



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Łodzi

LLO.410.018.03.2021

Pani Monika Domarecka
Dyrektor
Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego
im. Wojskowej Akademii Medycznej –
Centralnego Szpitala Weteranów
ul. Żeromskiego 113
90-549 Łódź

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

P/21/072 – Funkcjonowanie medycznej opieki geriatrycznej

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Wojskowej Akademii Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi – Centralny Szpital Weteranów używający skróconej nazwy: Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Wojskowej Akademii Medycznej – Centralny Szpital Weteranów, 90-549 Łódź, ul. Żeromskiego 113, (dalej: Szpital)
Kierownik jednostki kontrolowanej	dr n. med. Monika Domarecka, Dyrektor Szpitala, od 5 listopada 2018 r. Wcześniej Dyrektorem Szpitala był dr n. med. Wiesław Chudzik, od 1 grudnia 2011 r. do 5 listopada 2018 r.
Zakres przedmiotowy kontroli	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 czynności kontrolnych, tj. 10 września 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. 1 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ¹
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Łodzi
Kontrolerzy	1. Ewelina Dębowska, starszy inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LLO/127/2021 z 13 lipca 2021 r. 2. Marek Tarnawski, doradca techniczny, upoważnienie do kontroli nr LLO/128/2021 z 13 lipca 2021 r.

(akta kontroli str. 1-8)

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

II. Ocena ogólna² kontrolowanej działalności

W okresie objętym kontrolą Szpital zagwarantował opiekę nad pacjentami w zakresie świadczeń geriatrycznych zarówno w ramach leczenia szpitalnego, jak i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS), zapewniając przy tym niezbędne warunki organizacyjne, kadrowe, lokalowe i sprzętowe dla realizacji tych świadczeń.

Pomimo opracowania i wdrożenia w Szpitalu procedury oceny geriatrycznej dla wszystkich hospitalizowanych pacjentów powyżej 60 r.ż., kontrola wykazała nieprzeprowadzenie Całościowej Oceny Geriatrycznej (dalej: COG) wobec pięciu hospitalizowanych pacjentów.

W Klinice Geriatrii (dalej: Klinika) we właściwym wymiarze czasu zapewniono 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 zasoby kadrowe Poradni Geriatrycznej (dalej: Poradnia) były zgodne z wymogami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej⁴. Natomiast Szpital nie aktualizował danych w Portalu Potencjału NFZ w zakresie personelu medycznego udzielającego świadczeń zdrowotnych w Klinice. Kontrola wykazała pięć przypadków rozbieżności pomiędzy faktycznym stanem zatrudnienia, a stanem wykazanym w Portalu Potencjału.

Zarówno Klinika, jak i Poradnia wyposażone były we właściwy sprzęt niezbędny do realizacji świadczeń zdrowotnych w zakresie geriatrii, posiadający aktualne badania techniczne dopuszczające do użytku.

W okresie pandemii w związku z przekształceniem Szpitala „Na Stokach”, w którym do końca lutego 2021 r. mieściła się Klinika, w szpital jednoimienny, w okresie od 17 października 2020 r. do 28 lutego 2021 r. zawieszono było udzielanie świadczeń geriatrycznych w Klinice. Natomiast przez cały czas pacjenci mieli dostęp do porad ambulatoryjnych w Poradni. W celu minimalizacji ryzyka transmisji infekcji koronawirusa SARS-CoV-2, dla pacjentów kontynuujących leczenie Poradnia realizowała wizyty także w formie teleporady. Porady pierwszorazowe udzielane były jednak w sposób tradycyjny. Listy oczekujących na przyjęcie do Kliniki/Poradni prowadzone były prawidłowo z zachowaniem chronologii, a średni czas oczekiwania na przyjęcie pacjentów wpisanych na listy oczekujących w latach 2017-2019 wynosił 29 dni, zaś w latach 2020-2021 – 36 dni. Do Poradni natomiast średni czas oczekiwania na przyjęcie nie przekraczał miesiąca.

Badana dokumentacja medyczna prowadzona była w sposób prawidłowy i zawierała elementy wymagane rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania⁵. Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły braku w dokumentacji podpisanych przez pacjentów hospitalizowanych w Klinice oświadczeń o: wyrażeniu zgody na udzielanie informacji, o której mowa w art. 9 ust. 3 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta⁶, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej oraz danych umożliwiających kontakt z tą osobą; o upoważnieniu do dostępu do dokumentacji, o którym mowa w art. 26 ust. 1

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.

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

⁵ Dz. U. poz. 666, ze zm. Do 14 kwietnia 2020 r. obowiązywało rozporządzenie Ministra Zdrowia z 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. poz. 2069 ze zm.); dalej: rozporządzenie w sprawie dokumentacji medycznej.

⁶ Dz. U. z 2020 r. poz. 849, ze zm.; dalej: ustawa o prawach pacjenta.

ustawy o prawach pacjenta oraz o wyrażeniu zgody na przyjęcie do Szpitala/udzielenie świadczeń zdrowotnych oraz braku w kartach informacyjnych z leczenia szpitalnego numerów statystycznych rozpoznania.

Wprowadzone w Szpitalu rozwiązania organizacyjne zabezpieczały udzielanie świadczeń zdrowotnych pacjentom w podeszłym wieku, z uwzględnieniem zaleceń wynikających ze *Standardów postępowania w opiece geriatrycznej*⁷, w tym dotyczących dostępu do rekomendowanych badań oraz zatrudnienia dodatkowego personelu medycznego. Podstawą diagnostyki pacjentów w podeszłym wieku była procedura oceny geriatrycznej oparta na ocenie sprawności chorego wg skali VES-13. W celu diagnozy stanu pacjenta stosowano również dodatkowe procedury diagnostyczno-terapeutyczne wskazane w *Standardach postępowania w opiece geriatrycznej*, a także działania edukacyjne na rzecz pacjentów i ich rodzin. Podstawą prawidłowej kompleksowej opieki nad pacjentami geriatrycznymi była wielokierunkowa współpraca ze specjalistami, lekarzami POZ, pracownikiem socjalnym, a także instytucjami pomocy społecznej.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowe⁸ kontrolowanej działalności

OBSZAR

Opis stanu faktycznego

1. Organizacja procesu udzielania świadczeń

1.1. Szpital jest podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą, prowadzonym w formie samodzielnego zakładu opieki zdrowotnej, wpisanym do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pod numerem 18538⁹. Funkcję podmiotu tworzącego wobec Szpitala wykonuje Uniwersytet Medyczny w Łodzi. Zadania Szpitala określone zostały w Statucie¹⁰ oraz Regulaminie organizacyjnym¹¹. Strukturę organizacyjną Szpitala tworzą m. in. oddziały kliniczne i poradnie. Klinika i Poradnia udzielały świadczeń w ramach umowy z NFZ w zakresie leczenia szpitalnego (stacjonarnego) oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) odpowiednio od 1 stycznia 2012 r. i 2 kwietnia 2012 r. W okresie objętym kontrolą, tj. od 1 stycznia 2017 r. do 28 lutego 2021 r., mieściły się one w jednostce organizacyjnej podmiotu – „Szpital na Stokach” przy ul. Pieniny 30 w Łodzi, zaś od 1 marca 2021 r. obie komórki zostały przeniesione do lokalizacji Szpitala przy pl. Hallera 1 w Łodzi.

Na ostatni dzień roku w latach 2015-2018 Klinika dysponowała 24 miejscami dla pacjentów geriatrycznych, natomiast w latach 2019-2020 – 20 miejscami. Według stanu na dzień 31 marca 2021 r. Klinika udostępniała 10 łóżek dla pacjentów geriatrycznych¹². Od 1 maja 2021 r. po wznowieniu udzielania świadczeń geriatrycznych Klinika dysponowała ponownie 20 łóżkami.

W badanym okresie Poradnia udzielała świadczeń w wymiarze¹³ 15 godzin tygodniowo. Na ostatni dzień roku w latach 2017-2019 Poradnia przyjmowała

⁷ 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.

⁸ 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.

⁹ <https://rpwdl.ezdrowie.gov.pl/RPM/DetailsConfirm> (dostęp: 20.07.2021 r.).

¹⁰ Załącznik do uchwały nr 80/2021 z 27 maja 2021 r. Senatu Uniwersytetu Medycznego w Łodzi..

¹¹ Załącznik nr 1 do zarządzenia Dyrektora Szpitala nr 57/2019 z 15 maja 2019 r.

¹² Ograniczenie liczby łóżek wynikało z polecenia Wojewody Łódzkiego ZK-III.6310.410.2020-152 z 23 marca 2021 r. przekształcenia od 26 marca do 30 kwietnia 2021 r. oddziału geriatrycznego w oddział obserwacyjno-zakaźny dla pacjentów z potwierdzonym wynikiem testu na obecność zakażenia wirusem SARS-CoV-2.

¹³ Zgodnie z § 10 ust. 1 zarządzenia nr 69/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 10 sierpnia 2017 r. w sprawie szczegółowych warunków umów w systemie podstawowego szpitalnego

pacjentów przez trzy dni w tygodniu¹⁴, zaś na koniec 2020 r. i na koniec marca 2021 r. – przez cztery dni w tygodniu¹⁵. Rejestracja¹⁶ do Poradni mogła odbywać się osobiście, telefonicznie, drogą elektroniczną lub za pośrednictwem osób trzecich. Zgodnie ze Statutem Szpitala podmiotem sprawującym nadzór nad Szpitalem był Rektor Uniwersytetu Medycznego, a bieżącą działalność w zakresie nadzoru i kontroli Szpitala prowadziły wyznaczone przez niego jednostki organizacyjne Uniwersytetu. Kontrola i ocena działalności Szpitala oraz pracy Dyrektora obejmowała, w szczególności realizację zadań określonych w Regulaminie organizacyjnym i Statucie oraz dostępność i poziom udzielanych świadczeń medycznych.

(akta kontroli str. 9-128, 204, 426-432)

1.2. W Szpitalu opracowano procedurę oceny geriatrycznej pacjenta, która została wdrożona 26 listopada 2018 r.¹⁷ Procedurze mieli być poddawani wszyscy pacjenci Szpitala, którzy ukończyli 60 r.ż.. Analiza dokumentacji medycznej pacjentów hospitalizowanych w Klinice przed listopadem 2018 r. wykazała, że mimo braku w Szpitalu pisemnej procedury oceny geriatrycznej, pacjentom geriatrycznym przeprowadzano COG na podstawie testu kwalifikującego w skali VES-13.

W ramach COG¹⁸ wykonywane były następujące czynności:

- udokumentowanie kwalifikacji do świadczenia na podstawie skali VES-13;
- przeprowadzona ocena geriatryczna udokumentowana była kartą COG¹⁹, dołączaną do historii choroby.

