



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Poznaniu

LPO.410.027.02.2021

Marek Czaplicki

Dyrektor

Wojewódzkiego Szpitala dla Nerwowo
i Psychicznie Chorych „Dziekanka”
im. A. Piotrowskiego w Gnieźnie,
ul. Poznańska 15, 62-200 Gniezno

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

P/21/072 „Funkcjonowanie medycznej opieki geriatrycznej”

I. Dane identyfikacyjne kontroli

Jednostka Kontrolowana	Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych „Dziekanka” im. A. Piotrowskiego w Gnieźnie, ul. Poznańska 15, 62-200 Gniezno (dalej: „Szpital” lub „Dziekanka”)
Kierownik jednostki kontrolowanej	Marek Czaplicki – Dyrektor Szpitala od 1 lipca 2017 r. Wcześniej Dyrektorem Szpitala był Łukasz Dolata (od 20 marca 2017 r. do 9 maja 2017 r.) ¹ .
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 kontroli, tj. 23.09.2021 r.), z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed tym okresem, jeżeli miały znaczenie dla działalności jednostki w zakresie objętym kontrolą.
Podstawa prawna	art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ²
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura NIK w Poznaniu
Kontroler	Izabela Chlebowska-Gąszczyk, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LPO/113/2021 z dnia 28 czerwca 2021 r. (dowód: akta kontroli str. 1-3)

II. Ocena ogólna³ kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

Szpital zapewnił warunki organizacyjne niezbędne do realizacji świadczeń geriatrycznych. Opracowana została procedura w zakresie przyjęcia pacjentów do oddziałów somatycznych, którą stosowano wobec wszystkich hospitalizowanych pacjentów⁴. Obowiązywały również wewnętrzne procedury dotyczące opieki nad pacjentami „Dziekanki”, w tym geriatrycznymi, w zakresie m.in. profilaktyki przeciwoleżynowej oraz oceny i leczenia bólu. W oddziale i w poradni geriatrycznej spełnione zostały warunki szczegółowe jakie powinni spełniać świadczeniodawcy, zarówno w zakresie personelu (z jednym wyjątkiem⁵) jak i wyposażenia w sprzęt oraz aparaturę medyczną a także dostępności badań i procedur medycznych.

¹ W okresie od 1 listopada 2016 r. do 20 marca 2017 r. w związku z nieobsadzonym stanowiskiem Dyrektora Szpitala, zgodnie ze statutem, funkcje i zadania Dyrektora Szpitala przejmował z-ca Dyrektora ds. organizacyjno-ekonomicznych, tj. w okresie od 1 stycznia 2017 r. do 20 marca 2017 r. – Łukasz Dolata.

² Dz. U. z 2020 r. poz. 1200, ze zm., dalej: ustawa o NIK.

³ Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej.

⁴ Na podstawie losowo wybranej próby dokumentacji medycznych.

⁵ Dotyczącym pielęgniarek w 2020 r.

Użytkowany w jednostce sprzęt i aparatura medyczna odpowiadały (z dwoma wyjątkami) warunkom określonym w umowie z NFZ. Nie aktualizowano natomiast danych w systemie SZOI⁶ lub aktualizowano z opóźnieniem dane dotyczące osób dostępnych w miejscu udzielania świadczeń (oddział i poradnia), tj. dwóch lekarzy przebywających na rocznych urloпах bezpłatnych oraz czterech pielęgniarek, które zmieniły oddział na inny niż geriatryczny lub zakończyły pracę w Szpitalu. Skutkowało to wykazaniem niezgodnych ze stanem faktycznym danych w harmonogramach – zasoby, stanowiących załącznik nr 2 do umowy z NFZ.

W okresie objętym kontrolą pacjenci przyjmowani byli do oddziału i poradni geriatrycznej na bieżąco. Nie ograniczono dostępności do świadczeń w okresie epidemii SARS-CoV-2, a po decyzji Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego o zamknięciu oddziału geriatrycznego w związku z wykryciem zakażenia koronawirusem u pacjentów, zakaz opuszczania oddziału obejmował pracowników Szpitala i przebywających w nim pacjentów. Poddana badaniu dokumentacja medyczna zawierała wymagane rozporządzeniem w sprawie dokumentacji medycznej⁷ elementy, z wyjątkiem kart indywidualnej opieki fizjoterapeutycznej lub kart zabiegów fizjoterapeutycznych.

Do oceny stanu pacjenta stosowano między innymi elementy jednej (lub kilku) ze standaryzowanych skal mierzących poziom funkcji psychicznych i fizycznych w ramach zespołowej współpracy lekarza, pielęgniarki, fizjoterapeuty i psychologa. W celu diagnozy stanu pacjenta stosowano również dodatkowe procedury diagnostyczno-terapeutyczne wskazane w Standardach postępowania w opiece geriatrycznej⁸, a także działania edukacyjne pacjentów i ich rodzin.

