



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Łodzi

LLO. 410.018.02.2021

Pani
Agnieszka Józwik
Dyrektor
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego
im. Marii Skłodowskiej - Curie
w Zgierzu
ul. Parzęczewska 35, 95-100 Zgierz

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

P/21/072 Funkcjonowanie medycznej opieki geriatrycznej

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Marii Skłodowskiej - Curie w Zgierzu ¹ , ul. Parzęczewska 35, 95-100 Zgierz
Kierownik jednostki kontrolowanej	Agnieszka Józwik, Dyrektor Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Marii Skłodowskiej - Curie w Zgierzu ² , od 14 lutego 2017 r. W okresie od 1 stycznia do 13 lutego 2017 r. obowiązki Dyrektora WSS w Zgierzu pełnił Marek Kozłowski. (akta kontroli str. 3-6)
Zakres przedmiotowy kontroli	<ol style="list-style-type: none">1. Organizacja procesu udzielania świadczeń.2. Realizacja świadczeń z zakresu geriatryi.3. Efekty opieki geriatrycznej – dla pacjentów.
Okres objęty kontrolą	Lata 2017-2021 (do dnia zakończenia kontroli, tj. 10 sierpnia 2021 r.), 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 ³
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Łodzi
Kontroler	Małgorzata Chojnacka, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LLO/116/2021 z 18 czerwca 2021 r. (akta kontroli str. 1-2)

¹ Dalej: Szpital, WSS.

² Dalej: Dyrektor.

³ Dz. U. z 2020 r. poz. 1200 ze zm., dalej: ustawa o NIK.

II. Ocena ogólna⁴ kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

W okresie objętym kontrolą Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Marii Skłodowskiej - Curie w Zgierzu zapewnił opiekę nad pacjentami w zakresie świadczeń geriatrycznych. Umową z dnia 19 czerwca 2017 r. WSS zlecił świadczenie usług medycznych w zakresie zabezpieczenia 24 godzinnej opieki medycznej w Pododdziale Geriatrycznym podmiotowi zewnętrznemu.

W WSS opracowano i wdrożono procedurę oceny geriatrycznej stosowaną wobec wszystkich pacjentów hospitalizowanych w Szpitalu, a także wewnętrzne zasady (procedury) dotyczące opieki nad pacjentami WSS, w tym również geriatrycznymi, takie jak m.in.: Profilaktyka ryzyka upadku, Profilaktyka przeciwodleżynowa i postępowanie z odleżynami, Profilaktyka żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej. W Pododdziale Geriatrycznym we właściwym wymiarze czasu zapewniono personel lekarski, fizjoterapeutę oraz psychologa. Ponadto w 2020 r. we właściwym wymiarze zapewniono personel pielęgniarski, tj. równoważnik co najmniej 0,6 etatu na jedno łóżko. Nie zapewniono go natomiast w analizowanych miesiącach lat 2017-2019. Nie aktualizowano również informacji na temat wymiaru zatrudnienia i specjalizacji personelu w Portalu Potencjału Narodowego Funduszu Zdrowia⁵, co prowadziło do niezgodnych ze stanem faktycznym danych w harmonogramach – zasoby, stanowiących załącznik nr 2 do umowy z NFZ. Użytkowany w jednostce sprzęt i aparatura medyczna, z jednym wyjątkiem, odpowiadały warunkom określonym w umowie z NFZ.

Świadczenia z zakresu geriatryki były realizowane przez Szpital w sposób prawidłowy. Pacjenci przyjmowani byli do Pododdziału Geriatrycznego na bieżąco. Nie ograniczono dostępu do świadczeń geriatrycznych w okresie epidemii wywołanej koronawirusem SARS-CoV-2. Poddana badaniu dokumentacja medyczna prowadzona była prawidłowo i zawierała wszystkie wymagane elementy za wyjątkiem karty indywidualnej opieki fizjoterapeutycznej.

Podstawą diagnostyki pacjenta w podeszłym wieku w Pododdziale Geriatrycznym była procedura Całościowej Oceny Geriatrycznej. W oparciu o Standardy postępowania w opiece geriatrycznej stosowano także dodatkowe procedury diagnostyczno-terapeutyczne, a także działania edukacyjne pacjentów i ich rodzin.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowej⁶ kontrolowanej działalności

OBSZAR

Opis stanu faktycznego

1. Organizacja procesu udzielania świadczeń

1.1 Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Marii Skłodowskiej - Curie w Zgierzu funkcjonuje jako podmiot leczniczy niebędący przedsiębiorcą, prowadzony w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, działający na podstawie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej⁷, wpisany do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą⁸ prowadzonego przez Wojewodę Łódzkiego pod numerem 4416⁹.

⁴ Najwyższa Izba Kontroli formuluje ocenę ogólną jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej.

⁵ Dalej: NFZ

⁶ 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.

⁷ Dz. U. z 2020 r. poz. 295 ze zm., dalej: ustawa o działalności leczniczej.

⁸ Dalej: RPWDL.

⁹ [https://rpwdl.ezdrowie.gov.pl/\(X\(1\)S\(mlmeq51h23ryesbufyb2pb5\)\)/RPM/DetailsConfirm](https://rpwdl.ezdrowie.gov.pl/(X(1)S(mlmeq51h23ryesbufyb2pb5))/RPM/DetailsConfirm) (dostęp: 22.06.2021 r.). Według wpisu do RPWDL Oddział Chorób Wewnętrznych i Geriatrii rozpoczął działalność 28.10.1994 r., zaś Pododdział Geriatryczny - 16.06.2017 r. W rejestrze wskazano, że zakres świadczeń zdrowotnych udzielanych w obu komórkach organizacyjnych obejmuje geriatrę (rubryka nr 8).

Zadania Szpitala określone zostały w Statucie¹⁰ oraz Regulaminie organizacyjnym. Struktura organizacyjna WSS została określona w załączniku nr 1 do Regulaminu organizacyjnego Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Marii Skłodowskiej-Curie w Zgierzu wprowadzonego przez Dyrektora w dniu 24 stycznia 2020 r.¹¹ W skład WSS wchodzi: Pion Medyczny oraz Pion Administracyjny. W WSS funkcjonują trzy zakłady lecznicze: Zespół Opieki Szpitalnej, Zespół Opieki Pozaszpitalnej, Zespół Opieki AmbulATORYJNEJ. W ramach Zespołu Opieki Szpitalnej funkcjonuje 37 jednostek¹², w tym Oddział Chorób Wewnętrznych i Geriatrii z siedzibą przy ul. Parzęczewskiej 35 w Zgierzu (42 łóżka)¹³ oraz Pododdział Geriatryczny z siedzibą przy ul. A. Struga 2/4 w Zgierzu (10 łóżek)¹⁴.

Zgodnie z umową zawartą z Narodowym Funduszem Zdrowia – Łódzkim Oddziałem Wojewódzkim realizowane na Oddziale Chorób Wewnętrznych i Geriatrii świadczenia, nie obejmują świadczeń geriatrycznych.

Dyrektor wyjaśniła, że *Oddział Chorób Wewnętrznych i Geriatrii zlokalizowany w Zgierzu przy ul. Parzęczewskiej 35 realizuje świadczenia geriatryczne w ramach umowy z NFZ w zakresie choroby wewnętrzne – hospitalizacja. Zgodnie z katalogiem świadczeń zdrowotnych, stanowiącym załącznik do Zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne, wszystkie świadczenia zdrowotne określone dla zakresu geriatryka – hospitalizacja mogą być również realizowane w ramach zakresu choroby wewnętrzne – hospitalizacja. Nazwa oddziału jest zgodna z posiadanymi przez Ordynatora specjalizacjami oraz profilami świadczeń realizowanych w komórce. Ubieganie się szpitala o zawarcie umowy na realizację świadczeń w zakresie geriatryka – hospitalizacja w Oddziale Chorób Wewnętrznych i Geriatrii możliwe było od maja 2017 r., w tym okresie nie były prowadzone przez NFZ postępowania konkursowe w tym zakresie. Od dnia 1 października 2017 r. świadczenia w Oddziale Chorób Wewnętrznych i Geriatrii realizowane są w ramach umowy zawartej na zasadach określonych w art. 95m ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych¹⁵.*

(akta kontroli str. 7-91, 827-830, 929-934, 972-977)

Świadczenia z zakresu geriatryki w ramach umowy z NFZ realizowane były natomiast na Pododdziale Geriatrycznym. W celu realizacji świadczeń geriatrycznych WSS podpisał porozumienie o użyczenie pomieszczeń oraz sprzętu medycznego w placówce zlokalizowanej w Zgierzu przy ul. A. Struga 2/4. Ponadto w wyniku konkursu ofert¹⁶, w dniu 19 czerwca 2017 r. Szpital podpisał umowę nr 14/DOSZ/2017 na świadczenie usług – zabezpieczenie 24-godzinnej opieki

¹⁰ Uchwała Nr XIII/218/19 Sejmiku Województwa Łódzkiego z dn. 26 listopada 2019 r. zmieniająca Statut Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Marii Skłodowskiej-Curie w Zgierzu (Dz. Urz. Woj. Łódzkiego z 2019 r., poz. 7185) nadany uchwałą nr V/89/19 Sejmiku Województwa Łódzkiego z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie nadania Statutu Wojewódzkiemu Szpitalowi Specjalistycznemu im. Marii Skłodowskiej-Curie w Zgierzu (Dz. Urz. Woj. Łódzkiego z 2019 r., poz. 2533 i 3389). W okresie objętym kontrolą Statut zmieniany był siedem razy. Zmiany w głównej mierze dotyczyły struktury organizacyjnej Szpitala.