Zgodnie z pismem okólnym wprowadzającym procedurę oceny geriatrycznej, COG przeprowadzana jest jeden raz w roku kalendarzowym. Podstawą do przeprowadzenia oceny było wykonanie w pierwszej kolejności testu VES-13. Test powinien być przeprowadzony przez personel pielęgniarski podczas przyjmowania pacjenta do kliniki/oddziału. W przypadku uzyskania trzech lub więcej punktów w teście VES-13 wymagane było założenie karty COG. Kartę COG powinien wypełnić lekarz prowadzący, a autoryzować lekarz geriatra. Drugim kryterium wykonania COG było występowanie co najmniej trzech schorzeń z różnych układów organizmu. W ramach przyjętej procedury w Szpitalu przyjęto następujące etapy w diagnostyce pacjenta: ocena zdrowia, stanu klinicznego i sprawności fizycznej, psychicznej, społecznej (w formie oceny kwestionariuszowej) oraz ocena zasobów i dostępnych środków zaradczych (tak ze strony pacjenta jak i systemu opiekuńczego); ustalenie celów opieki, w tym: określenie potrzeb pacjenta w zakresie utrzymania jego samodzielności, określenie formy pomocy w zakresie zaopatrzenia w środki zaradcze i pomocnicze; specyfikacja planu działania – podział zadań do wykonania między poszczególnych członków zespołu (lekarz, pielęgniarka, fizjoterapeuta, opiekun medyczny, terapeuta środowiskowy, pracownik socjalny) w zakresie terapii, pielęgnacji, fizjoterapii pacjenta i działań opiekuńczych i organizacyjnych w środowisku; regularna kontrola, ocena i weryfikacja zadań w odniesieniu do osiągniętej oczekiwanej poprawy oraz ewentualnych zmian w przyjętym planie

zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej - czas pracy poradni przyszpitalnej obejmował co najmniej 3 dni w tygodniu, w wymiarze nie mniejszym niż 12 godzin tygodniowo łącznie. Przez czas pracy poradni przyszpitalnej rozumie się czas pracy lekarza, logopedy lub ortoptysty, udzielającego świadczeń.

¹⁴ W latach 2017-2018 w poniedziałki od 8:00 do 15:00, w środy od 8:00 do 12:00 oraz w czwartki od 12:00 do 16:00, zaś w 2019 r. we wtorki od 8:00 do 15:00, w środy od 8:00 do 12:00 oraz w czwartki od 12:00 do 16:00.

¹⁵ W poniedziałki od 12:00 do 15:00, we wtorki i w środy od 8:00 do 12:00, w czwartki od 12:00 do 16:00.

¹⁶ Rejestracja była czynna w poniedziałki, środy i piątki od 8:00 do 15:00, a we wtorki i w czwartki od 8:00 do 18:00.

¹⁷ Pismo Okólne nr 131/2018 z 26 listopada 2018 r.

¹⁸ Świadczenie finansowane w ramach produktu 5.53.01.0001499 rozliczane na podstawie zasad określonych w Zarządzeniu Nr 71/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z 30 czerwca 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne.

¹⁹ Zgodnie ze wzorem określonym w załączniku 11b do zarządzenia Nr 71/2016/DSOZ.

opieki. Pacjenci wymagający dalszej opieki geriatrycznej byli kierowani do Poradni Geriatrycznej.

Personel medyczny oddziałów/klinik został zapoznany z wdrożoną w Szpitalu procedurą oceny geriatrycznej oraz przeszkolony, w ramach nadzoru nad wykonywaniem procedury, przez wyznaczonego specjalistę geriatrę. Szkolenie obejmowało omówienie celów COG, narzędzi wykorzystywanych podczas wykonywania COG oraz toku dalszego postępowania.

Pismem okólnym z dnia 11 marca 2019 r.²⁰ Dyrektor Szpitala przypominała o konieczności stosowania COG u wszystkich pacjentów powyżej 60 r.ż. hospitalizowanych we wszystkich komórkach zabiegowych i niezabiegowych Szpitala.

(akta kontroli str. 298-302, 412-418, 425, 435)

Analiza dokumentacji medycznej 15 losowo wybranych pacjentów powyżej 60 r.ż., przyjętych w maju-czerwcu 2021 r. do Klinik: Chirurgii Klatki Piersiowej, Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej; Neurochirurgii, Chirurgii Kręgosłupa i Nerwów Obwodowych oraz Okulistyki i Rehabilitacji Wzroku wykazała, że wobec wszystkich pacjentów w dniu ich przyjęcia do szpitala, zastosowano procedurę oceny geriatrycznej i wykonano test w skali VES-13. Dziesięciu spośród 15 pacjentów objętych próbą nie zostało zakwalifikowanych do przeprowadzenia COG, ponieważ w skali VES-13 uzyskali poniżej trzech punktów. Natomiast czterech²¹ pacjentów, mimo uzyskania trzech i więcej punktów, nie objęto COG, co zostało szerzej opisane w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 303, 831-833, 835-851)

1.3. Szpital uzyskał certyfikat akredytacyjny potwierdzający spełnianie standardów akredytacyjnych dla lecznictwa szpitalnego. Certyfikat został wydany przez Ministra Zdrowia i obejmował swoim zakresem wszystkie oddziały/kliniki, z wyjątkiem Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego. Certyfikat był ważny od 20 grudnia 2018 r. do 19 grudnia 2021 r. Ponadto Szpital wdrożył system zarządzania jakością zgodnie z normą ISO 9001:2015. Certyfikat był ważny od 15 września 2018 r. do 14 września 2021 r.²² Zakres certyfikacji obejmował świadczenia medyczne z zakresu pomocy doraźnej, leczenia szpitalnego, lecznictwa otwartego oraz usług diagnostycznych.

(akta kontroli str. 852-867)

W Szpitalu zostały opracowane i wdrożone standardowe procedury postępowania (SOP) w przypadku pacjentów z zaburzeniami otępiennymi²³ oraz majaczeniami²⁴. Ze względu na możliwość występowania pobudzenia psychoruchowego w tej grupie pacjentów stosowane są procedury o zastosowanie przymusu bezpośredniego²⁵. Personel medyczny został zapoznany z wprowadzonymi procedurami.

Szpital według standardów postępowania w opiece geriatrycznej wdrożył i wykonuje COG. W Klinice zatrudniony jest psycholog, zespół fizjoterapeutyczny oraz dodatkowe opiekunki medyczne. Psycholodzy kliniczni współpracują również z innymi oddziałami szpitalnymi diagnozując pacjentów w wieku podeszłym (zaburzenia depresyjne i poznawcze). W Szpitalu w stosunku do osób w wieku podeszłym w celu zapewnienia ciągłości opieki po zakończonym leczeniu szpitalnym została opracowana i wdrożona procedura zasad udzielania pomocy

²⁰ Pismo okólne nr 30/2019 z 11 marca 2019 r.

²¹ Jeden pacjent został objęty COG podczas poprzedniej hospitalizacji.

²² Po raz pierwszy certyfikat wydano 14 października 2015 r. W trakcie kontroli w Szpitalu prowadzony był audit recertyfikacyjny obejmujący swym zakresem system zarządzania jakością (QMS) oraz system zarządzania bezpieczeństwem informacji (ISMS).

²³ Procedura Q-OP-2-SOP-18 z 8 lutego 2017 r.

²⁴ Procedura Q-OP-SOP-17 z 8 lutego 2017 r..

²⁵ Procedura Q-OP-SOP-15 zaktualizowana zarządzeniem Dyrektora nr 17/2019 z 25 lutego 2019 r.

socjalnej pacjentom²⁶. Umożliwia ona zorganizowanie pomocy socjalnej w miejscu zamieszkania pacjenta lub umieszczenie pacjenta w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznym albo Domu Opieki Społecznej. Czynności te odbywają się przy współpracy pracownika socjalnego z zespołem lekarskim i pielęgniarskim danego oddziału szpitalnego. Szpital w swojej strukturze posiada również Zakład Opiekuńczo-Lecznym²⁷. W Szpitalu wdrożona została również procedura postępowania z ofiarami przemocy i zaniedbania²⁸. W celu kontynuacji leczenia w warunkach ambulatoryjnych z pacjentem i jego opiekunem omawiany jest plan postępowania po zakończeniu hospitalizacji na podstawie wdrożonej procedury pt. Przekazywanie wiedzy niezbędnej do dalszego przebiegu leczenia i przystosowania do czynności ułatwiających życie codzienne²⁹. W Szpitalu opracowana i wdrożona została również procedura pt. Programy edukacji zdrowotnej, w ramach której opracowane zostały materiały edukacyjne na temat m. in.: zapobiegania upadkom, profilaktyki odleżyn, które wchodzi w zakres tzw. Wielkich Problemów Geriatrycznych. Ponadto Klinika działa w oparciu o opracowany plan dnia, według którego odbywają się czynności codzienne (m. in.: czynności pielęgnacyjne, wizyty i badania lekarskie, zabiegi rehabilitacyjne).

(akta kontroli str. 304-411, 412-418, 479)

1.4. W latach 2017-2020³⁰ w Klinice hospitalizowano odpowiednio: 612, 596, 645 i 327 pacjentów, w tym odpowiednio:

- 64, 51, 66, 29 osób w wieku od 61 do 70 lat, co stanowiło odpowiednio: 10%, 8%, 10%, 9% hospitalizowanych;
- 165, 154, 140, 86 w wieku od 71 do 80 lat, co stanowiło odpowiednio: 27%, 26%, 22%, 26% hospitalizowanych;
- 320, 301, 336, 157 w wieku od 81 do 90 lat, co stanowiło odpowiednio: 52%, 50%, 52%, 48% hospitalizowanych;
- 62, 88, 101, 54 w wieku powyżej 90 lat, co stanowiło odpowiednio: 10%, 15%, 15%, 16% hospitalizowanych.

Wśród hospitalizowanych znaleźli się także pacjenci poniżej 60 r.ż., po jednej osobie w 2017 i 2020 r. oraz po dwie osoby w latach 2018-2019.

Spośród 319 pacjentów hospitalizowanych w drugim półroczu 2019 r., 84% stanowili mieszkańcy Łodzi (267 osoby), 14% pacjentów było mieszkańcami innych powiatów województwa łódzkiego (45 osób), zaś 2% – powiatów spoza województwa łódzkiego (7 osób).

Czas hospitalizacji pacjentów w Klinice w II połowie 2019 r. i II połowie 2020 r. wyniósł odpowiednio:

- do trzech dni: 50 i 18 pacjentów;
- od czterech do siedmiu dni: 138 i 52 pacjentów,
- od ośmiu do 14 dni: 91 i 45 pacjentów,
- od 15 do 21 dni: 27 i 10 pacjentów,
- powyżej 21 dni: 23 i 10 pacjentów.