Pomieszczenia oddziału geriatrycznego i poradni dostosowane były do potrzeb osób starszych. Dysponowano wyposażeniem w sprzęt i aparaturę medyczną, nie tylko wymaganą obowiązującymi przepisami, ale również wyposażeniem rekomendowanym w Standardach postępowania w opiece geriatrycznej.

W Szpitalu, w latach 2019-2020, minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek zostały ustalone bez zasięgnięcia, wymaganej art. 50 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej, opinii kierujących jednostkami lub komórkami organizacyjnymi określonymi w regulaminie organizacyjnym, a także bez opinii przedstawicieli organów samorządu pielęgniarek oraz związków zawodowych pielęgniarek i położnych działających na terenie podmiotu. Ponadto w Szpitalu, w czasie kontroli NIK, nie było możliwości umawiania się na wizyty drogą elektroniczną.

Ustalono, że w kontrolowanym okresie, w wymiarze miesięcznym wystąpiło 40 przypadków świadczenia przez lekarzy pracy bez odpoczynku przez ponad 24 godziny, w tym 39 przypadków w wymiarze od 30 do 32 godzin. Taka organizacja pracy może wpływać negatywnie na jakość wykonywanych świadczeń medycznych, a tym samym, jakość opieki nad pacjentami.

⁶ SZOI – System Zarządzania Obiegiem Informacji.

⁷ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobów jej przetwarzania (Dz. U. z 2020 r. poz. 666).

⁸ Standardy opracowane w 2013 r. przez powołany przy Ministrze Zdrowia Zespół do Spraw Gerontologii, opublikowane na łamach kwartalnika Gerontologia Polska (2013, tom 21, nr 2, 33-47).

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowe⁹ kontrolowanej działalności

OBSZAR

1. Organizacja procesu udzielania świadczeń

Opis stanu faktycznego

1. Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych „Dziekanka” jest podmiotem działającym w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej. W Szpitalu funkcjonuje oddział geriatryczny¹⁰, w którym w latach 2019-2021¹¹ było 21 łóżek, natomiast w okresie wcześniejszym, tj. w latach 2015 - 2018¹² było 25 łóżek. W okresie objętym kontrolą działała również poradnia geriatryczna¹³. Świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie geriatry – hospitalizacji oraz w poradni geriatrycznej, finansowane były od 1 października 2017 r. w ramach ryczału Podstawowego Szpitalnego Zabezpieczenia Świadczeń Opieki Zdrowotnej (PSZ).

(dowód: akta kontroli str. 5-78, 203, 228-266)

2. W Szpitalu opracowana została procedura „Przyjęcie pacjenta w oddział somatyczny”, określająca zasady postępowania z pacjentem przyjmowanym planowo i pilnie do oddziałów somatycznych. Załącznikami do niej były: wywiad epidemiologiczny oraz ocena ryzyka zakażenia przy przyjęciu pacjenta do Szpitala, a także widoczne w systemie w formie dokumentacji elektronicznej: Indywidualna karta obserwacji pielęgniarstwa; karta gorączkowa oraz karta zleceń lekarskich. W przypadku pacjentów w wieku 65+, na podstawie analizy dokumentacji medycznej losowo wybranych pacjentów przyjętych do Szpitala w ciągu ostatniego miesiąca przed rozpoczęciem czynności kontrolnych NIK¹⁴ na oddziały inne niż oddział geriatryczny, stwierdzono, że we wszystkich przypadkach w dniu przyjęcia na oddział przeprowadzono ocenę w zakresie podstawowych parametrów związanych z oceną geriatryczną. Dotyczyło to aktywności, zdolności przemieszczania, samoobsługi, obecności odleżyn, samoobsługi w zakresie czynności fizjologicznych, podstawowych czynności życia codziennego (Skala ADL) oraz innych podstawowych parametrów (m.in. waga, wzrost, tętno, ciśnienie). Ponadto, poza oceną czynnościową (Skala ADL, Skala Barthel), w zależności od pacjenta przeprowadzono ocenę stanu umysłowego (MMSE, test rysowania zegara, ACE-III) oraz ocenę stanu fizycznego (skala oceny odżywienia).

(dowód: akta kontroli str. 280-292, 326-329)

⁹Oceny cząstkowe to oceny działalności w poszczególnych obszarach badań kontrolnych. Ocena cząstkowa może być sformułowana jako ocena pozytywna, ocena negatywna albo ocena w formie opisowej.