¹¹ W okresie objętym kontrolą Regulamin zmieniany był sześć razy. Zmiany w głównej mierze dotyczyły struktury organizacyjnej, ujęcia bądź wykreślenia poszczególnych komórek organizacyjnych. Dalej: Regulamin organizacyjny.

¹² Oddziały (19), Pododdziały (7), Zakłady (2), Apteka, Izba przyjęć Ogólna, Izba Przyjęć dla dzieci, Blok Operacyjny, Centralna Sterylizatornia, Dział Higieny i Epidemiologii, Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy, Szpitalny Oddział Ratunkowy oraz Szkoła Rodzenia.

¹³ Dalej: Oddział Chorób Wewnętrznych i Geriatrii.

¹⁴ Dalej: Pododdział Geriatryczny.

¹⁵ Dz.U. 2021 poz. 1285 ze zm.

¹⁶ <https://szpitale.lodzkie.pl/zgierz/pl/c/ogloszenie-z-dnia-07-06-2017-udzielanie-swadczen-zdrowotnych-w-profilach-choroby-wewnetrzne-i-geriatria-14-dosz-2017.html> (dostęp: 24.06.2021 r.).

medycznej w Pododdziale Geriatrycznym¹⁷. Przed przystąpieniem do sieci szpitali¹⁸, WSS nie realizował w swojej placówce świadczeń geriatrycznych.

(akta kontroli str. 92-209, 827-830)

Zarówno Oddział Chorób Wewnętrznych i Geriatrii jak i Pododdział Geriatryczny ujęte zostały w dokumentach rejestrowych i organizacyjnych Szpitala, a ich wykaz umieszczony został na stronie internetowej Szpitala (jako załączniki do Statutu i Regulaminu organizacyjnego).

Regulamin organizacyjny regulował przebieg procesu udzielania świadczeń oraz warunki współdziałania, w tym: sposób prowadzenia i udostępniania dokumentacji medycznej, przyjmowania i rozpatrywania skarg, zadania w zakresie współdziałania komórek, a także współdziałanie z innymi podmiotami.

W Regulaminie określono także szczegółowy zakres działania komórek organizacyjnych w pionie medycznym, w tym: zastępcy dyrektora ds. opieki zdrowotnej, przełożonej pielęgniarek. Wskazano także zadania osób sprawujących funkcje kierownicze w medycznych komórkach organizacyjnych.

(akta kontroli str. 19-91, 929-934, 972-977)

Ponadto w Regulaminie organizacyjnym, a także w RPWDL obok Oddziału Chorób Wewnętrznych i Geriatrii oraz Oddziału Chorób Wewnętrznych i Pododdziału Geriatrycznego ujęto Poradnię Geriatryczną.

Dyrektor wyjaśniła, że *bezpośrednio po utworzeniu Poradni Geriatrycznej w dniu 11 lutego 2020 r. WSS w Zgierzu wystąpił do Dyrektora Łódzkiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ z wnioskiem o ogłoszenie postępowania konkursowego w zakresie świadczeń w poradni. W odpowiedzi uzyskano informację, że NFZ nie planuje przeprowadzenia postępowań konkursowych w tym zakresie (...). W związku z wystąpieniem stanu zagrożenia epidemicznego oraz przeprofilowaniem z dniem 16 marca 2020 r. Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. M. Skłodowskiej - Curie w Zgierzu na jednoimienny szpital zakaźny, a następnie na mocy kolejnych decyzji Wojewody Łódzkiego organizowaniem i zapewnieniem realizacji świadczeń dla pacjentów z podejrzeniem lub potwierdzeniem COVID-19 nie podejmowano dalszych działań związanych z uruchomieniem działalności poradni. Wznowienie czynności zmierzających do uruchomienia Poradni Geriatrycznej planowane jest na początku IV kwartału 2021 r.*

(akta kontroli str. 7-91, 832-838)

1.2 Zgodnie z § 6a rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego¹⁹ w Szpitalu opracowano i wdrożono procedurę oceny geriatrycznej pacjenta hospitalizowanego²⁰, w celu ustalenia zasad przyjmowania do szpitala pacjentów zagrożonych nagłym pogorszeniem stanu zdrowia lub zgonem w przebiegu chorób zależnych od wieku. W dokumencie określono ponadto zakres stosowania (procedura dotyczy pacjentów powyżej 60. roku życia przyjmowanych do szpitala i hospitalizowanych, z wyłączeniem oddziałów: Pediatrycznego, Neonatologii i Patologii Noworodka, Ginekologiczno-Położniczego), pojęcia i definicje, opis postępowania, odpowiedzialność i uprawnienia, listę nadzorowanych zapisów, a także dokumenty powiązane. Zgodnie z Procedurą oceny geriatrycznej²¹ w dniu przyjęcia pacjenta, lub w najbliższym dniu, kiedy zostanie wyznaczony lekarz prowadzący, lekarz ten dokonuje rutynowej oceny geriatrycznej pacjenta

¹⁷ Na podstawie umów z NFZ (od 1.10.2017 – po przystąpieniu do sieci szpitali) WSS realizuje świadczenia z zakresu geriatrii na Pododdziale geriatrycznym zlokalizowanym przy ul. A. Struga 2/4 w Zgierzu.

¹⁸ 1 października 2017 r.

¹⁹ Dz. U. z 2021 r. poz. 290 ze zm., dalej: rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych.

²⁰ Dalej: Procedura oceny geriatrycznej.

²¹ Pkt 4.4 Procedury oceny geriatrycznej.

geriatrycznego na podstawie skali VES-13²². Jeżeli wynik w skali VES-13 wynosi powyżej 6 punktów, to pacjent jest kwalifikowany do pogłębionej diagnostyki. W tym celu lekarz zleca pobranie krwi do badań laboratoryjnych²³.

Wprowadzona 7 grudnia 2020 r. procedura o numerze P.Med-017 (Wydanie II) została opracowana przez Ordynatora Chorób Wewnętrznych i Geriatrii i zatwierdzona przez Pełnomocnika ds. Zintegrowanego Systemu Zarządzania²⁴ oraz Dyrektora Szpitala. W okresie od 31 grudnia 2014 r. do 7 grudnia 2020 r. w Szpitalu obowiązywało wydanie I Procedury P.Med-017 opracowane przez Ordynatora Chorób Wewnętrznych i Geriatrii²⁵. Zmiany w procedurze dotyczyły aktualizacji dzienników ustaw przywoływanych aktów prawnych.

(akta kontroli str. 211-224)

Pełnomocnik ds. ZSZ wyjaśnił, że procedury są umieszczone w wewnętrznej sieci informatycznej (Intranet) Szpitala, do której dostęp ma personel placówki. Do sieci można zalogować się na podstawie loginu i hasła z dowolnego komputera na terenie Szpitala. Każdy nowy pracownik Szpitala jest informowany o funkcjonującym w Szpitalu Zintegrowanym Systemie Zarządzania. Po przyjęciu do pracy wypełniana jest karta obiegowa, na której Pełnomocnik ds. ZSZ potwierdza przeprowadzenie instruktarzu z dostępu do ZSZ.