(akta kontroli str. 434-435, 483)

W latach 2017-2021 (I kwartał) w Poradni udzielono świadczeń na rzecz łącznie 6.216 pacjentów. W skali roku liczba udzielonych porad kształtowała się na podobnym poziomie i wyniosła w poszczególnych latach 2017-2020 odpowiednio: 1.485, 1.451, 1.413 i 1.391. W I kwartale 2021 r. udzielono 476 porad.

²⁶ Procedura P7.5-10 z 19 listopada 2015 r.

²⁷ Lokalizacja: „Szpital na Stokach”, ul. Pieniny 30.

²⁸ Procedura P.7.5-01 z 14 lipca 2015 r.

²⁹ Procedura CO-13 z 24 października 2017 r.

³⁰ W I połowie 2021 r. Klinika nie udzielała świadczeń geriatrycznych w związku z poleceniem Wojewody Łódzkiego dotyczącym przekształcenia w oddział obserwacyjno-zakaźny dla pacjentów z potwierdzonym testem na zakażenie wirusem SARS-CoV-2.

W podziale na nw. przedziały wiekowe liczba pacjentów, którzy w latach 2017-2021 (I kwartał) skorzystali z porad geriatrycznych wyniosła odpowiednio:

- 201, 188, 144, 172, 66 w wieku od 61 do 70 lat, co stanowiło odpowiednio: 13%, 13%, 10%, 12%, 14%;
- 472, 456, 460, 401, 113 w wieku od 71 do 80 lat, co stanowiło odpowiednio: 32%, 31%, 32%, 29%, 24%;
- 688, 677, 655, 646, 222 w wieku od 81 do 90 lat, co stanowiło odpowiednio: 46%, 47%, 46%, 46%, 47%;
- 122, 128, 142, 168, 75 w wieku powyżej 90 r.ż., co stanowiło odpowiednio: 8%, 9%, 10%, 12%, 15%.

Wśród pacjentów, którym udzielono porady geriatrycznej znaleźli się także pacjenci poniżej 60 r.ż., po dwie osoby w latach 2017-2018, 12 osób w 2019 r. oraz cztery osoby w 2020 r.

W II półroczu 2019 r. z Poradni skorzystało 393 pacjentów, w tym 87% stanowili mieszkańcy Łodzi (342 osoby), zaś pozostałych 11% było mieszkańcami innych powiatów województwa łódzkiego (45 osób) oraz 2% – powiatów spoza województwa łódzkiego (6 osób).

Na podstawie próby dokumentacji medycznej 20 pacjentów Poradni, których pierwsza wizyta odbyła się w 2017 r. ustalono, iż skorzystali oni w okresie od 1 stycznia 2017 r. do końca lipca 2021 r. łącznie ze 112 porad (odpowiednio w latach: 42, 41, 15, 9, 5). W okresie tym średnio na jednego pacjenta przypadało 5-6 wizyt. W badanej próbie największa odnotowana liczba wizyt jednego pacjenta to 15, a najniższa to dwie wizyty (w przypadku trzech spośród 20 pacjentów objętych próbą). W przypadku dziewięciu spośród 20 pacjentów liczba wizyt w Poradni w badanym okresie wyniosła więcej niż pięć.

(akta kontroli str. 436, 484-488)

1.5. Na próbie czterech miesięcy (sierpień lat 2017-2020) zweryfikowano zapewnienie w Klinice odpowiedniej liczby wykwalifikowanego personelu zgodnie z § 9 ust. 1 i załącznikiem nr 3 (pkt 20) rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych. Badanie stanu zatrudnienia w analizowanym okresie wykazało, że w Klinice we właściwym wymiarze czasu zapewniono personel lekarski, fizjoterapeutę oraz psychologa, a także w sierpniu 2019-2020³¹ we właściwym wymiarze zatrudniano personel pielęgniarski zapewniając odpowiednio 13,5 i 14 etatów³² i spełniając wymóg dotyczący równoważnika co najmniej 0,6 etatu na jedno łóżko. Ponadto w badanym okresie przestrzegano minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek ustalonych dla Kliniki w 2016 i 2019 r.

(akta kontroli str. 517-520, 694-721)

W latach 2017-2020³³ w Klinice zatrudniano odpowiednio:

- w 2017 r. – 14 lekarzy (równoważnik 13,1 etatu), w tym czterech specjalistów geriatrów (3,1 etatu), zaś dwóch kolejnych było w trakcie specjalizacji z geriatric (2 etaty);
- w 2018 r. – 12 lekarzy (równoważnik 11,1 etatu), w tym czterech specjalistów geriatrów (3,1 etatu), zaś czterech kolejnych było w trakcie specjalizacji z geriatric (4 etaty);
- w 2019 r. – 13 lekarzy (równoważnik 12,1 etatu), w tym czterech specjalistów geriatrów (3,1 etatu), zaś dwóch kolejnych było w trakcie specjalizacji z geriatric (2 etaty);

³¹ Równoważnik co najmniej 0,6 etatu na jedno łóżko odnośnie zatrudniona pielęgniarek obowiązywał od 1 stycznia 2019 r. na podstawie § 1pkt 3 pkt r) rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 11 października 2018 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. poz. 2012 ze zm.).

³² Na koniec grudnia 2019 i 2020 r. zapewniono po 14 etatów pielęgniarskich.

³³ Wg danych na koniec grudnia poszczególnych lat 2017-2020.

- w 2020 r. – 13 lekarzy (równoważnik 11,9 etatu), w tym czterech specjalistów geriatrów (3,1 etatu), zaś jeden był w trakcie specjalizacji z geriatry (1 etat).

W poszczególnych latach 2017-2020 odpowiednio: 7, 7, 9 i 10 lekarzy (równoważnik 6,4; 6,4; 8,4 i 9,2 etatów) zatrudnionych było na podstawie umów o pracę, natomiast odpowiednio: 7, 5, 4 i 3 lekarzy (równoważnik 6,7; 4,7; 3,7 i 2,7 etatu) świadczyło pracę na podstawie umów cywilnoprawnych.

(akta kontroli str. 492-496)

Wśród lekarzy geriatrów zatrudnieni byli konsultant krajowy ds. geriatry w latach 2015-2020 oraz konsultant wojewódzki ds. geriatry od lipca 2020 r., którzy udzielali świadczeń zdrowotnych w zakresie geriatry zarówno w Klinice, jak i w Poradni. W kontrolowanym okresie lekarze brali udział w szkoleniach o tematyce związanej z geriatricą obejmujących m. in. takie zagadnienia jak: „pacjent 65+ w codziennej praktyce lekarskiej”, „podatność na zakażenia szpitalne u osób w podeszłym wieku”, „postępy w chorobach wewnętrznych”, „medycyna paliatywna”. Ponadto wszyscy lekarze odbyli szkolenia z zakresu resuscytacji krążeniowo-oddechowej na poziomie BLS-AED, zapobiegania zakażeniom szpitalnym oraz pięciu momentów higieny rąk.

(akta kontroli str. 502-516)

Analizą objęto również aktualność informacji w Portalu Potencjału NFZ w zakresie zatrudnionego w Klinice personelu medycznego. Na podstawie analizy grafików pracy, list obecności oraz kart ewidencji czasu pracy z czterech miesięcy (sierpień z lat 2017-2020) stwierdzono, iż trzy osoby w 2017 r. i po jednej osobie w 2018 i 2019 r. udzielających świadczeń zdrowotnych w Klinice nie zostało zgłoszonych do Portalu Potencjału³⁴. Prowadziło to do niezgodnych ze stanem faktycznym danych w harmonogramach – zasoby, stanowiących załącznik nr 2 do umowy z ŁOW NFZ, o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 521-524, 545-622, 831-833, 871-872)

W Poradni porad z zakresu geriatry w okresie objętym kontrolą udzielało dwóch lekarzy specjalistów geriatrów³⁵ w łącznym wymiarze 15 godzin tygodniowo, z czego jeden z lekarzy w wymiarze trzech godzin, zaś drugi – 12 godzin tygodniowo. Zasoby kadrowe Poradni były zgodne z zawartą przez Szpital umową o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – ambulatoryjna opieka specjalistyczna oraz załącznikiem nr 1 pkt 10 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych w AOS.

(akta kontroli str. 427-432, 497-501, 525-529)

Badanie przeprowadzone na próbie czterech miesięcy (sierpień z lat 2017-2020) wykazało, że organizacja czasu pracy personelu medycznego zatrudnionego w Klinice i Poradni była zgodna z art. 93 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej³⁶.

(akta kontroli str. 545-622)

1.6. Analiza czasu pracy lekarzy zatrudnionych w Klinice i Poradni na podstawie umów cywilnoprawnych w badanych czterech miesiącach (sierpień z lat 2017-2020) nie wykazała, aby udzielali oni świadczeń bez przerwy ponad 24 godziny.

(akta kontroli str. 623-693)

1.7. W Poradni udostępniono pacjentom informacje o godzinach i miejscu udzielania świadczeń ze wskazaniem przyjmujących lekarzy. Zgodnie z § 11 ust. 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej³⁷, w budynku Poradni,

³⁴ Według stanu na dzień 18.08.2021 r.

³⁵ Obaj lekarze posiadali także inne specjalizacje – jeden z zakresu chorób wewnętrznych, rehabilitacji medycznej oraz medycyny sportowej, zaś drugi – z chorób wewnętrznych.

³⁶ Dz. U. z 2021 r. poz. 711, ze zm.; dalej: ustawa o działalności leczniczej.

³⁷ Dz. U. z 2020 r. poz. 320, ze zm.; dalej: rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń.

na tablicy ogłoszeń zamieszczono informacje dotyczące m. in.: zasad zapisów na porady i wizyty, trybu składania skarg i wniosków, praw pacjenta, zasad potwierdzania prawa do świadczeń, adresu oraz numerów telefonów najbliższego miejsca, w którym są udzielane świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, numerów telefonów alarmowych, adresu i numeru bezpłatnej infolinii Biura Rzecznika Praw Pacjenta, właściwej komórki do spraw skarg i wniosków NFZ.

(akta kontroli str. 190-203, 480)

1.8. Od marca 2021 r. Klinika i Poradnia zostały przeniesione do lokalizacji Szpitala przy pl. Hallera 1. W tym samym budynku zlokalizowane były Poradnie: Dermatologiczna i Paliatywna oraz Oddziały: Paliatywny; Chorób Wewnętrznych i Rehabilitacji Kardiologicznej; Rehabilitacji Ogólnoustrojowej i Ortopedycznej; Rehabilitacji Poudarowej; Rehabilitacji Pulmonologicznej. Zarówno Klinika, jak i Poradnia mieściły się na I piętrze i sąsiadywały ze sobą. Dostęp dla pacjentów z ograniczeniami ruchowymi umożliwiała winda.

