odnotowywano, w ramach przeprowadzanego wywiadu lekarskiego, m.in. przebieg dotychczasowego leczenia i diagnostyki, przebyte zabiegi operacyjne oraz przyjmowane leki.

(akta kontroli str. 65-73, 447-449)

Szpital prowadził badania satysfakcji pacjenta w okresie objętym kontrolą. Badanie dotyczyło m.in. wieku pacjenta, płci, sposobu przyjęcia do Szpitala, szybkości

³¹ Mini-Mental State Examination, krótkie narzędzie przesiewowe do oceny otępień.

³² Geriatric Depression Scale, geriatryczna skala oceny depresji.

³³ Skala do oceny jakościowych zaburzeń świadomości.

³⁴ Delirium Observation Screening, skala obserwacji majaczenia.

³⁵ Activities of Daily Living, Skala Podstawowych Czynności Życia Codziennego, zwana także skalą Katza.

³⁶ Mierzy niezależność życiową, czyli zapewnienie funkcjonowania gospodarstwa domowego przez osobę niepełnosprawną na podstawie jej zdolności do radzenia sobie w środowisku zewnętrznym (poza domem) lub ze złożoną czynnością jaką jest np. korzystanie z telefonu (i zapewnienie sobie związanych z tym możliwości).

³⁷ Międzynarodowa skala stosowana w ocenie sprawności chorego i jego zapotrzebowania na opiekę.

³⁸ Testy funkcjonalne służące do oceny ryzyka upadków u osób starszych.

³⁹ Testy służące do oceny ryzyka upadków u osób starszych.

⁴⁰ Ocena stanu odżywienia.

załatwiania formalności, oznakowania Szpitala, uprzejmości personelu, poszanowania intymności, przyjęcia i pobytu w oddziale, czystości w oddziałach, dostępu do konsultacji specjalistów, czasu oczekiwania na zabieg, możliwości korzystania z usług duszpasterskich, wypisu ze Szpitala. Badania takie wykonywane były raz w roku (badania za 2021 rok jeszcze nie zrealizowano). W 2017 r. nie badano satysfakcji pacjentów Oddziału. W latach 2018-2020 wyniki badań były pozytywne dla Szpitala. Niemal wszyscy pacjenci (ponad 95%) pozytywnie wyrażali się na temat pobytu w Szpitalu, poziomu obsługi przez personel pielęgniarski, poszanowania intymności podczas wykonywanych zabiegów oraz badań lekarskich, uprzejmości i życzliwości lekarza prowadzącego, warunków panujących na oddziałach.

(akta kontroli str. 381-382)

Odnośnie współpracy ze specjalistami innych dyscyplin medycznych, Kierownik Oddziału wyjaśnił: *Oddział Geriatryczny współpracuje z lekarzami, specjalistami innych dyscyplin medycznych dwukierunkowo. Po pierwsze – udzielając konsultacji geriatrycznej pacjentom leczonym w innych oddziałach szpitalnych, w szczególności dotyczy to oddziałów zabiegowych (chirurgia, ortopedia), uczestnicząc tym samym w procesie diagnostyczno-leczniczym oraz przygotowaniu do zabiegów operacyjnych pacjentów w wieku podeszłym, szczególnie tych w najstarszej grupie wiekowej powyżej 80 roku życia. W wielu przypadkach konsultacja geriatryczna pozwala na właściwe ukierunkowanie procesu diagnostyczno-terapeutycznego, u pacjentów w wieku podeszłym z wielochorobowością i różnego rodzaju deficytami oraz właściwe przygotowanie pacjentów do zabiegów operacyjnych. Po drugie – lekarze innych specjalności udzielają konsultacji pacjentom hospitalizowanym w oddziale geriatrycznym. Obecnie współpraca między lekarzami innych specjalności układa się w sposób prawidłowy.*

(akta kontroli str. 447-449)

Na temat współpracy Szpitala z ośrodkami pomocy społecznej i władzami samorządowymi Kierownik Oddziału wyjaśnił: *Współpraca personelu oddziału geriatrycznego i poradni geriatrycznej z instytucjami, ośrodkami pomocy społecznej polega na informowaniu o trudnej sytuacji seniorów wracających do środowiska domowego i konieczności objęcia szeroko pojętym wsparciem społecznym. Współpracujemy także z ośrodkami i instytucjami opieki społecznej w procedurze umieszczania pacjentów w ośrodkach opieki stacjonarnej. (...) Oddział geriatryczny nie współpracuje bezpośrednio z lokalnymi instytucjami samorządowymi, ale starostwo powiatowe jako organ założycielski i prowadzący szpital, na pewno wielokrotnie wspierało inicjatywy doposażenia oddziału w sprzęt medyczny. Współpraca z lekarzami Podstawowej Opieki Zdrowotnej ogranicza się do przyjmowania pacjentów kierowanych zarówno do oddziału geriatrycznego i poradni geriatrycznej. Nie chciałbym uogólniać, ale wśród lekarzy Podstawowej Opieki Zdrowotnej wydaje się, że najistotniejszym problemem jest brak prawidłowego zrozumienia, czym jest geriatryka i jacy pacjenci powinni być kierowani do leczenia szpitalnego i konsultacji ambulatoryjnej. Problemem jest także, zupełny brak wyciągania wniosków z COG. Dla większości lekarzy w podstawowej opiece ambulatoryjnej jest to kolejna kartka papieru.*

(akta kontroli str. 447-449)

Od 2017 r. (na dzień 23 sierpnia 2021 r.) Szpital był dwukrotnie kontrolowany przez konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie geriatryki. Kontrola przeprowadzona w 2017 r. dotyczyła funkcjonowania Oddziału, natomiast kontrola przeprowadzona w 2019 r. dotyczyła działalności Oddziału i Poradni. W obu przypadkach ustalono, że jednostki te są dobrze wyposażone i funkcjonują prawidłowo. Nie wydano żadnych zaleceń pokontrolnych.

(akta kontroli str. 306-307)

W okresie objętym kontrolą do Szpitala nie wpłynęły skargi dotyczące udzielanych świadczeń na Oddziale i w Poradni.

(akta kontroli str. 451)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

OCENA CZĄSTKOWA

Świadczenia zdrowotne pacjentom w podeszłym wieku udzielane były w Szpitalu z uwzględnieniem zaleceń wynikających ze *Standardów postępowania w opiece geriatrycznej*. Pacjenci Poradni mieli zapewniony dostęp do badań rekomendowanych w *Standardach*. Podstawą diagnostyki pacjentów hospitalizowanych w Oddziale była procedura COG. W celu diagnozy stanu pacjenta stosowano również dodatkowe procedury diagnostyczno-terapeutyczne wskazane w *Standardach postępowania w opiece geriatrycznej*. Na kompleksowość opieki nad pacjentami geriatrycznymi miała również wpływ wielokierunkowa współpraca z psychologiem, fizjoterapeutami i lekarzami różnych specjalności, a także instytucjami pomocy społecznej.

IV. Uwagi i 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. Określenie w regulaminie organizacyjnym Szpitala zadań poradni specjalistycznych.
2. Zamieszczanie w historiach choroby pacjentów kart indywidualnej opieki fizjoterapeutycznej.

Uwagi

NIK nie formułuje uwag.

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

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykonania wniosków

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

Kielce, września 2021 r.

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Kielcach
p.o. Wicedyrektor
Krzysztof Wilkosz

Kontrolerzy
Kinga Komenda
specjalista kontroli państwowej

.....
podpis

.....
podpis

Sławomir Tokarczyk
starszy inspektor kontroli państwowej

.....
podpis