(akta kontroli str. 840-852)

Zgodnie z § 43 pkt 4 Regulaminu organizacyjnego do podstawowych obowiązków kierowników komórek organizacyjnych należało w szczególności wdrażanie do stosowania w kierowanej komórce ogólnie obowiązujących przepisów prawa oraz przepisów wewnętrznych obowiązujących w WSS i kontrola ich przestrzegania przez podległych pracowników. §44 pkt 1 ppkt 1 określał, że do podstawowych obowiązków pracowników WSS należy w szczególności znajomość i przestrzeganie obowiązujących przepisów prawa, regulaminów, instrukcji i innych przepisów wewnętrznych WSS.

(akta kontroli str. 19-91)

Analiza 15 losowo wybranych dokumentacji medycznych pacjentów powyżej 65. roku życia, przyjętych do WSS na Oddziały Kardiologiczny, Chirurgii Ogólnej i Onkologii oraz Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej w marcu i czerwcu 2021 r. wykazała, że wobec wszystkich pacjentów w dniu ich przyjęcia do szpitala, zastosowano procedurę oceny geriatrycznej. Do dokumentacji załączano wydruki z funkcjonującego w WSS systemu informatycznego zawierające dane pacjenta, numer Księgi Głównej²⁶ i Księgi Oddziałowej²⁷, datę założenia karty, a także ocenę w skali VES-13.

(akta kontroli str. 225)

1.3 W Szpitalu obowiązywały wewnętrzne zasady (procedury) dotyczące opieki nad pacjentami WSS, w tym również geriatrycznymi, takie jak m.in.: Profilaktyka ryzyka upadku (P.Med-008), Profilaktyka przeciwoleżynowa i postępowanie z odleżynami

²² Według Gryglewska A., Gluszevska A., Górski S., Grodzicki T., *Ocena w skali VES-13 starszych chorych przyjmowanych na szpitalny oddział chorób wewnętrznych* w Gerontologia Polska, tom 21, nr 2, str. 49 <https://gerontologia.org.pl/wp-content/uploads/2016/05/2013-02-2.pdf> (dostęp: 29.07.2021 r.) - Skala VES-13 jest to kwestionariusz zawierający 13 pytań, w tym: wiek (...), samoocenę stanu zdrowia (...) oraz dwie kategorie pytań dotyczących pogorszenia sprawności funkcjonalnej i fizycznej (...). W oryginalnej wersji skali VES-13 pacjent może uzyskać od 0 do 10 punktów. W modyfikacji zaproponowanej przez NFZ każda odpowiedź pozytywna na pytania 3-13 skutkuje przyznaniem 1 punktu, stąd łączna punktacja może wynosić od 0 do 15 punktów.

²³ Pkt 4.5 Procedury oceny geriatrycznej.

²⁴ Dalej: Pełnomocnik ds. ZSZ.

²⁵ Zatwierdzone przez zastępcę Dyrektora ds. opieki zdrowotnej, Pełnomocnika ds. ZSZ oraz Dyrektora szpitala.

²⁶ Rejestr wszystkich pacjentów WSS.

²⁷ Rejestr pacjentów przyjętych na dany Oddział.

(P.Pie-003)²⁸, Profilaktyka żylnych chorób zakrzepowo-zatorowych (SOP.Med-028)²⁹, Terapia żywienia (P.Med-004)³⁰, Leczenie i ocena leczenia skuteczności leczenia bólu (P-Med.-016)³¹.

(akta kontroli str. 226-489)

1.4 W latach 2017-2021 (I półrocze) w Pododdziale Geriatrycznym hospitalizowano odpowiednio: 55, 241, 234, 126 i 102 osoby, w tym odpowiednio:

- dziewięć, 22, 16, 13, dziewięć osób w wieku od 61 do 70 lat;
- 13, 68, 84, 31, 26 w wieku od 71 do 80 lat;
- 28, 126, 103, 70, 44 w wieku od 81 do 90 lat;
- pięć, 24, 30, 12, 22 w wieku powyżej 90 lat.

Wśród hospitalizowanych znaleźli się także pacjenci poniżej 60. roku życia, po jednej osobie w roku 2018, 2019 i 2021.

Spośród 105 pacjentów hospitalizowanych w drugim półroczu 2019 r., większość stanowili mieszkańcy powiatu zgierskiego (83 osoby), pozostali pacjenci byli mieszkańcami Łodzi (19 osób), powiatu piotrkowskiego (jedna osoba), powiatu tomaszowskiego (jedna osoba). W Pododdziale hospitalizowano także jedną osobę spoza województwa łódzkiego.

Czas hospitalizacji pacjentów w Pododdziale Geriatrycznym w drugiej połowie 2019 r. i drugiej połowie 2020 r. wyniósł odpowiednio:

- do trzech dni: 12 i 12 pacjentów;
- od trzech do siedmiu dni: 69 i 31 pacjentów,
- od siedmiu do 14 dni: 21 i 21 pacjentów,
- od 14 do 21 dni: trzech i pięciu pacjentów,
- powyżej 21 dni: zero i siedmiu pacjentów.

(akta kontroli str. 490-493)

Na podstawie analizy losowo wybranych 30 dokumentacji medycznych z lat 2017-2020 stwierdzono, że 12 pacjentów zostało przyjętych do Pododdziału geriatrycznego na podstawie skierowania. Pacjenci przyjmowani byli do Pododdziału tego samego dnia (dwa przypadki), bądź w terminie od jednego do 19 dni od daty wystawienia skierowania (10 przypadków)³².

(akta kontroli str. 759)

1.5 Na próbie ośmiu miesięcy (sierpień i grudzień lat 2017-2020) zweryfikowano zapewnienie w Pododdziale Geriatrycznym odpowiedniej liczby wykwalifikowanego personelu zgodnie z § 9 ust. 1 i załącznikiem nr 3 (punkt 20) rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych. Badanie stanu zatrudnienia w analizowanym okresie wykazało, że w Pododdziale Geriatrycznym we właściwym wymiarze czasu zapewniono personel lekarski, fizjoterapeutę oraz psychologa. Ponadto w 2020 r. we właściwym wymiarze zapewniono personel pielęgniarski, tj. równoważnik co najmniej 0,6 etatu na jedno łóżko. Nie zapewniono go natomiast w analizowanych miesiącach lat 2017-2019, o czym szerzej w sekcji stwierdzone nieprawidłowości. We wszystkich analizowanych miesiącach w przypadku personelu pielęgniarskiego spełniono wymogi dotyczące równoważnika *co najmniej 2 etatów - specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego lub zachowawczego, lub internistycznego, lub przewlekle chorych i niepełnosprawnych, lub opieki długoterminowej, lub opieki paliatywnej lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego lub internistycznego, lub opieki długoterminowej,*

²⁸ Z 8 października 2013 r. (Wydanie I) zmieniona w dn. 28 sierpnia 2019 r. (Wydanie II).

²⁹ Z 31 sierpnia 2018 r. (Wydanie I), zmieniona w dn. 20 lipca 2018 r. (Wydanie II).

³⁰ Z 27 września 2017 r. (Wydanie I).

³¹ Z 31 sierpnia 2016 r. (Wydanie II), zmieniona w dn. 30 sierpnia 2019 r. (Wydanie III).

³² Przy czym termin przyjęcia pacjenta do Pododdziału zależny był od daty zgłoszenia się pacjenta ze skierowaniem do Szpitala.

lub opieki paliatywnej, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego lub zachowawczego, lub internistycznego, lub przewlekle chorych i niepełnosprawnych, lub opieki długoterminowej, lub opieki paliatywnej, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego lub internistycznego, lub opieki długoterminowej, lub opieki paliatywnej.

(akta kontroli str. 494-719, 853, 887-926)

Dyrektor wyjaśniła ponadto, że nie ustalała minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych dla Pododdziału Geriatrycznego, w związku z faktem, iż personel pielęgniarski zatrudniony jest w podmiocie zewnętrznym realizującym świadczenia geriatryczne na podstawie zawartej ze Szpitalem umowy i jest to tylko i wyłącznie personel tego podmiotu. Dyrektor zaznaczyła także, że Szpital wzywał pomiot realizujący świadczenia geriatryczne do ustalenia minimalnych norm zatrudnienia personelu pielęgniarskiego.