Oględziny pięciu spośród siedmiu sal chorych wykazały, że spełniały one wymogi § 19 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą³⁸, tj. łóżka były dostępne z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych, a odstępy między łózkami umożliwiały swobodny dostęp do pacjentów. Punkt przyjęć³⁹ znajdował się na parterze tego samego budynku i w jego skład wchodziły: poczekalnia oraz dwa pomieszczenia przystosowane do przeprowadzania badań związanych z przyjęciem pacjenta spełniające również funkcję punktów rejestracji pacjenta. Pomieszczenia nie były wyposażone w system informujący o trwającym badaniu, jednak w razie potrzeby były zamykane od środka. Z uwagi na umiejscowienie pomieszczeń na parterze, okna były zabezpieczone przed dostępem osób postronnych.

Również pomieszczenia Poradni spełniały warunki wynikające z rozporządzenia w sprawie szczegółowych wymagań dot. pomieszczeń. Poradnia składała się z jednego gabinetu lekarskiego oraz wydzielonego pomieszczenia porządkowego będącego również miejscem przechowywania środków czystości oraz preparatów myjąco-dezynfekcyjnych. W razie potrzeby do dyspozycji całego zespołu poradni pozostawały dwa gabinety diagnostyczno-zabiegowe. Gabinet lekarski wyposażony był w system świetlny nad drzwiami wejściowymi informujący o trwającym badaniu, zaś okna były zabezpieczone przed dostępem osób postronnych. Wspólna rejestracja dla wszystkich poradni funkcjonujących w lokalizacji znajdowała się na parterze budynku.

(akta kontroli str. 190-203, 480-482)

Gabinet lekarski w Poradni wyposażony był w: glukometr, aparat do mierzenia ciśnienia oraz wagę lekarską. Ponadto zapewniano dostęp do aparatu USG (w Pracowni ultrasonograficznej, w lokalizacji, na parterze budynku) oraz do aparatu EKG (w Klinice, w lokalizacji, w sąsiedztwie Poradni).

Sprzęt dodatkowo zalecany: defibrylator, kardiomonitor, pulsoksymetr i nebulizator znajdowały się na wyposażeniu Kliniki i w razie potrzeby były udostępniane, natomiast doplerowski detektor przepływu tętniczego, zestaw do 24-godzinnej ambulatoryjnej rejestracji EKG, zestaw do 24-godzinnej ambulatoryjnej rejestracji ciśnienia tętniczego krwi i spirometr dla pacjentów ambulatoryjnych, znajdowały się na wyposażeniu zespołu poradni specjalistycznych zlokalizowanych przy ul. Żeromskiego 113.

(akta kontroli str. 190-203, 480)

³⁸ Dz. U. poz. 595 ze zm., dalej: rozporządzenie w sprawie szczegółowych wymagań dot. pomieszczeń.

³⁹ Izba Przyjęć znajdowała się w lokalizacji głównej Szpitala przy ul. Żeromskiego 113.

Ponadto w trakcie oględzin zweryfikowano listę użytkowanego w Klinice sprzętu i aparatury medycznej wykazanego w Portalu Potencjału. Na wyposażeniu Kliniki znajdował się niezbędny i dopuszczony do użytkowania sprzęt i aparatura medyczna, m. in.: kardiomonytory wraz z pulsoksymetrami, pompy infuzyjne, sprzęt do udzielania pierwszej pomocy, przyłóżkowe urządzenie rehabilitacyjne, podnośnik, materace przeciwodleżynowe. Badaniem objęto 17 sprzętów użytkowanych w Klinice, w tym: cztery kardiomonytory, trzy pompy infuzyjne, trzy łóżka sterowane elektrycznie, dwa aparaty do mierzenia ciśnienia SPOT oraz aparat EKG, podnośnik elektryczny, defibrylator, ssak elektryczny, inhalator pneumatyczny. Wszystkie skontrolowane sprzęty posiadały paszporty techniczne i podlegały okresowym przeglądom technicznym zgodnie z zaleceniami producentów oraz podmiotów wykonujących czynności serwisowe. Wszystkie ww. sprzęty miały ważne przeglądy odpowiednio do maja-sierpnia 2022 r.

(akta kontroli str. 722-738)

1.9. Zgodnie z rozporządzeniem w sprawie świadczeń gwarantowanych w AOS, Poradnia zapewniała dostęp do:

- badań laboratoryjnych i mikrobiologicznych, które były wykonywane w laboratorium znajdującym się w strukturze organizacyjnej Szpitala. Laboratorium było wpisane w ewidencji Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych;
- badań radiologicznych wykonywanych w Zakładzie Diagnostyki Obrazowej znajdującym się w strukturze organizacyjnej Szpitala (w lokalizacji Szpitala przy ul. Żeromskiego 113);
- densytometrii kręgosłupa i kości udowej wykonywanej w Zakładzie Diagnostyki Obrazowej znajdującym się w strukturze organizacyjnej Szpitala (w lokalizacji Szpitala przy ul. Żeromskiego 113).

(akta kontroli str. 190-203, 433)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. Szpital, wbrew obowiązкови wynikającemu z wdrożonej od 26 listopada 2018 r. procedury oceny geriatrycznej, nie stosował COG wobec wszystkich pacjentów Szpitala powyżej 60 r.ż. Kontrola wykazała cztery przypadki⁴⁰ nie przeprowadzenia COG, mimo zaistniałych ku temu przesłanek wieku i uzyskania w teście kwalifikacyjnym w skali VES-13 trzech lub więcej punktów. Dyrektor ds. Organizacyjno-Medycznych wyjaśnił, że niedopełnienie procedur wykonania oceny w skali VES-13 oraz COG wynikało z okresu pandemii oraz zadeklarował, że zostanie przeprowadzone ponowne szkolenie i przypomnienie o konieczności i zasadności wykonywania tych ocen. Ponadto jeden pacjent hospitalizowany w Klinice Geriatrii⁴¹ spośród 30 objętych badaniem nie został poddany ocenie w skali VES-13 oraz COG. Jak wyjaśnił Kierownik Kliniki, brak karty COG wynikał z faktu, iż pacjentka została przyjęta z rozpoznaniem złamaniem kości i w pierwszej kolejności przeprowadzono pilne postępowanie diagnostyczne i konsultację ortopedyczną. Zdaniem NIK wskazana okoliczność nie uzasadniała niezastosowania procedury oceny geriatrycznej i nieprzeprowadzenia COG. Pacjentka przebywała w Klinice od 18 do 28 września 2018 r. i w ocenie NIK w tym czasie powinna być objęta oceną w skali VES-13 i COG.

⁴⁰ Spośród 15 pacjentów objętych badaniem, hospitalizowanych w innych klinikach niż Klinika Geriatrii w maju-czerwcu 2021 r. Dotyczy pacjentów hospitalizowanych w Klinice Chirurgii Klatki Piersiowej, Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej o nr KG: WAM-21-10355, WAM-21-11417, WAM-21-10810 i WAM-21-11705.

⁴¹ Dotyczy nr KG: SON/18/1906.

(akta kontroli str. 824-828, 831-833, 835-851)

2. Szpital, wbrew obowiązkowi wynikającemu z § 6 ust. 2 załącznika do rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń, nie aktualizował danych w Portalu Potencjału NFZ w zakresie personelu medycznego udzielającego świadczeń zdrowotnych w Klinice. Kontrola wykazała pięć przypadków rozbieżności pomiędzy faktycznym stanem zatrudnienia ustalonym na podstawie dokumentacji kadrowej z sierpnia lat 2017-2020, a stanem wykazanim w Portalu Potencjału. Rozbieżności te dotyczyły:

- jednego lekarza udzielającego świadczeń zdrowotnych w sierpniu 2017 r., a niewykazanego w Portalu,
- jednej pielęgniarki udzielającej świadczeń zdrowotnych w sierpniu 2017 r., a niewykazanej w Portalu,
- dwóch opiekunek medycznych udzielających świadczeń zdrowotnych odpowiednio: w sierpniu 2017 i 2018 r. (dotyczy jednej opiekunki) oraz w sierpniu 2019 r. (dotyczy drugiej opiekunki).

Stwierdzone powyżej rozbieżności stanowiły naruszenie przepisu § 6 ust. 2 załącznika do ww. rozporządzenia, 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*”.

Dyrektor ds. Organizacyjno-Medycznych oraz Z-ca Dyrektora ds. Finansowych wyjaśnili, że lekarz po powrocie do pracy z urlopu macierzyńskiego w wyniku przeoczenia nie został ponownie zgłoszony do Portalu Potencjału, zgłoszenia pielęgniarki dokonano po terminie, zaś zgłoszeń opiekunek medycznych omyłkowo nie dokonano we właściwym terminie prawdopodobnie w związku ze zmianą przez nie miejsca świadczenia pracy (kliniki).

(akta kontroli str. 831-833, 871-872)

OCENA CZĄSTKOWA

Szpital zapewnił warunki organizacyjne, kadrowe, lokalowe i sprzętowe niezbędne do realizacji świadczeń geriatrycznych zarówno w ramach leczenia szpitalnego, jak i AOS. W Szpitalu wdrożono system zarządzania jakością zgodnie z normą ISO 9001:2015 oraz opracowano i wdrożono procedurę oceny geriatrycznej dla pacjentów powyżej 60 r.ż. hospitalizowanych w Szpitalu. Kontrola wykazała natomiast nieprzeprowadzenie COG, mimo zaistniałych przesłanek ku temu, wobec pięciu hospitalizowanych w badanym okresie pacjentów. W Klinice we właściwym wymiarze czasu zapewniono personel lekarski, pielęgniarski, fizjoterapeutę oraz psychologa, spełniając tym samym wymagania wynikające z rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych. Także zasoby kadrowe Poradni były zgodne z wymogami rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych w AOS. Również kwalifikacje personelu medycznego udzielającego świadczeń w Klinice i Poradni spełniały wymogi określone w ww. rozporządzeniach. Natomiast Szpital nie aktualizował danych w Portalu Potencjału NFZ w zakresie personelu medycznego udzielającego świadczeń zdrowotnych w Klinice. Kontrola wykazała pięć przypadków rozbieżności pomiędzy faktycznym stanem zatrudnienia, a stanem wykazanim w Portalu Potencjału. Zarówno Klinika, jak i Poradnia wyposażone były we właściwy sprzęt niezbędny do realizacji świadczeń zdrowotnych w zakresie geriatry. Sprzęt medyczny wykorzystywany do udzielania świadczeń miał aktualne badania techniczne dopuszczające do użytku.

2. Realizacja świadczeń z zakresu geriatry

2.1. W okresie objętym kontrolą harmonogramy przyjęć i listy oczekujących na przyjęcie do Kliniki i Poradni prowadzone były w formie elektronicznej z zachowaniem chronologii wpisów dokonywanych według kolejności zgłoszenia się pacjenta osobiście, w formie telefonicznej bądź elektronicznej. Na próbie 20 losowo wybranych list oczekujących z lat 2017-2021⁴² stwierdzono, że były one prawidłowo przekazywane co miesiąc do NFZ.

Analiza porównawcza list oczekujących prowadzonych w okresie pandemii z listami prowadzonymi w okresie wcześniejszym⁴³ wykazała, że w latach 2017-2019 na listy oczekujących prowadzone dla Kliniki wpisywanych było miesięcznie średnio od 10 do 25 pacjentów (głównie przypadków stabilnych), a średni czas oczekiwania na przyjęcie wynosił od 17 do 28 dni⁴⁴. W okresie pandemii średnia liczba pacjentów zapisywanych miesięcznie na listy oczekujących spadła i wynosiła od pięciu⁴⁵ do 18⁴⁶ pacjentów, zaś średni czas oczekiwania wynosił od ośmiu do 33 dni. Analogicznie w latach 2017-2019 na listy oczekujących prowadzone dla Poradni wpisywanych było miesięcznie średnio od pięciu do 45 pacjentów, a średni czas oczekiwania na przyjęcie wynosił od 19 do 30 dni. W okresie pandemii tylko w dwóch miesiącach (wrzesień 2020 r. i lipiec 2021 r.) odnotowano pacjentów oczekujących na przyjęcie. Z wyjątkiem września 2020 r., gdy średni czas oczekiwania na przyjęcie wynosił 15 dni, w pozostałych miesiącach objętych badaniem, pacjenci przyjmowani byli na bieżąco.

(akta kontroli str. 739-800)

Na próbie 40 pacjentów⁴⁷ wpisanych na listy oczekujących przed przyjęciem do Kliniki ustalono, że średni czas oczekiwania na przyjęcie wynosił w latach 2017-2019 i 2020-2021 odpowiednio 29 i 36 dni. W latach 2017-2019 minimalna liczba dni oczekiwania na przyjęcie wynosiła cztery dni, zaś maksymalna 53 dni. Natomiast w latach 2020-2021 czas oczekiwania na przyjęcie wynosił od siedmiu do 102 dni. W sześciu spośród zbadanych 20 przypadków wpisanych na listy oczekujących w okresie pandemii, czas oczekiwania na przyjęcie przekraczał 60 dni i wynikał z faktu, iż pacjenci odmówili przyjęcia do szpitala w planowanym terminie w związku z poczuciem utraty bezpieczeństwa w wyniku zagrożenia epidemiologicznego⁴⁸, co bezpośrednio przełożyło się na dłuższy czas oczekiwania na udzielenie świadczenia.

W przypadku Poradni, analiza 30 pacjentów wpisanych na listy oczekujących wykazała, że średni czas oczekiwania na wizytę w okresie objętym kontrolą wynosił 30 dni. Pacjenci oczekiwali na przyjęcie od pięciu do 47 dni.

(akta kontroli str. 801-803)

2.2. Szpital umożliwiał pacjentom umawianie się na wizyty w Poradni drogą elektroniczną. Na stronie internetowej Szpitala udostępniono zakładkę do linku e-Rejestracja. Ponadto przez cały czas istniała możliwość zarejestrowania się do Poradni drogą telefoniczną. Od 2018 r. uruchomiona została infolinia, po połączeniu z którą należało wybrać odpowiedni numer wewnętrzny przypisany rejestracji

⁴² Po dwie listy z poszczególnych lat objętych kontrolą prowadzone dla Kliniki oraz dla Poradni.

⁴³ Porównano listy oczekujących z 12 miesięcy, tj. sześciu miesięcy z lat 2017-2019 (za kwiecień, lipiec 2017 r., listopad, grudzień 2018 r., luty, maj 2019 r.) oraz sześciu miesięcy z okresu pandemii (marzec, kwiecień, czerwiec, wrzesień 2020 r., czerwiec, lipiec 2021 r.).

⁴⁴ Przypadki pilne odnotowano tylko na trzech listach oczekujących – z kwietnia 2017 r. (2), z lipca 2017 r. (2) oraz z grudnia 2018 r. (1), a średni czas oczekiwania dla przypadków pilnych wynosił od 6 do 9 dni.

⁴⁵ Czerwiec 2021 r.

⁴⁶ Marzec i kwiecień 2020 r.

⁴⁷ W tym 20 pacjentów wpisanych na listę w latach 2017-2019 oraz 20 pacjentów wpisanych na listę w latach 2020-2021.

⁴⁸ Dotyczyło sześciu pacjentów, dla których planowana data przyjęcia zbiegła się w czasie z ogłoszeniem pierwszego lockdownu w marcu 2020 r.

Poradni. Wcześniej rejestracja telefoniczna odbywała się pod numerem telefonu stacjonarnego udostępnionego bezpośrednio do rejestracji. Pacjenci mieli również możliwość zarezerwowania wizyty w Poradni za pomocą adresu e-mail. Adresy e-mail do rejestracji w POZ oraz w poradniach specjalistycznych były udostępnione na stronie internetowej Szpitala. W treści e-maila należało podać imię i nazwisko, numer telefonu oraz datę urodzenia. Od momentu wprowadzenia e-skierowań, dostarczenie skierowania do poradni nie było wymagane.

(akta kontroli str. 804-805, 868)

2.3. Do końca lutego 2021 r. Klinika funkcjonowała w lokalizacji Szpitala „Na Stokach”, przy ul. Pieniny 30. Wojewoda Łódzki decyzją z dnia 9 października 2020 r.⁴⁹ polecił realizację, od dnia 10 października 2020 r. do odwołania, świadczeń opieki zdrowotnej poprzez zapewnienie w Szpitalu „Na Stokach” 163 łóżek dla pacjentów z podejrzeniem lub potwierdzeniem zakażenia SARS-CoV-2. Wojewoda poinformował⁵⁰ również podmioty lecznicze z terenu województwa o wydanych decyzjach oraz liczbie łóżek obserwacyjno-zakaźnych uruchomionych w poszczególnych szpitalach. Decyzja o utworzeniu szpitala COVID-owego została odwołana z dniem 14 czerwca 2021 r.⁵¹ Klinika od 1 marca 2021 r., za zgodą NFZ, została przeniesiona do lokalizacji przy pl. Hallera 1. W nowej lokalizacji Klinika funkcjonowała do 26 marca 2021 r., aby decyzją⁵² Wojewody Łódzkiego ponownie zostać przekształcona w oddział obserwacyjno-zakaźny dla pacjentów z potwierdzonym testem na obecność zakażenia wirusem SARS-CoV-2. Klinika ponownie rozpoczęła funkcjonowanie od 1 maja 2021 r.

Dyrekcja Szpitala w pismach⁵³ kierowanych do podmiotów leczniczych z terenu województwa łódzkiego informowała o podjętych, na podstawie decyzji wojewody, działaniach dotyczących uruchomienia łóżek obserwacyjno-zakaźnych dla pacjentów chorych na SARS-CoV-2 w poszczególnych oddziałach i lokalizacjach Szpitala. Jednocześnie polecenia⁵⁴ o przygotowaniu odpowiedniej liczby łóżek izolacyjnych były przekazywane do kierowników klinik i oddziałów Szpitala.

Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że: *„W okresie pandemii w związku z decyzją Wojewody Łódzkiego o przekształceniu 163 łóżek w Szpitalu „Na Stokach” należącego w strukturze do SP ZOZ USK im. WAM – Centralny Szpital Weteranów, dokonaliśmy przesunięcia terminów przyjęć i odwołań hospitalizacji 19 pacjentów (w większości zostali skierowani do przyjęcia do innych jednostek medycznych). Podczas trwania pandemii – „zamrożenia” Szpitala na Stokach, zdarzały się telefony z pytaniami o możliwość przyjęcia pacjentów do oddziału geriatrycznego. Pacjentów takich kierowaliśmy do oddziałów internistycznych w naszym lub innych szpitalach na terenie Łodzi. Niestety, nie prowadziliśmy ewidencji takich połączeń telefonicznych”*. Personel Kliniki, w okresie pandemii do momentu uruchomienia Kliniki w lokalizacji przy pl. Hallera, pełnił swoje obowiązki w Szpitalu „Na Stokach” przekształconym w szpital jednoimienny.

(akta kontroli str. 204-297, 869)

⁴⁹ Decyzja (znak: ZK-III.6310.410.2020-20) wydana na podstawie art. 11h ust. 1 i 4 ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz. U. poz. 374, z późn. zm.). Decyzja ta była zmieniona decyzją z dnia 27 października 2020 r. (znak: III.6310.410.2020-50), decyzją z 13 listopada 2020 r. (znak: ZK-III.6310.410.2020-81), decyzją z dnia 29 stycznia 2021 r. (znak: ZK-III.6310.410.2020-118), 12 marca 2021 r. (znak: ZK-III.6310.410.2020-132), 22, 23 i 26 marca 2021 r. oraz podtrzymana decyzją z dnia 3 kwietnia 2021 r. (znak: ZK-III.6310.197.2021-26) zmienioną decyzją z dnia 29 kwietnia 2021 r. (znak: ZK-III.6310.197.2021-261).

⁵⁰ Pismo z dnia 10 października 2020 r. (znak: ZK-III.6310.410.2020).

⁵¹ Decyzja z dnia 11 czerwca 2021 r. (znak: ZK-III.6310.197.2021-262).

⁵² Decyzja z dnia 23 marca 2021 r. (znak: ZK-III.6310.197.2020-152).

⁵³ Pisma z dnia 16 października 2020; 5 listopada 2020 r.; 25 marca 2021 r. i 31 marca 2021 r.

⁵⁴ Polecenie z dnia 30 września 2020 r. (znak: USK.Z.Dyr.072.199.1.2020) i z dnia 12 października 2020 r. (znak: USK.Z.Dyr.072.223.1.2020).

W badanym okresie Poradnia przez cały czas była dostępna dla pacjentów. W latach 2020-2021 ograniczenie dostępu do świadczeń ambulatoryjnych wynikało z komunikatu Centrali NFZ z 12 marca 2020 r. wskazującego na możliwość wykonywania i rozliczania porad specjalistycznych realizowanych w ramach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju AOS, z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności. Zasada miała zastosowanie w odniesieniu do świadczeń realizowanych na rzecz pacjentów kontynuujących opiekę w Poradni. Wizyty pierwszorazowe odbywały się w sposób tradycyjny.