(akta kontroli str. 887-894)

Analizą objęto również aktualność informacji w Portalu Potencjału Narodowego Funduszu Zdrowia w zakresie zatrudnienia personelu lekarskiego Pododdziału Geriatrycznego. Na podstawie przedłożonych do kontroli dokumentów stwierdzono, że informacje na temat czterech lekarzy nie zostały usunięte z Portalu Potencjału, pomimo że nie realizowali oni usług na rzecz Pododdziału Geriatrycznego. Ponadto, na podstawie analizy grafików lekarzy za miesiąc sierpień w latach 2017 – 2020 stwierdzono, iż odpowiednio: jeden, trzech, dwóch i dwóch lekarzy świadczących dyżury w Pododdziale Geriatrycznym nie zostało zgłoszonych do Portalu Potencjału³³. Nie aktualizowano również informacji dotyczących specjalizacji personelu pielęgniarskiego. Prowadziło to do niezgodnych ze stanem faktycznym danych w harmonogramach – zasoby, stanowiących załącznik nr 2 do umowy z NFZ, o czym szerzej w sekcji stwierdzone nieprawidłowości.

(akta kontroli str. 494-719, 853, 887-926)

1.6 Analiza grafików lekarzy wykazała, że w Pododdziale Geriatrycznym zapewniono pacjentom całodobową opiekę lekarza. Ponadto zgodnie z § 9 ust. 1 i załącznikiem nr 3 (punkt 20) rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych zapewniono równoważnik co najmniej 1 etatu (nie dotyczy dyżuru medycznego) - specjalisty w dziedzinie gerontologii lub geriatрії. Ponadto na podstawie analizy grafików lekarzy za miesiąc sierpień w latach 2017 – 2020 stwierdzono, iż pięciu lekarzy Pododdziału Geriatrycznego zatrudnionych na umowy cywilnoprawne³⁴ świadczyło usługi medyczne przez ponad 24 godziny bez przerwy, tj. od 35 do 65 godzin.

Dyrektor wyjaśniła, że zgodnie z ustaleniami z podmiotem zewnętrznym realizującym świadczenia geriatryczne, *grafik dyżurów na Pododdziale Geriatrycznym układany jest na zasadzie dobrowolności, na podstawie propozycji własnych lekarzy dyżurujących. Należy zwrócić uwagę, iż obciążenie pracą na dyżurze w ww. Pododdziale nie jest uciążliwe - lekarz dyżurny zajmuje się tylko pacjentami Oddziału, nie ma tu izby przyjęć ani konieczności konsultacji/interwencji na innych oddziałach, na dyżurach nie ma przyjęć planowych, a przyjęcia w trybie ostrym zaopatrywane są wstępnie w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym. Lekarz dyżurny ma do dyspozycji klimatyzowany pokój z miejscem do wypoczynku i łazienką. Ponadto, nigdy nie odnotowano skarg lekarzy dyżurnych na zbyt duże obciążenie pracą ani skarg pacjentów lub ich rodzin na ewentualne zmęczenie*

³³ Według stanu na dzień 16.07.2021 r.

³⁴ przepisy Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2021 r. poz. 711 ze zm.) nie regulują czasu pracy lekarzy zatrudnianych na umowy cywilnoprawne.

lekarza. Nie odnotowano również nigdy zdarzeń niepożądanych, które mogłyby budzić wątpliwości, czy nie były spowodowane zmęczeniem lekarza dyżurnego.

(akta kontroli str. 671-719, 887-894)

Taka organizacja czasu pracy, pomimo braku zdarzeń niepożądanych w dotychczasowej działalności jednostki, może zdaniem NIK, wpływać na jakość wykonywanych przez lekarzy świadczeń medycznych, a tym samym na jakość opieki nad pacjentkami.

1.7 Sale łóżkowe w Pododdziale Geriatrycznym³⁵ spełniały wymogi § 19 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą³⁶, tj. odstępy między łózkami umożliwiały swobodny dostęp do pacjentów. W ośmiu przypadkach łóżka w pokojach łóżkowych były dostępne z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych, co było zgodne z § 18 rozporządzenia w sprawie szczegółowych wymagań dot. pomieszczeń. W trakcie przeprowadzonych oględzin³⁷ dostęp do dwóch łóżek (bez pacjentów) możliwy był z trzech stron, przy czym z dwóch krótszych i jednej dłuższej³⁸.

(akta kontroli str. 720-724)

W trakcie oględzin zweryfikowano listę zasobów³⁹ w Pododdziale Geriatrycznym, stanowiących załącznik do umowy z NFZ⁴⁰. Użytkowany w jednostce sprzęt i aparatura medyczna⁴¹, z jednym wyjątkiem, odpowiadały warunkom określonym w umowie z NFZ. Zamiast wskazanego w liście inhalatora o numerze seryjnym 2W13F12822, dostępny był inhalator o numerze seryjnym 17A4220810.

Jak oświadczyła Pielęgniarka Oddziałowa sprzęt ten się zużywa i wówczas zastępowany jest nowym.

W trakcie kontroli dokonano właściwego zgłoszenia⁴² celem uaktualnienia listy zasobów w komórce.

(akta kontroli str. 720-725, 969)

Ponadto, w trakcie kontroli zweryfikowano aktualność przeglądów technicznych dziewięciu sprzętów medycznych: aparat do pomiaru ciśnienia tętniczego krwi, EKG (073P-B-01536), kardiomonitor (07126351), kardiomonitor (DE21069526), pompa infuzyjna (0116471/13), pompa infuzyjna (B/15/5/98), pulsoksymetr (512F/30/28263), rotor do ćwiczeń kończyn dolnych i kończyn górnych (13324043), ssak (91459998). Dla ww. sprzętów przedłożono paszporty techniczne, w których rejestrowano kolejne badania i przeglądy. Wszystkie ww. sprzęty miały ważny przegląd do 10 grudnia 2021 r.

(akta kontroli str. 720-725)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. Szpital nie aktualizował danych w Portalu Potencjału Narodowego Funduszu Zdrowia w zakresie zatrudnienia personelu lekarskiego Pododdziału Geriatrycznego (siedem stwierdzonych przypadków) oraz kwalifikacji personelu pielęgniarskiego, co prowadziło do niezgodnych ze stanem faktycznym danych w harmonogramach – zasoby, stanowiących załącznik nr 2 do umowy z NFZ,

³⁵ Łącznie na Oddziale Chorób Wewnętrznych i Pododdziale Geriatrycznym znajduje się 13 sal, z czego trzy wyodrębnione są dla Pododdziału Geriatrycznego. Są to sale nr: 2, 10 i 11 z dziesięcioma łózkami dla pacjentów. Lekarzem prowadzącym pacjentów tych sal jest lekarz geriatra.

³⁶ Dz. U. poz. 595 ze zm., dalej rozporządzenia w sprawie szczegółowych wymagań dot. pomieszczeń.

³⁷ W dniu 22.07.2021 r.

³⁸ W trakcie oględzin Pielęgniarka Oddziałowa zademonstrowała szybką możliwość odsunięcia łóżka od ściany poprzez zdjęcie blokady z kół.

³⁹ Według stanu na dzień 22.07.2021 r.

⁴⁰ Nr umowy 051/110013/03/080/21.

⁴¹ Próba dziesięciu sprzętów zgłoszonych do umowy z NFZ.

⁴² Zgłoszenie z dnia 30.07.2021 r.

co było niezgodnie z § 6 ust. 2 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej⁴³, zgodnie z którym *Zmiany w harmonogramie dotyczące osób, o których mowa w ust. 1, wymagają zgłoszenia Prezesowi Funduszu albo dyrektorowi oddziału wojewódzkiego Funduszu, z którym świadczeniodawca zawarł umowę, najpóźniej w dniu poprzedzającym ich powstanie albo, w przypadkach losowych, niezwłocznie po zaistnieniu zdarzenia.* Ponadto, zgodnie z zapisami umowy podmiot realizujący na rzecz WSS usługi medyczne zobowiązany był do powiadomienia Szpitala o zmianie osób świadczących usługi w terminie 2 dni od daty zaistnienia zmiany⁴⁴.

Dyrektor wyjaśniła, że *brak aktualizacji w Portalu Potencjału Narodowego Funduszu wynikał z braku bieżącego przekazywania zmian w zakresie zatrudnienia personelu medycznego Pododdziału Geriatrycznego przez podmiot realizujący świadczenia geriatryczne.* Dyrektor jednocześnie wskazała, iż opóźnienie w przekazaniu informacji nie miało wpływu na wykonanie umowy i jakość świadczonych usług medycznych.

(akta kontroli str. 494-719, 853, 887-926)

W trakcie kontroli zgłoszono zmiany do Portalu Potencjału Narodowego Funduszu Zdrowia w zakresie zatrudnienia personelu lekarskiego i pielęgniarskiego Pododdziału Geriatrycznego⁴⁵.

(akta kontroli str. 964-968)

2. Szpital nie egzekwował na bieżąco informacji o zachowaniu wymaganych przepisami prawa równoważnikach przeliczeniowych dotyczących personelu pielęgniarskiego. Zgodnie z § 9 ust. 1 i załącznikiem nr 3 (punkt 20) rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych w przypadku oddziału geriatrycznego odnośnie zatrudnienia pielęgniarek wymagany jest równoważnik co najmniej 0,6 etatu na jedno łóżko, w tym równoważnik co najmniej dwóch etatów - specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego lub zachowawczego, lub internistycznego, lub przewlekle chorych i niepełnosprawnych, lub opieki długoterminowej, lub opieki paliatywnej, lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego lub internistycznego, lub opieki długoterminowej, lub opieki paliatywnej, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego lub zachowawczego, lub internistycznego, lub przewlekle chorych i niepełnosprawnych, lub opieki długoterminowej, lub opieki paliatywnej, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego lub internistycznego, lub opieki długoterminowej, lub opieki paliatywnej. W zawartej na świadczenie usług medycznych umowie nie wprowadzono zapisów dotyczących możliwości kontroli przez WSS spełnienia norm i wymogów zatrudnienia personelu. Z przedłożonej do kontroli dokumentacji wynikało, że w miesiącach sierpień i grudzień lat 2017-2019 równoważnik przeliczeniowy dotyczący zatrudnienia personelu pielęgniarskiego w Pododdziale Geriatrycznym wynosił odpowiednio; 4,2 i 4,43, 5,83 i 4,31 oraz 4,56 i 5,08 etatu, przy wymaganej liczbie sześciu etatów.

Dyrektor wyjaśniła, że zgodnie z zawartą z podmiotem zewnętrznym umową nr 14/DOSZ/2017 o świadczenie usług medycznych *przyjmujący zamówienie zapewni świadczenie usług przez osoby w ilości i o odpowiednich uprawnieniach i kwalifikacjach oraz wymaganiach określonych w odrębnych*

⁴³ Dz. U z 2020 r., poz. 320, dalej: Rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

⁴⁴ § 5 pkt 1 umowy 14/DOSZ/2017 z dn. 19 czerwca 2017 r.

⁴⁵ Zgłoszenia z dnia 5.08.2021 r. i 9.08.2021 r.

przepisach, w tym w umowie o finansowanie świadczeń będących przedmiotem umowy przez NFZ lub innego płatnika świadczeń. Zgodnie z zapisami umowy do obowiązków przyjmującego zamówienie należy powiadomienie WSS o każdej zmianie osób świadczących usługi. Zmiany te były przekazywane w formie wiadomości email. Na ich podstawie WSS weryfikował spełnianie wymagań wskazanych w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych. Ponadto Dyrektor zaznaczyła, że WSS kilkakrotnie zwracała się z prośbą o udzielenie informacji o sposobie wykonania zapisów rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych. Weryfikacji zatrudnionego na Pododdziale Geriatrycznym personelu pielęgniarskiego dokonywano również poprzez bieżącą analizę wykazów pielęgniarek składanych zgodnie z rozporządzeniem w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

(akta kontroli str. 494-719, 775, 853, 887-926)

OCENA CZĄSTKOWA

Szpital zapewnił niezbędne warunki organizacyjne obejmujące realizację świadczeń geriatrycznych. Były one realizowane przez podmiot zewnętrzny w zakresie określonym umową 14/DOSZ/2017 o świadczenie usług medycznych z dnia 19 czerwca 2017 r. W WSS opracowano i wdrożono procedurę oceny geriatrycznej, którą stosowano wobec wszystkich pacjentów hospitalizowanych w Szpitalu⁴⁶. W Szpitalu obowiązywały również wewnętrzne zasady (procedury) dotyczące opieki nad pacjentami WSS, w tym również geriatrycznymi, takie jak m.in.: Profilaktyka ryzyka upadku, Profilaktyka przeciwodleżynowa i postępowanie z odleżynami, Profilaktyka żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej. W Pododdziale Geriatrycznym we właściwym wymiarze czasu zapewniono personel lekarski, fizjoterapeutę oraz psychologa. Ponadto w 2020 r. we właściwym wymiarze zapewniono personel pielęgniarski, tj. równoważnik co najmniej 0,6 etatu na jedno łóżko. Nie zapewniono go natomiast w analizowanych miesiącach lat 2017-2019. Nie aktualizowano również danych w Portalu Potencjału Narodowego Funduszu Zdrowia w zakresie wymiaru zatrudnienia oraz kwalifikacji personelu, co prowadziło do niezgodnych ze stanem faktycznym danych w harmonogramach – zasoby, stanowiących załącznik nr 2 do umowy z NFZ. Użytkowany w jednostce sprzęt i aparatura medyczna, z jednym wyjątkiem, odpowiadały warunkom określonym w umowie z NFZ.

OBSZAR

2. Realizacja świadczeń z zakresu geriatryi

Opis stanu faktycznego

2.1. W okresie objętym kontrolą Szpital nie umieścił na listach oczekujących na przyjęcie na Pododdział Geriatryczny, przekazywanych co miesiąc do NFZ, żadnego pacjenta. Pacjenci przyjmowani byli na bieżąco.

Dyrektor wyjaśniła, że w całym analizowanym okresie nie odnotowano wpisów z uwagi na charakter świadczeń i dokonywaniem przyjęć na bieżąco zgodnie ze zgłoszeniami pacjentów i zespołów ratownictwa medycznego.

(akta kontroli str. 726-729)

2.2. Harmonogramy przyjęć prowadzone dla Pododdziału Geriatrycznego sporządzane były w formie elektronicznej z zachowaniem chronologii wpisów.

(akta kontroli str. 730-758)

2.3. W dniu 15 marca 2020 r. Wojewoda Łódzki polecił przekształcenie WSS w Zgierzu w placówkę realizującą funkcję wyznaczonego w województwie łódzkim szpitala zakaźnego⁴⁷. Jednakże, w związku z tym, że świadczenia w zakresie

⁴⁶ Na podstawie losowo wybranej próby 15 dokumentacji medycznych z trzech Oddziałów WSS.

⁴⁷ Na podstawie art. 11 ust. 1 ustawy z dn. 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi

geriatrii realizowane były w budynkach poza lokalizacją przekształconego szpitala zakaźnego, przez inny personel medyczny i z wykorzystaniem innego sprzętu medycznego, Szpital nie ograniczał dostępu do świadczeń geriatrycznych realizowanych w lokalizacji przy ul. Struga 2/4 w okresie epidemii wywołanej koronawirusem SARS-CoV-2.

(akta kontroli str. 760-771, 827-830)

2.4 Analiza dokumentacji medycznej 30 losowo wybranych pacjentów Pododdziału Geriatrycznego wykazała, że we wszystkich badanych przypadkach do dokumentacji załączano wymagane § 15 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania⁴⁸: kartę indywidualnej opieki pielęgniarstwa; kartę obserwacji; kartę gorączkową; kartę zleceń lekarskich; kartę medycznych czynności ratunkowych⁴⁹; kartę informacyjną z leczenia szpitalnego; wyniki badań diagnostycznych wraz z opisem, skierowanie - w przypadku przyjęcia pacjenta do szpitala na podstawie skierowania w postaci papierowej.

Ponadto zgodnie z przyjętymi wewnętrznymi procedurami WSS do dokumentacji załączano m.in.: wywiad z oceną stanu psycho-społecznego pacjenta i planem opieki, ocenę geriatryczną w skali VES-13, kartę wywiadu epidemiologicznego i ryzyka wystąpienia zakażenia, ocenę ryzyka związanego ze stanem odżywienia pacjenta, a także potwierdzenie odbioru dokumentów oraz ocenę zawartości oraz kompletności dokumentacji medycznej.