W okresie od 1 stycznia 2020 r. do 31 marca 2021 r. w Poradni udzielono 1.555 porad, z czego 825 (53%) w formie teleporady, a 730 (47%) w formie stacjonarnej/osobistej. Na próbie 56 wizyt udzielonych w okresie pandemii 20 pacjentom ustalono, że 34 (61%) odbyło się w formie wizyty tradycyjnej, a 22 (39%) – w formie teleporady. Z teleporad skorzystało dziewięciu pacjentów, z czego po dwóch pacjentów z jednej i dwóch teleporad, czterech pacjentów z trzech teleporad oraz jeden pacjent z czterech teleporad. Wizyty pozostałych 11 pacjentów odbywały się wyłącznie w formie tradycyjnej. Wszystkie wizyty pierwszorazowe (10) zrealizowano w formie tradycyjnej.

(akta kontroli str. 806-808)

2.4. Analiza dokumentacji medycznej 30 losowo wybranych pacjentów hospitalizowanych w Klinice w latach 2017-2020 wykazała, że we wszystkich badanych przypadkach do dokumentacji załączano wymagane § 15 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej: kartę indywidualnej opieki pielęgniarskiej, kartę obserwacji, kartę gorączkową, kartę informacyjną z leczenia szpitalnego, wyniki badań diagnostycznych wraz z opisem; wyniki konsultacji oraz skierowanie (w przypadku przyjęcia pacjenta do szpitala na podstawie skierowania w postaci papierowej). Analizowana dokumentacja medyczna, prowadzona była zarówno w formie elektronicznej w programie CliniNET, jak i papierowej jako wydruki z programu, w sposób czytelny i w porządku chronologicznym. Wpisy potwierdzone były podpisem i danymi identyfikującymi osobę sporządzającą. Strony w dokumentacji numerowano. Historie choroby zawierały pogrupowane informacje dotyczące: przyjęcia pacjenta do szpitala, przebiegu hospitalizacji i wypisania ze szpitala.

Dokumentacja 24 pacjentów spośród 30 zbadanych zawierała oświadczenia o: wyrażeniu zgody na udzielanie informacji, o której mowa w art. 9 ust. 3 ustawy o prawach pacjenta, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej oraz danych umożliwiających kontakt z tą osobą; upoważnieniu do dostępu do dokumentacji, o którym mowa w art. 26 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta oraz o wyrażeniu zgody na przyjęcie do Szpitala/udzielenie świadczeń zdrowotnych, co było zgodne z wymogami § 8 ust. 1 pkt 1-3 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej. W pozostałych sześciu przypadkach stwierdzono brak podpisanych przez pacjentów ww. oświadczeń. W tych przypadkach personel medyczny nie dokonał również adnotacji o ewentualnej niemożności złożenia podpisu przez pacjenta i jej przyczynie⁵⁵. Zagadnienie to zostało szerzej opisane w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*. Jedynie dwie spośród 30 zbadanych kart informacyjnych z leczenia szpitalnego zawierały wszystkie dane wymagane w § 21 ust. 4 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej. Natomiast w 28 kartach informacyjnych nie zamieszczono numeru statystycznego rozpoznania choroby według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów

⁵⁵ Stan, gdy mimo braku podpisu pacjenta, na druku oświadczeń znajdowała się adnotacja personelu medycznego o braku możliwości podpisania przez niego oświadczeń i zgód i jej przyczynie, uznawany był za prawidłowy.

Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta, co zostało szerzej opisane w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 809-812, 824-828)

Analiza dokumentacji medycznej 20 losowo wybranych pacjentów Poradni wykazała, że zgodnie z § 36 pkt 1 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej we wszystkich przypadkach prowadzono dokumentację indywidualną wewnętrzną w formie historii zdrowia i choroby. Historia zdrowia i choroby zakładana była pacjentowi przy udzielaniu świadczenia zdrowotnego po raz pierwszy i zamieszczano w niej wymagane § 8 ust. 1 pkt 1-2 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej⁵⁶.

W historii zdrowia i choroby analizowanych pacjentów, stosownie do § 38 ust. 3 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej, wpisywano m. in. informacje dotyczące ogólnego stanu zdrowia, chorobach przewlekłych, pobytach w szpitalu. Dodatkowo w dokumentacji wpisywano datę porady (lub teleporady), dane z wywiadu i badania przedmiotowego, rozpoznanie choroby, informacje o zaleconych zabiegach, hospitalizacjach, lekarstwach wraz ze sposobem dawkowania, opis udzielonych świadczeń zdrowotnych oraz oznaczenie lekarza udzielającego porady ambulatoryjnej. Na dokumentację składały się wydruki z programu CliniNET dotyczące udzielonych porad.

(akta kontroli str. 813-815)

2.5. W 2020-2021 (I kwartał)⁵⁷ odnotowano łącznie 28⁵⁸ zgonów pacjentów w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym, tym 21⁵⁹ pacjentów powyżej 65 r.ż.

(akta kontroli str. 437)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

Dokumentacja medyczna pacjentów hospitalizowanych w Klinice w latach 2017-2020 nie spełniała wymagań wynikających z rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej. I tak:

- dokumentacja medyczna sześciu⁶⁰ spośród 30 pacjentów objętych próbą nie zawierała podpisanych przez nich oświadczeń z zakresu zgody na przyjęcie do Szpitala/udzielenie świadczeń zdrowotnych; zgody na udzielenie informacji, o której mowa w art. 9 ust. 3 ustawy o prawach pacjenta, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej oraz danych umożliwiających kontakt z tą osobą oraz upoważnienia do dostępu do dokumentacji, o którym mowa w art. 26 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta, co było niezgodne § 8 ust. 1 pkt 1-3 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej⁶¹. W tych przypadkach personel medyczny nie dokonał również adnotacji o ewentualnym braku możliwości złożenia podpisu przez pacjenta i jego przyczynie;
- w 28 spośród 30 zbadanych kart informacyjnych z leczenia szpitalnego nie zamieszczono numeru statystycznego rozpoznania choroby według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych

⁵⁶ Dotyczy oświadczenia pacjenta o wyrażeniu zgody na udzielenie informacji, o którym mowa w art. 9 ust. 3 ustawy o prawach pacjenta, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej oraz danych umożliwiających kontakt z tą osobą, a także oświadczenia pacjenta o upoważnieniu do dostępu do dokumentacji, o którym mowa w art. 26 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta.

⁵⁷ Szpitalny Oddział Ratunkowy rozpoczął działalność od września 2020 r.

⁵⁸ Odpowiednio: 18 i 10 zgonów.

⁵⁹ Odpowiednio: 14 i 7 zgonów.

⁶⁰ Dotyczy dwóch pacjentów hospitalizowanych w 2017 r.; jednego w 2019 r. oraz trzech w 2020 r. odpowiednio o nr KG: SON/19/1273; SON/17/2350; SON/17/2316; SON/20/419; SON/20/277; SON/20/347.

⁶¹ Do 14 kwietnia 2020 r. § 8 ust. 1 pkt 1-3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. poz. 2069 ze zm.).

Rewizja Dziesiąta, co było niezgodne z § 21 ust. 4 pkt 1 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej.

Kierownik Kliniki i Dyrektor ds. Organizacyjno-Medycznych wyjaśnili, że nieuzyskanie podpisów pacjentów wynikało z ich stanu zdrowia, natomiast numery statystyczne rozpoznania lekarze zapisywali w Danych wypisowych pobytu/hospitalizacji stanowiących część dokumentacji medycznej. Ponadto poinformowali, że w trakcie kontroli przeprowadzono odpowiednie szkolenie personelu medycznego mające na celu unikanie takich niedopatrzeń w przyszłości i podjęto działania związane z wprowadzeniem nowego wzoru karty informacyjnej, który wyeliminuje brak numerów statystycznych.

(akta kontroli str. 809-812, 824-828)

OCENA CZĄSTKOWA

W kontrolowanym okresie pacjenci mieli dostęp do świadczeń geriatrycznych udzielanych w formie leczenia szpitalnego w Klinice i porad ambulatoryjnych w Poradni. Świadczenia były realizowane w sposób prawidłowy. W okresie pandemii w związku z przekształcenie Szpitala „Na Stokach”, w którym do końca lutego 2021 r. mieściła się Klinika, w szpital jednoimienny, w okresie od 17 października 2020 r. do 28 lutego 2021 r. zawieszono było udzielanie świadczeń geriatrycznych w Klinice. Natomiast przez cały czas pacjenci mieli dostęp do porad ambulatoryjnych w zakresie geriatryki udzielanych w Poradni. W celu minimalizacji ryzyka transmisji infekcji koronawirusa SARS-CoV-2, dla pacjentów kontynuujących leczenie Poradnia realizowała wizyty także w formie teleporady. Porady pierwszorazowe udzielane były jednak w sposób tradycyjny. Listy oczekujących na przyjęcie do Kliniki/Poradni prowadzone były prawidłowo z zachowaniem chronologii, a średni czas oczekiwania na przyjęcie pacjentów wpisanych na listy oczekujących w latach 2017-2019 wynosił 29 dni, zaś w latach 2020-2021 – 36 dni. Do Poradni natomiast średni czas oczekiwania na przyjęcie nie przekraczał miesiąca. Badana dokumentacja medyczna prowadzona była w sposób prawidłowy i zawierała elementy wymagane rozporządzeniem w sprawie dokumentacji medycznej. Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły braku w dokumentacji podpisanych przez pacjentów hospitalizowanych w Klinice oświadczeń wymaganych zgodnie z treścią § 8 ust. 1 pkt 1-3 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej oraz braku w kartach informacyjnych z leczenia szpitalnego numerów statystycznych rozpoznania.

3. Efekty opieki geriatrycznej – dla pacjentów

Opis stanu faktycznego

3.1. Pomieszczenia Kliniki były dostosowane do potrzeb osób starszych, w tym mających trudności z poruszaniem się, co potwierdziły przeprowadzone w toku kontroli oględziny. Ciągi komunikacyjne i korytarze wyposażone były w poręcze, a dyżurka pielęgniarska była zlokalizowana w centrum oddziału, co umożliwiało obserwację wszystkich sal chorych i usprawniało pełnienie nadzoru pielęgniarskiego.