W 28 z 30 analizowanych przypadków w dokumentacji medycznej pacjenta zamieszczono wymagane § 8 ust. 1 pkt 1 i 2 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej: oświadczenie pacjenta o wyrażeniu zgody na udzielenie informacji, o którym mowa w art. 9 ust. 3 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta⁵⁰, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej oraz danych umożliwiających kontakt z tą osobą, a także oświadczenie pacjenta o upoważnieniu dostępu do dokumentacji, o którym mowa w art. 26 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta. Ponadto w dokumentacji umieszczano także oświadczenie pacjenta o wyrażeniu zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych, tj. hospitalizacji (§ 8 ust. 3 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej).

W jednym przypadku nie odnotowano zgody pacjenta, o której mowa w § 8 ust. 1 pkt 1 i 2 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej. Powyższych zgód nie odnotowano także w dokumentacji medycznej jednego pacjenta przyjętego na oddział Chorób Wewnętrznych i Geriatrii szpitala jednoimiennego WSS ze stwierdzonym zakażeniem wirusem SARS-CoV-2, który został później przeniesiony na Pododdział Geriatryczny.

Dyrektor wyjaśniła, że *przypadki braku podpisania ww. zgody pacjenta wynikają ze stanu chorych, kiedy ze względu na stan fizyczny lub, częściej psychiczny (otępienie) uzyskanie od pacjenta informacji o osobach uprawnionych lub nieupoważnieniu nikogo jest niemożliwe, a jednocześnie chory nie jest ubezwłasnowolniony sądownie, nie posiada więc wyznaczonego opiekuna prawnego, który mógłby wyrazić w jego imieniu zgodę w sposób skutecznie prawny.*

(akta kontroli str. 772-775, 914-926)

Zgodnie z § 6 pkt 1 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej, strony wydruku analizowanej dokumentacji oraz strony dokumentacji w postaci papierowej

sytuacji kryzysowych⁴⁷ w celu zapobiegania rozprzestrzenianiu się choroby zakaźnej Covid-19 wywołanej wirusem SARS-CoV-2.

⁴⁸ Dz. U. poz. 666 ze zm., dalej rozporządzenie w sprawie dokumentacji medycznej.

⁴⁹ Dotyczy 10. przypadków przyjęcia do SOR.

⁵⁰ Dz. U. z 2020 r. poz. 849 ze zm.

były ponumerowane i stanowiły chronologicznie uporządkowaną całość. Ponadto w sposób określony w § 21 ust. 4 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej karta informacyjna z leczenia szpitalnego zawierała m.in.: dane dotyczące rozpoznania choroby w języku polskim wraz z numerem statystycznym, wyniki badań diagnostycznych wraz z opisem oraz wyniki konsultacji, opis zastosowanego leczenia, wskazania dotyczące dalszego sposobu leczenia, żywienia, pielęgnowania lub trybu życia, a także adnotacje o produktach leczniczych wraz z dawkowaniem, zleceniach na zaopatrzenie w wyroby medyczne wystawionych pacjentowi, datę wypisu.

Analiza dokumentacji wykazała również, że w 24 z 30 przypadków dokonano całościowej oceny geriatrycznej na formularzu⁵¹ wprowadzonym Zarządzeniem Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne⁵² będącego podstawą rozliczenia świadczenia: Całościowa ocena geriatryczna, finansowana w ramach produktu 5.53.01.0001499 z katalogu produktów do sumowania, określonego w załączniku 1c do zarządzenia. Dyrektor wyjaśniła, że w pozostałych sześciu⁵³ przypadkach nie było rozliczane ww. świadczenie, w związku z powyższym do historii choroby pacjenta dokumentacji medycznej Pododdziału Geriatrycznego nie załączono formularza COG.

W żadnej z badanych dokumentacji medycznych nie zaprowadzono karty indywidualnej opieki fizjoterapeutycznej, o której mowa w § 15 ust. 1 pkt 3 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej, o czym szerzej w sekcji stwierdzone nieprawidłowości.

(akta kontroli str. 772-775, 912-926)

2.5. W 2017-2021⁵⁴ odnotowano odpowiednio: 21, 39, 38, 48, 26 zgonów pacjentów w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym, w tym: 11, 33, 31, 34, 18 pacjentów powyżej 65. roku życia.

(akta kontroli str. 776)

Stwierdzone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następującą nieprawidłowość:

W żadnej z 30 badanych dokumentacji medycznych⁵⁵ nie stwierdzono karty indywidualnej opieki fizjoterapeutycznej, o której mowa w § 15 ust. 1 pkt 3 Rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej.

Dyrektor wyjaśniła, że *dokumentacja opieki fizjoterapeutycznej pacjentów przechowywana była w Oddziale Rehabilitacji Diennej podmiotu realizującego na rzecz Szpitala świadczenia geriatryczne*. Ponadto poinformowała, iż *w trakcie prowadzonej kontroli wezwała podmiot do uzupełnienia indywidualnej dokumentacji medycznej pacjentów o karty wykonanych zabiegów fizjoterapeutycznych*.

(akta kontroli str. 772-775, 914-918)

OCENA CZĄSTKOWA

Świadczenia z zakresu geriatryki były realizowane przez Szpital w sposób prawidłowy. Pacjenci przyjmowani byli do Pododdziału Geriatrycznego na bieżąco. Nie ograniczono dostępu do świadczeń geriatrycznych w okresie obowiązywania decyzji Wojewody Łódzkiego dotyczących zapewnienia miejsc do hospitalizacji

⁵¹ Dalej: formularz COG.

⁵² Zarządzenie Nr 14/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 21 stycznia 2021 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne - świadczenia wysokospecjalistyczne (NFZ z 2021 r. poz. 14).

⁵³ KG16141/17, 17624/17, 15191/18, 14713/19, 15457/19, 06707/20.

⁵⁴ Do 30.06.2021 r.

⁵⁵ KG 16141/17, 16267/17, 16748/17, 16662/17, 17627/17, 15087/18, 16188/18, 15565/18, 15487/18, 15191/18, 15871/19, 14713/19, 15460/19, 15966/19, 15381/19, 15379/19, 15457/19, 15409/19, 15404/19, 15476/19, 07017/20, 07077/20, 06784/20, 06707/20, 10586/20, 10641/20, 10631/20, 10718/20, 10818/20, 10824/20.

pacjentów z potwierdzeniem lub podejrzeniem zakażenia COVID-19 wywołanej koronawirusem SARS-CoV-2. Poddana badaniu dokumentacja medyczna zawierała wszystkie wymagane rozporządzeniem w sprawie dokumentacji medycznej elementy, za wyjątkiem kart indywidualnej opieki fizjoterapeutycznej.

OBSZAR

3. Efekty opieki geriatrycznej – dla pacjentów

Opis stanu faktycznego

3.1 Stopień wykorzystania łóżek w Pododdziale Geriatrycznym w latach 2017-2021 (I półrocze) roku wyniósł odpowiednio 17,7%, 43,5%, 41,8%, 21,7% oraz 41%.
(akta kontroli str. 927-935)

3.2 Ordynatorem Oddziału Chorób Wewnętrznych i Pododdziału Geriatrycznego był lekarz specjalista chorób wewnętrznych⁵⁶. Na Pododdziale Geriatrycznym zatrudniony był lekarz geriatra jak również fizjoterapeuta oraz psycholog w wymiarze wynikającym z Rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych. Wymagania wynikające z ww. Rozporządzenia od 2020 r. spełniał również personel pielęgniarski. Personel Pododdziału nie spełniał jednak zaleceń wynikających ze Standardów postępowania w opiece geriatrycznej⁵⁷ w zakresie personelu lekarskiego i pielęgniarskiego.

Zastępca Dyrektora wyjaśnił, że biorąc pod uwagę liczbę leczonych pacjentów i obłożenie łóżkowe Pododdziału, personel spełniał wymogi określone w Standardach opieki. Ponadto Dyrektor dodała, że na potrzeby Pododdziału dostępny był także pracownik socjalny oraz kapelan. Wskazała również, że wyżywienie pacjentów na Pododdziale było realizowane przez zewnętrzną firmę, w której jadłospisy układał dietetyk.

(akta kontroli str. 890-894, 927-935, 963)

3.3 Podstawą diagnostyki pacjenta w podeszłym wieku w Pododdziale Geriatrycznym była procedura Całościowej Oceny Geriatrycznej⁵⁸, na którą składały się m.in. ocena funkcji fizycznych, chodu i równowagi, emocjonalnych i poznawczych. W przypadku braku możliwości przeprowadzenia testów ze względu na stan pacjenta, lekarz czynił wzmiankę na formularzu Całościowej Oceny Geriatrycznej⁵⁹. W celu diagnozy stanu pacjenta dokonywano również subiektywnej globalnej oceny stanu odżywienia, oceniano możliwość wystąpienia u chorych hospitalizowanych czynników ryzyka żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej. Ponadto lekarz prowadzący dokonywał oceny ryzyka związanego ze stanem odżywienia, pielęgniarki zaś dokonywały oceny ryzyka upadku oraz powstawania odleżyn.