Poradnia zlokalizowana była na I piętrze, a dostęp do niej dla osób z ograniczeniami ruchowymi umożliwiała winda. Poradnia wyposażona była lub zapewniała dostęp do wyposażenia rekomendowanego w *Standardach postępowania w opiece geriatrycznej*. W Poradni dostępny był: aparat do mierzenia ciśnienia tętniczego, glukometr, waga lekarska. Natomiast w Klinice umiejscowionej w bezpośrednim sąsiedztwie Poradni dostępny był: aparat EKG, sprzęt do udzielania pierwszej pomocy, defibrylator, kardiomonitor, doplerowski detektor przepływu tętniczego, zestaw do 24-godzinnej ambulatoryjnej rejestracji EKG, zestaw do 24-godzinnej ambulatoryjnej rejestracji ciśnienia tętniczego krwi, pulsoksymetr, nebulizator,

spirometr⁶². Pacjenci Poradni mieli również zapewniony dostęp do badań specjalistycznych wymienionych w ww. standardach, tj. Poradnia umożliwiała dostęp do badań: laboratoryjnych, endoskopowo obrazowych (ultrasonograficzne, radiologiczne, tomograficzne, rezonans magnetyczny), histologiczno-patologicznych, densytometrycznych⁶³.

(akta kontroli str. 190-203, 433, 480-482)

3.2. Według stanu na koniec czerwca 2021 r. w skład zespołu geriatrycznego Kliniki zgodnie z rekomendacjami *Standardów postępowania w opiece geriatrycznej* wchodzili:

- Kierownik Kliniki oraz z-ca Kierownika Kliniki specjaliści geriatry, posiadający także inne specjalizacje – jeden z zakresu chorób wewnętrznych, rehabilitacji medycznej oraz medycyny sportowej, zaś drugi – z chorób wewnętrznych. Ponadto Kierownikiem Kliniki był konsultant krajowy ds. geriatry w latach 2015-2020, natomiast z-ca Kierownika Kliniki jest od lipca 2020 r. konsultantem wojewódzkim ds. geriatry;
- ponadto 14 lekarzy, w tym czterech specjalistów geriatrów i dwóch w trakcie specjalizacji z geriatry; jeden specjalista chorób wewnętrznych i sześciu w trakcie specjalizacji z chorób wewnętrznych oraz jeden specjalista medycyny rodzinnej;
- 17 pielęgniarek, w tym dwie ze specjalizacją w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego i pielęgniarstwa opieki długoterminowej;
- cztery opiekunki medyczne, trzy salowe i jeden sanitariusz szpitalny;
- fizjoterapeuta i psycholog.

W razie większego zapotrzebowania na pomoc fizjoterapeutyczną pacjenci Kliniki, jeśli tylko ich stan zdrowia na to pozwalał, kierowani byli do Oddziału rehabilitacji ogólnoustrojowej, który znajdował się w tej samej lokalizacji.

(akta kontroli str. 415-416, 492-496)

3.3. Wobec pacjentów Kliniki stosowano jednolite standardy postępowania oraz procedury diagnostyczne i terapeutyczne określone w *Standardach postępowania w opiece geriatrycznej*, tj. ocenę sprawności chorego wg skali VES-13 oraz całościową ocenę geriatryczną (COG)⁶⁴, na którą składały się analizy pomiaru stanu pacjenta w zakresie stanu psychicznego, fizycznego, odżywienia, ryzyka upadków, odleżyn, w tym test MMSE⁶⁵ (krótka skala oceny aktywności poznawczej), test CDT⁶⁶ (test rysowania zegara), test ADL⁶⁷ (ocena podstawowych czynności życiowych), test IADL⁶⁸ (ocena złożonych czynności życia codziennego), ocena ryzyka wystąpienia odleżyn wg skali Norton, test TUG⁶⁹ (test „Wstań i idź”), test GDS⁷⁰ (geriatryczna skala oceny depresji). Natomiast wobec pacjentów Poradni stosowano przede wszystkim testy MMSE i GDS i w zakresie procedur diagnostycznych dokonywano porównania bieżących wyników z tymi osiągniętymi podczas poprzednich wizyt.

⁶² Doplerowski detektor przepływu tętniczego, zestaw do 24-godzinnej ambulatoryjnej rejestracji EKG, zestaw do 24-godzinnej ambulatoryjnej rejestracji ciśnienia tętniczego krwi i spirometr dostępne były dla pacjentów ambulatoryjnych w lokalizacji poradni specjalistycznych przy ul. Żeromskiego 113.

⁶³ Dostęp do badań laboratoryjnych i histologiczno-patologicznych w tej samej lokalizacji co Poradnia, zaś do badań endoskopowych obrazowych (ultrasonograficznych, radiologicznych, tomograficznych i rezonansu magnetycznego), oraz densytometrycznych w lokalizacji przy ul. Żeromskiego 113.

⁶⁴ Dotyczy pacjentów, którzy osiągnęli przynajmniej trzy punkty w skali VES-13.

⁶⁵ Mini-Mental State Examination.

⁶⁶ Clock Drawing Test.

⁶⁷ Activities of Daily Living.

⁶⁸ Instrumental Activities of Daily Living.

⁶⁹ Time Up and Go.

⁷⁰ Geriatric Depression Scale.

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

Podczas hospitalizacji 10 spośród 30 pacjentów zapewniono konsultacje specjalistów, głównie neurologa, ortopedy i kardiologa. Skierowania do poradni specjalistycznych wystawiono 22 pacjentom. W przypadku 16 pacjentów w trakcie hospitalizacji zmodyfikowano leczenie farmakologiczne uzyskując poprawę stanu ogólnego pacjentów, z czego w trzech przypadkach modyfikacja wpłynęła na zmniejszenie liczby przyjmowanych leków. Spośród badanej próby 30 pacjentów Kliniki, 11 z nich było powtórnie hospitalizowanych, z czego siedmiu pacjentów wróciło do Kliniki w ciągu roku od poprzedniej hospitalizacji.

Ze zbadanej dokumentacji medycznej 30 pacjentów Kliniki wynikało, że personel pielęgniarski regularnie prowadził działania edukacyjne z pacjentami oraz ich rodzinami lub opiekunami⁷¹. Były one odnotowywane w karcie indywidualnej opieki pielęgniarskiej oraz przekazywane pacjentom w formie wydruków z indywidualnymi zaleceniami dotyczącymi konkretnego problemu geriatrycznego⁷². Ponadto wnioski i praktyczne zalecenia dla pacjenta/rodziny były także umieszczane w karcie informacyjnej z leczenia szpitalnego.

Analiza dokumentacji medycznej 30 pacjentów Kliniki wykazała, że podczas hospitalizacji opieką fizjoterapeutyczną objęto pięciu pacjentów, zaś wsparcie psychologiczne uzyskało czterech pacjentów.

Kierownik Kliniki wyjaśnił, że na oddziale przebywają najstarsi i najbardziej schorowani pacjenci. Co druga osoba jest pacjentem leżącym, w bardzo ograniczonym kontakcie słowno-logicznym lub pozostaje nieprzytomna. U takich pacjentów wsparcie psychologiczne jest niemożliwe do przeprowadzenia, a opieka fizjoterapeutyczna jest świadczona razem z pielęgniarską i polega na zmianie pozycji, stosowaniu materacy przeciwoleżynowych i fizjoterapii biernej.

(akta kontroli str. 809-823, 826-828)

3.4. Klinika brała udział w przeprowadzanych w Szpitalu badaniach satysfakcji pacjenta. Badania były realizowane w ramach wymagań stawianych przez Zintegrowany System Zarządzania Szpitala i obejmowały 2018 i 2020 r.⁷³ W badaniu za 2018 r. w rekomendacji dotyczących podniesienia jakości usług dla Kliniki wskazano – *czystość sali*⁷⁴ oraz *reakcja na prośby pacjenta*⁷⁵. W przypadku odpowiedzi otwartych pacjenci Kliniki wskazywali na *łagodne podejście do pacjenta* oraz *opiekę i zrozumienie pacjenta* przez personel Szpitala. Przeprowadzone badania dały wysoką ocenę we wszystkich trzech obszarach objętych ankietą, tj.: przyjęcia, pobytu i wypisu ze szpitala. Niska liczba twierdzących odpowiedzi dotyczyła informowania o trybie składania skarg i wniosków (70% dla Szpitala) oraz niska średnia ocena jakości i temperatury posiłków (odpowiednio średnia ocen 3,54 i 3,81 dla Szpitala). W badaniu za 2020 r. w obszarach dotyczącym przyjęcia na oddział oraz wypisu ze Szpitala, procent pozytywnych opinii dla Kliniki wynosił 100%. W obszarze dot. warunków/samopoczucia podczas pobytu na oddziale powyżej średniej oceny dla Szpitala, pacjenci ocenili Klinikę w 12 na 18 badanych zakresów, w obszarze dot. opieki pielęgniarskiej pozytywnie oceniono cztery na siedem zakresów. Poniżej średniej dla Szpitala ocenione zostały zakresy dotyczące

⁷¹ 29 z 30 badanych przypadków. W jednym przypadku pacjent został wypiany na własne żądanie i nie zdażył zostać objęty edukacją prozdrowotną.

⁷² Przykładowo zalecenia dotyczące diety, samokontroli cukru, samokontroli nadciśnienia, zachowań zapobiegających upadkom, itp.

⁷³ Wyniki badania przeprowadzonego do 31 lipca 2021 r. były w opracowaniu.

⁷⁴ Obszar warunki/samopoczucie na oddziale.

⁷⁵ Obszar opieka pielęgniarska.

informacji i wsparcia⁷⁶. Pobyt w Szpitalu w Klinice został oceniony przez pacjentów powyżej średniej dla Szpitala⁷⁷. Szpital otrzymał 88,39% odpowiedzi twierdzących na pytanie czy pacjenci są zadowoleni z poprawy zdrowia po przebytej hospitalizacji i 90,48% twierdzących odpowiedzi na pytanie czy Szpital jest godny polecenia.

(akta kontroli str. 129-189)

3.5. Klinika i Poradnia współpracowały z lekarzami POZ, jak i specjalistami innych dziedzin medycyny w ramach zleczonych konsultacji oraz w zakresie udzielania informacji o objęciu leczeniem i diagnostyką. Personel lekarski Kliniki współpracował także z instytucjami pomocy społecznej (przy organizacji: seminarium Wydziału ds. Pomocy i Integracji Społecznej Regionalnego Centrum Polityki Społecznej w Łodzi – *Bezpiecznie i zdrowo – seniorzy w czasie pandemii, konferencji Uniwersytetu Łódzkiego – Kiedy zaczyna się starość*), ŁOW NFZ poprzez uczestnictwo w programach edukacyjnych dla seniorów⁷⁸, jak i regionalnymi stacjami telewizyjnymi poprzez uczestnictwo w programach poruszających tematykę seniorów i starzenia się.

Ponadto, jeśli stan zdrowia i sytuacja osobista pacjenta tego wymaga, gdy po zakończonym leczeniu szpitalnym pacjent nie ma możliwości funkcjonowania we własnym środowisku domowym, w celu zapewnienia ciągłości opieki i udzielenia pomocy socjalnej, personel medyczny współpracuje z pracownikiem socjalnym. Umożliwia to zorganizowanie pomocy socjalnej w miejscu zamieszkania lub też umieszczenie pacjenta w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznym lub Domu Pomocy Społecznej. Szpital posiada w swojej strukturze Zakład Opiekuńczo-Lecznicy w lokalizacji przy ul. Pieniny 30.