Na podstawie informacji pozyskanych z podmiotu realizującego na rzecz WSS świadczenia geriatryczne Dyrektor oświadczyła, że *w ocenie stanu pacjentów Pododdziału Geriatrycznego stosowane są wszystkie pielęgniarskie procedury diagnostyczno – terapeutyczne wymienione w części III, pkt 2 Standardów postępowania w opiece geriatrycznej*. Ponadto, po konsultacji lekarza prowadzącego z fizjoterapeutą, pacjenci Pododdziału Geriatrycznego mogą korzystać ze sprzętów do fizykoterapii będących na wyposażeniu Dziennego Ośrodka Rehabilitacji, m.in. z: zestawu do magnetoterapii, urządzenia do elektroterapii i hydroterapii, zestawu do laseroterapii, lampy do naświetlań, zestawu do ultradźwięków, zestawu do kriostymulacji parami azotu, oraz lampy terapeutycznej.

(akta kontroli str. 772-775, 927-935)

⁵⁶ Od dnia 4 grudnia 2017 r.

⁵⁷ Standardy postępowania w opiece geriatrycznej, Stanowisko Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego opracowane przez ekspertów Zespołu ds. Gerontologii przy Ministrze Zdrowia, Gerontologia Polska, 2013, tom 21, nr 2, st. 33-47, dalej Standardy postępowania.

⁵⁸ Dalej: COG.

⁵⁹ Siedem z 30 badanych przypadków.

Dyrektor wyjaśniła, że pacjenci Pododdziału Geriatrycznego, w razie takiego zlecenia przez lekarza prowadzącego, mogą korzystać z konsultacji wszystkich lekarzy specjalistów zatrudnionych w WSS (w szczególności: neurologa, psychiatry, ortopedy, chirurga, gastroenterologa, kardiologa, nefrologa). Konsultacja zlecana jest w systemie informatycznym i jest realizowana zgodnie z procedurami WSS.

Ponadto, informacje na temat historii leczenia pacjenta poza Pododdziałem, lekarze Pododdziału Geriatrycznego pozyskują na podstawie medycznych dokumentów własnych chorego, wywiadu z pacjentem, informacji uzyskanych od rodziny pacjenta. W przypadku, gdy pacjent leczył się lub leczy się w poradni specjalistycznej WSS, jego historia choroby dostępna jest do wglądu w systemie informatycznym. Powyższe dotyczy również wcześniejszych hospitalizacji na innych oddziałach WSS.

Na podstawie informacji pozyskanych z podmiotu realizującego na rzecz Szpitala świadczenia geriatryczne Dyrektor wyjaśniła, że lekarz geriatra opiekujący się pacjentami prowadzi monitoring ilości stosowanych przez pacjentów leków na bieżąco, w trakcie każdej hospitalizacji, co zwykle prowadzi do racjonalizacji farmakoterapii i depreskrypcji leków. W karcie informacyjnej leczenia szpitalnego zawsze zawarte są aktualne zalecenia, co do farmakoterapii po wypisie.

(akta kontroli str. 890-894)

Z przedłożonej do kontroli dokumentacji medycznej wynikało, że pielęgniarki Pododdziału regularnie prowadziły działania edukacyjne z pacjentami oraz ich rodzinami lub opiekunami⁶⁰. Były one odnotowywane w karcie indywidualnej opieki pielęgniarskiej. Ponadto wnioski i praktyczne zalecenia dla pacjenta/rodziny były także umieszczane przez lekarza geriatrę na karcie informacyjnej leczenia szpitalnego w części wypisowej.

(akta kontroli str. 772-775)

Spośród badanej próby 30 pacjentów, 13 z nich było powtórnie hospitalizowanych⁶¹.

(akta kontroli str. 772-775, 914-918)

3.4 Szpital prowadził badania satysfakcji pacjenta z pobytu w szpitalu. W elektronicznym formularzu ankiety zamieszczonym na stronie szpitala znalazły się pytania dotyczące czasu oczekiwania w Izbie Przyjęć na przyjęcie do Szpitala, ocena poziomu obsługi Pacjenta i warunków na Izbie Przyjęć, a także w Oddziale. Ponadto w okresie objętym kontrolą, w październiku 2017, 2018 i 2019 r., WSS prowadził również badania ankietowe w formie papierowej.

W wyniku analizy ankiet za lata 2017-2019 odpowiednio: 337, 358 i 344 (w tym: 26, 51 i sześć z Oddziału Chorób Wewnętrznych i Pododdziału Geriatrycznego) badanych pacjentów oceniło pobyt w WSS bardzo dobrze lub dobrze⁶².

Wyniki badań ankietowych przeprowadzonych w Oddziale Chorób Wewnętrznych i Pododdziale Geriatrycznym wskazały, że dobrze lub bardzo dobrze dostępność lekarzy na Oddziale w razie potrzeby oceniło odpowiednio 96,16%, 92,16%, 100% badanych, zaś personelu pielęgniarskiego 100%, 90,2%, 100% respondentów. Ponadto, 96,16%, 90,2%, 100% badanych dobrze lub bardzo dobrze oceniło uprzejmość, okazywanie zrozumienia i zainteresowania przez lekarzy, zaś pielęgniarek odpowiednio 100%, 86,28%, 100%⁶³.

⁶⁰ 28 z 30 badanych przypadków.

⁶¹ KG 16141/17, 16662/17, 17624/17, 16188/18, 15565/18, 15487/18, 15191/18, 15871/19, 15381/19, 15457/19, 15409/19, 15404/19, 10824/20 według stanu na dzień 30.07.2021 r. W jednym przypadku KG 10631/20 odnotowano zgon pacjenta w trakcie pobytu w Pododdziale.

⁶² Tj. 89,32%, 88,83%; 88,67% ankiet dotyczących badania satysfakcji pacjentów w poszczególnych latach.

⁶³ W kwestionariuszu znalazły się ponadto pytania ogólne dotyczące m.in.: przekazania informacji na temat topografii Oddziału, dostępności Karty Praw Pacjenta, harmonogramu dnia w Oddziale, jak również pytania dotyczące warunków panujących w Oddziale.

Dyrektor wyjaśniła, że w roku 2020 z powodu zagrożenia epidemiologicznego spowodowanego trwającą pandemią Sars-CoV-2, Badanie Satysfakcji Pacjentów zostało przeprowadzone w formie on-line. W związku z nieotrzymaniem ankiet od pacjentów Oddziału Chorób Wewnętrznych i Geriatrii oraz Oddziału Chorób Wewnętrznych i Pododdziału Geriatrycznego (ul. Andrzeja Struga 2/4) nie było możliwości opracowania sprawozdań z wyżej wymienionego badania dla przedmiotowych komórek medycznych.

(akta kontroli str. 777-794, 823-824, 832-835)

3.5 Na podstawie informacji pozyskanych z podmiotu realizującego świadczenia geriatryczne na rzecz WSS, Dyrektor wyjaśniła, że współpraca z lekarzami specjalistami WSS różnych dyscyplin medycznych odbywa się w ramach zleczanych konsultacji. Lekarze POZ otrzymują (na karcie informacyjnej leczenia szpitalnego) pełną informację, co do zasad dalszego postępowania z pacjentem. Za pośrednictwem Pracownika Socjalnego WSS, w razie takiej konieczności, organizowana jest instytucjonalna opieka dla pacjentów opuszczających Pododdział (miejsca w ZOL, DPS, powiadomienie opieki społecznej o konieczności wsparcia). Wystawiane są także przy wypisie (o ile oczywiście pacjent tego wymaga) skierowania do pielęgniarskiej opieki długoterminowej lub hospicyjnej. Dyrektor poinformowała ponadto, że lekarz geriatra Pododdziału Geriatrycznego utrzymuje regularne kontakty telefoniczne z konsultantem wojewódzkim w dziedzinie geriatrii. Pododdział posiada akredytację do prowadzenia specjalizacji z geriatrii oraz staży kierunkowych z geriatrii do specjalizacji w dziedzinie chorób wewnętrznych – działalność ta, co do zasady podlega monitorowaniu przez Konsultanta Wojewódzkiego.

(akta kontroli str. 887-894)

3.6 W październiku 2018 r. Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Łodzi przeprowadziło kontrolę mającą na celu ocenę zgodności prowadzonej merytorycznej działalności w zakresie sposobu leczenia krwią w Oddziale Chorób Wewnętrznych i Pododdziale Geriatrycznym. W wyniku kontroli nie stwierdzono niezgodności krytycznych i dużych. Zalecono, aby (z uwagi na inną lokalizację) w Oddziale Chorób Wewnętrznych i Pododdziale Geriatrycznym wyznaczono lekarza odpowiedzialnego za gospodarkę krwią pracującego na w/w jednostkach.

(akta kontroli str. 795-800)

Ponadto w dniach 25-27 września 2019 r. w WSS odbyła się wizyta akredytacyjna w zakresie działalności Zespołu Opieki Szpitalnej mająca na celu ocenę jednostki w oparciu o standardy akredytacyjne dla szpitali⁶⁴. W raporcie z wizyty akredytacyjnej wskazano m.in., że: personel lekarski Oddziału Chorób Wewnętrznych (druga lokalizacja Szpitala) twierdził, że nie posiada spisanej, zatwierdzonej listy procedur wymagających dodatkowej zgody pacjenta, dysponował wyłącznie drukami; nie znał przyjętych na Oddziale Standardowych Procedur Postępowania. Ponadto ustalone zasady pozyskiwania leków w trybie nagłym oraz zasady postępowania z niewykorzystanym lekiem opioidowym nie były znane personelowi lekarskiemu w drugiej lokalizacji Szpitala. Stwierdzono również brak dezynfektorów do dezynfekcji basenów i kaczek; łóżka były myte na salach chorych, a także wykazano niezgodność w książce rozchodu leków.

(akta kontroli str. 801-815)

⁶⁴ Ocena jednostki dokonana w sposób określony w Ustawie o akredytacji w ochronie zdrowia z dn. 6 listopada 2008 r. (Dz. U. z 2016, poz. 2135) i w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dn. 31 sierpnia 2009 r. w sprawie procedury oceniającej spełnienie przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych standardów akredytacyjnych oraz wysokości opłat za jej przeprowadzenie (Dz. U. Nr 150 z 2009 r., poz. 1216) z wykorzystaniem standardów opublikowanych Obwieszczeniem Ministra Zdrowia z dn. 18 stycznia 2010 r. w sprawie standardów akredytacyjnych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych i funkcjonowania szpitali (DZ. Urz. MZ Nr 2 z 2010 r., poz. 24).

Dyrektor wyjaśniła, że w celu wyeliminowania stwierdzonych uchybień przekazano raport z wizyty. *Przeprowadzono również cykl spotkań dyrekcji (...) oraz medycznej kadry kierowniczej Oddziału Chorób Wewnętrznych i Pododdziału Geriatrycznego mających na celu ustalenie sposobu i terminu usunięcia uchybień stwierdzonych w trakcie wizyty akredytacyjnej.*

(akta kontroli str. 832-835)

Audyt nadzoru NC-2756/P7 zakończony 22 lipca 2019 r. utrzymał ważność certyfikacji potwierdzającej zgodność systemu zarządzania Szpitala z wymaganiami norm ISO 9001:2015 i ISO 14001:2015.

(akta kontroli str. 816)

Ponadto dwukrotnie w okresie objętym kontrolą⁶⁵ w podmiocie realizującym świadczenia na rzecz WSS kontrole z zakresu epidemiologii, w tym: czystości bieżącej, stanu sanitarno-technicznego pomieszczeń, zabezpieczenia przeciwepidemicznego, a także z zakresu higieny komunalnej, w tym: gospodarki odpadami, postępowania z bielizną, przestrzegania zakazu palenia tytoniu na terenie obiektu prowadził Łódzki Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny⁶⁶. W 2018 r. stwierdzono brak rezerwowego źródła zaopatrzenia w wodę zapewniającego dwunastogodzinny zapas, co stanowiło naruszenie § 41 rozporządzenia w sprawie szczegółowych wymagań dot. pomieszczeń. W zakresie tym Wojewódzki Inspektor Sanitarny wydał decyzję zobowiązującą podmiot do zapewnienia rezerwowego źródła zaopatrzenia w wodę zapewniającego co najmniej dwunastogodzinny zapas⁶⁷. W pozostałym zakresie nie stwierdzono naruszeń.

(akta kontroli str. 936-962)

Szpital nie prowadził wewnętrznych kontroli realizacji świadczeń geriatrycznych przez podmiot zewnętrzny na podstawie umowy 14/DOSZ/2017 z dnia 19 czerwca 2017 r.

Dyrektor wyjaśniła, że nadzór nad Pododdziałem Geriatrycznym w zakresie prawidłowej realizacji świadczeń geriatrycznych sprawowano poprzez: udział medycznej kadry kierowniczej Oddziału Chorób Wewnętrznych z Pododdziałem Geriatrycznym – ordynatora i pielęgniarki oddziałowej – w organizowanych cyklicznie odprawach, podczas których omawiano istotne sprawy związane z działalnością oddziałów; weryfikację sprawozdawczości statystycznej i rozliczeniowej z wykonanych świadczeń w ramach umowy z NFZ; weryfikację i przesyłanie w wersji elektronicznej Kart Statystycznych z pobytów szpitalnych do Urzędu Wojewódzkiego w Łodzi, a także poprzez systematyczne monitorowanie prawidłowości prowadzenia wewnętrznej dokumentacji medycznej.

(akta kontroli str. 832-835)

NIK zauważa, że taki sposób nadzoru był niewystarczający w latach 2017-2019 chociażby w zakresie spełniania przez personel pielęgniarski wymogów w zakresie zatrudnienia określonych w Rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych czy też egzekwowania od podmiotu zewnętrznego aktualnych informacji na temat zatrudnienia i kwalifikacji personelu Pododdziału Geriatrycznego.

3.7. W okresie objętym kontrolą opieka nad pacjentami świadczona na Pododdziale Geriatrycznym nie była przedmiotem skarg.

(akta kontroli str. 832-835)

⁶⁵ 17-18.10.2018 r. i 4-5.11.2019 r.

⁶⁶ Dalej: Wojewódzki Inspektor Sanitarny.

⁶⁷ Decyzja ŁPWIS.NSHK.9020.16.3.2018.HPK z dnia 14.11.2018 r. z terminem wykonania do 31.12.2019 r., zmieniona decyzjami z dnia 8.01.2020 oraz z dnia 1.04.2021 r. określającymi nowy termin wykonania decyzji na 31.12.2022 r.

Stwierdzone
nieprawidłowości

OCENA CZĄSTKOWA

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

Podstawą diagnostyki pacjenta w podeszłym wieku w Pododdziale Geriatrycznym była procedura Całościowej Oceny Geriatrycznej. W celu diagnozy stanu pacjenta stosowano również dodatkowe procedury diagnostyczno-terapeutyczne wskazane w Standardach postępowania w opiece geriatrycznej, a także działania edukacyjne pacjentów i ich rodzin. Szpital prowadził także badania satysfakcji pacjenta. Ponadto w okresie objętym kontrolą opieka nad pacjentami świadczona na Pododdziale Geriatrycznym nie była przedmiotem skarg. Zatrudnieni na Pododdziale Geriatrycznym lekarz geriatra, fizjoterapeuta oraz psycholog spełniali wymagania wynikające z Rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych. Wymagania te od 2020 r. spełniał również personel pielęgniarski. Jednakże personel Pododdziału nie spełniał wymogów wynikających z zaleceń ujętych w Standardach postępowania w opiece geriatrycznej.

IV. Uwagi i wnioski

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

Uwagi

Najwyższa Izba Kontroli nie formułuje uwag.

Wnioski

1. Uzupelnienie dokumentacji medycznej pacjentów Pododdziału Geriatrycznego o kartę indywidualnej opieki fizjoterapeutycznej, o której mowa w § 15 ust. 1 pkt 3 Rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej.

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 Łodzi. 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.

Łódź, 18 sierpnia 2021 r.

Kontroler

Małgorzata Chojnacka

specjalista k.o.

podpis

Najwyższa Izba Kontroli

Delegatura w Łodzi

p.o. Dyrektor

Piotr Walczak


podpis