(akta kontroli str. 412-418)

3.6. W badanym okresie Szpital „Na Stokach”⁷⁹ był trzykrotnie kontrolowany przez Powiatową Stację Sanitarno-Epidemiologiczną w Łodzi w zakresie zabezpieczenia epidemicznego, stanu czystości bieżącej, stanu sanitarno-higienicznego pomieszczeń oraz postępowania z odpadami medycznymi i komunalnymi. I tak:

- 1) Kontrola 13-17 lipca 2017 r.⁸⁰ potwierdziła wykonanie zaleceń wskazanych w protokole z 20 lipca 2016 r.⁸¹, jednocześnie stwierdzając nieprawidłowości w zakresie m.in.:
 - braku na oddziałach wózków zabiegowych dostosowanych dla potrzeb personelu medycznego zapewniających rozdział strefy brudnej i czystej,
 - przechowywania w oddziałach bielizny czystej na w szafach lub regałach w przedsiionkach brudowników,
 - braku wydzielonej szatni dla pacjentów i odwiedzających – odzież była zabierana na oddziały. Braku warunków do przechowywania odzieży wierzchniej na salach pacjentów,
 - braku wózków do transportu bielizny czystej w oddziałach z miejsca przechowywania na salę chorych,
 - braku pomieszczeń specjalnych oraz socjalnych (szatnia, węzeł sanitarny, pokój socjalny dla personelu) w laboratorium.

Kontrola sformułowała osiem doraźnych zaleceń, uwag i wniosków wyznaczając terminy ich wykonania.

⁷⁶ Informacja o sposobie leczenia (ocena 4,14 przy średniej 4,46) oraz informacja o ryzyku co do sposobu leczenia (ocena 4,43 przy średniej 4,48).

⁷⁷ Ocena 5 przy średniej 4,5.

⁷⁸ Np.: <https://lodz.tvp.pl/50892956/abc-pacjenta-21112020>.

⁷⁹ W tym Klinika.

⁸⁰ Protokół kontroli z dnia 18 lipca 2017 r. nr Ep/190/51/17.

⁸¹ Protokół kontroli nr Ep/129/104/16.

- 2) Kontrola 10-20 kwietnia 2018 r. w zakresie wypełniania wszystkich zobowiązań wynikających z przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienia ostrymi narzędziami używanymi przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych⁸² nie wykazała nieprawidłowości.
- 3) Kontrola 17-19 października 2018 r.⁸³ potwierdziła wykonanie części zaleceń pokontrolnych zawartych w protokole z dnia 18 lipca 2017 r.⁸⁴ w zakresie zabezpieczenia epidemicznego, stanu czystości bieżącej, stanu sanitarno-higienicznego pomieszczeń oraz postępowania z odpadami medycznymi i komunalnymi. Kontrola sformułowała osiem doraźnych zaleceń, uwag i wniosków wyznaczając termin ich wykonania. Ponadto Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny decyzją⁸⁵ z dnia 31 grudnia 2018 r. nakazał dostosować pomieszczenia i urządzenia Szpitala „Na Stokach” do wymagań wynikających z przepisów rozporządzenia⁸⁶ Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowych wymagań jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą. W decyzji sformułowano 15 zaleceń wskazując terminy ich wykonania do 30 czerwca i 31 grudnia 2019 r., a na wniosek Szpitala⁸⁷ termin wykonania ww. decyzji został przedłużony do 30 czerwca 2020 r.⁸⁸ Szpital pismami z dnia 25 listopada i 17 grudnia 2019 r. zwrócił się do Inspektora Sanitarnego o odstąpienie w zakresie realizacji trzech punktów wskazanych w Decyzji⁸⁹ motywując to faktem, że spełnienie wymogów Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. przełoży się na likwidację liczby łóżek na Oddziałach. Jednocześnie Szpital poinformował o realizacji pozostałych wniosków wskazanych w decyzji⁹⁰.

W związku z epidemią COVID-19 Szpital „Na Stokach” został przekształcony w szpital jednoimienny, a po częściowym odmrożeniu ograniczeń w działalności, od 1 marca 2021 r. Klinika i Poradnia zostały przeniesione do lokalizacji przy pl. Hallera.

Do zakończenia kontroli działalność Kliniki i Poradni nie była przedmiotem kontroli innych organów (NFZ, wojewody czy służb sanitarno-epidemiologicznych).

(akta kontroli str. 438-478)

3.7. W okresie objętym kontrolą wpłynęły do Szpitala trzy skargi obejmujące swoim zakresem świadczenia udzielane w Klinice:

- 1) Skarga⁹¹ przesłana do Biura Rzecznika Praw Pacjenta, który pismem⁹² z dnia 24 lipca 2019 r. zwrócił się do Dyrekcji Szpitala o wyjaśnienie zgłoszonych zastrzeżeń, co do udzielanej pacjentowi opieki medycznej. Szpital po przeprowadzeniu postępowania wyjaśniającego w wyznaczonym przez Rzecznika terminie przesłał⁹³ pisemną informację odnoszącą się do stawianych w skardze zarzutów, w tym m. in. informację o stanie zdrowia pacjenta po przyjęciu do szpitala oraz udzielonych mu świadczeniach zdrowotnych.

⁸² Rozporządzenie z dnia 6 czerwca 2013 r. (Dz. U z 2013 r. poz. 696).

⁸³ Protokół kontroli z dnia 22 października 2018 r. nr Ep/190/85/18.

⁸⁴ Wykonano 5 z 8 zaleceń.

⁸⁵ Decyzja nr PPIS.EP.4310.D.22.2018.AK.

⁸⁶ Rozporządzenie z dnia 26 czerwca 2012 r. (Dz. U z 2012 r. poz. 739), zastąpione rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. poz. 595).

⁸⁷ Pismo z dnia 22 maja 2020 r. znak: USK.Z.Dyr.0704.122.1.2020.

⁸⁸ Decyzja z dnia 1 lipca 2019 r. znak: PPIS.EP.4310.D.21.2019.AK.

⁸⁹ W tym na oddziale geriatry m.in.: zapewnienie dostępu do łóżek z trzech stron, zapewnienie odstępów pomiędzy łóżkami.

⁹⁰ W tym na oddziale geriatry m.in.: wydzielenie punktu pielęgniarskiego z pokojem przygotowawczym, zapewnienie wentylacji mechanicznej.

⁹¹ Skarga przesłana w dniu 15 czerwca 2019 r.

⁹² Data otrzymania 31 lipca 2019 r. (znak: RzPP-DPW-WPI.431.1588.2019.BZ).

⁹³ Pismo z 8 sierpnia 2019 r. (znak: 885).

- 2) Skarga przesłana⁹⁴ do Dyrekcji Szpitala w sprawie ograniczeń w zakresie przekazywania informacji odnośnie stanu zdrowia pacjenta przyjętego do Kliniki. Dyrektor Szpitala pismem z dnia 18 maja 2020 r. przeprosił za zaistniałą sytuację wynikającą z obostrzeń związanych z SARS-CoV-2 i koniecznością uzyskiwania wszelkich informacji o pacjentach poprzez kontakt telefoniczny.
- 3) Skarga przesłana⁹⁵ do Dyrekcji Szpitala w sprawie sprawdzenia prawidłowości leczenia i okoliczności śmierci pacjenta przyjętego do Szpitala i do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego. Szpital pisemnie⁹⁶ poinformował skarżącego o podjętym postępowaniu wyjaśniającym. W piśmie przedstawiony został szczegółowy stan pacjenta po jego przyjęciu do Szpitala, podjęte zabiegi lecznicze oraz historia pobytu pacjenta w Szpitalu i w ZOL z opisem stanu jego zdrowia.

We wszystkich trzech sprawach w Szpitalu przeprowadzono każdorazowo postępowanie wyjaśniające oraz udzielono odpowiedzi osobom skarżącym. W przypadku skargi złożonej za pośrednictwem Rzecznika Praw Pacjenta, odpowiedź Szpitala została przesłana zgodnie z właściwością do Biura Rzecznika.

(akta kontroli str. 480)

Stwierdzone
nieprawidłowości
OCENA CZĄSTKOWA

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

Wprowadzone rozwiązania organizacyjne zabezpieczały udzielanie świadczeń zdrowotnych pacjentom w podeszłym wieku, z uwzględnieniem zaleceń wynikających ze *Standardów postępowania w opiece geriatrycznej*. Pacjenci Poradni mieli zapewniony dostęp do badań rekomendowanych w *Standardach postępowania w opiece geriatrycznej*. Natomiast w Klinice zatrudniano dodatkowy personel medyczny, z uwzględnieniem zaleceń wynikających z ww. standardów, tj. na 20 łóżek przypadło 16 lekarzy (15,1 etatu), w tym sześciu specjalistów geriatrów oraz dwóch lekarzy w trakcie specjalizacji z geriatric; 17 pielęgniarek (16 etatów) oraz cztery opiekunki medyczne. Podstawą diagnostyki pacjentów w podeszłym wieku była procedura oceny geriatrycznej oparta na ocenie sprawności chorego wg skali VES-13. W celu diagnozy stanu pacjenta stosowano również dodatkowe procedury diagnostyczno-terapeutyczne wskazane w *Standardach postępowania w opiece geriatrycznej*, a także działania edukacyjne na rzecz pacjentów i ich rodzin. Podstawą prawidłowej kompleksowej opieki nad pacjentami geriatrycznymi była wielokierunkowa współpraca ze specjalistami, lekarzami POZ, pracownikiem socjalnym, 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. Obejmowanie całościową oceną geriatryczną (COG) wszystkich pacjentów spełniających warunki zgodnie z wdrożoną w Szpitalu procedurą oceny geriatrycznej.
2. Bieżące aktualizowanie danych w Portalu Potencjału NFZ w zakresie personelu medycznego udzielającego świadczeń zdrowotnych.

⁹⁴ Pismo z 8 maja 2020 r.

⁹⁵ Pismo z 28 sierpnia 2020 r. przekazane do Szpitala 4 stycznia 2021 r.

⁹⁶ Pismo z 3 lutego 2021 r.

3. Prowadzenie dokumentacji medycznej pacjentów zgodnie z wymogami rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej.

Uwagi Najwyższa Izba Kontroli 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 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 wykorzystania uwag i 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, 16 września 2021 r.

Kontrolerzy


Ewelina Dębowska
starszy inspektor k.p.


.....
podpis

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Łodzi
p.o. Dyrektor
Piotr Walczak


.....
podpis

Marek Tarnawski
doradca techniczny


.....
podpis