¹⁰Poza oddziałem geriatrycznym w Szpitalu (zgodnie z księgą rejestrową nr 000000016097, wg stanu na dzień 2 lipca 2021 r.) funkcjonowały również: oddział psychogeriatryczny, oddział psychogeriatryczny dzienny, oddziały psychiatryczne ogólne, oddział psychiatryczny psychosomatyczny, oddziały detoksykacyjne dla uzależnionych od alkoholu, oddział psychiatryczny dla dzieci i młodzieży, oddziały leczenia uzależnień, oddział psychiatryczny rehabilitacyjny, oddziały psychiatryczne dla przewlekle chorych, oddział psychiatryczny dla chorych na gruźlicę, oddział dzienny psychiatryczny rehabilitacyjny, oddział dzienny psychiatryczny, oddział leczenia uzależnień od substancji psychoaktywnych dla młodzieży, oddział dzienny terapii leczenia uzależnień, oddział psychiatrii sądowej, oddział leczenia zaburzeń nerwicowych, a także oddział neurologiczny, oddział rehabilitacji neurologicznej, oddział leczenia udarów, oddział rehabilitacji ogólnoustrojowej, oddział wewnętrzny psychosomatyczny z pododdziałem reumatologii.

¹¹Zgodnie ze stanem na koniec 2019 r., 2020 r. oraz na 30 czerwca 2021 r.

¹²Wg stanu na koniec 2015 r., 2016 r., 2017 r. i 2018 r.

¹³Poza poradnią geriatryczną w Szpitalu (zgodnie z księgą rejestrową nr 000000016097, wg stanu na dzień 2 lipca 2021 r.) funkcjonowały również: poradnia psychosomatyczna, poradnia zdrowia psychicznego, konsultacyjna poradnia psychiatryczna, poradnia leczenia uzależnień, pracownia diagnostyki laboratoryjnej, pracownia diagnostyki obrazowej, pracownia EKG i EEG; pracownia USG, spirometr; pracownia fizykoterapii i hydroterapii, pracownia endoskopii, gabinet stomatologiczny, apteka szpitalna, Zakład opiekuńczo-leczniczy psychiatryczny, Zakład Opiekuńczo-Leczniczy, oraz Zespół leczenia środowiskowego domowego.

¹⁴Pacjenci przyjęci w okresie od 1 do 31 maja 2021 r. m.in. na oddziały: udarowy, neurologiczny oraz wewnętrzny psychosomatyczny.

3. W Szpitalu wprowadzone zostały m.in. procedury: 1) przyjęcie pacjenta w oddział somatyczny, 2) diagnozowanie i leczenie pacjenta w oddziałach somatycznych, 3) przyjęcie do szpitala pacjenta z uzgodnionym terminem przyjęcia, 4) przyjęcie do szpitala uprzywilejowanych grup pacjentów, 5) oceny i leczenia bólu, 6) standard profilaktyki przeciwoleżynowej, 7) Instrukcja postępowania z odleżynami, a także procedury epidemiologiczne¹⁵. Procedury te dotyczyły pacjentów Szpitala, niezależnie od oddziału lub pacjentów oddziałów somatycznych. Zgodnie z regulaminem organizacyjnym, w Szpitalu funkcjonowały (obok oddziałów psychiatrycznych i leczenia uzależnień) oddziały somatyczne, w skład których wchodziły: oddział geriatryczny, leczenia udarów, neurologiczny, rehabilitacji neurologicznej i ogólnoustrojowej oraz oddział wewnętrzny psychosomatyczny z pododdziałem reumatologii.

(dowód: akta kontroli str. 267-279, 286-325, 350-352)

4. W latach 2017-2021 (I kwartał) na oddziale geriatrycznym hospitalizowanych było 2 687 pacjentów. Najwięcej (21,2%) było pacjentów w wieku 66-70 lat oraz na podobnym poziomie, pacjentów w wieku 71-75 lat (18,0%), 76-80 lat (18,9%) oraz 81-85 lat (18,3%), a pacjentów w wieku 86-90 lat było 12,9%. Najmniej natomiast było pacjentów do 60 r.ż. (3,3%) oraz powyżej 90 r.ż. (7,3%).

(dowód: akta kontroli str. 204)

Czas pobytu pacjentów na oddziale w II półroczu 2019 r. wynosił do 3 dni (20,4% pacjentów), od 4-7 dni (35,7%), od 8-14 dni (29,9%), od 15-21 dni (9,8%) oraz powyżej 21 dni (4,2%).

Czas pobytu pacjentów na oddziale w II półroczu 2020 r. wynosił natomiast do 3 dni (16,4% pacjentów), od 4-7 dni (30,9%), od 8-14 dni (32,4%), od 15-21 dni (14,8%) oraz powyżej 21 dni (5,5%).

(dowód: akta kontroli str. 211)

Najwięcej pacjentów oddziału geriatrycznego pochodziło z powiatu gnieźnieńskiego oraz od 1 do 10 osób - z powiatu chodzieskiego, jarocińskiego, kolskiego, nowotomyskiego, poznańskiego, słupeckiego, średzkiego, wągrowieckiego, wrzesińskiego, oraz z miasta Konin i Poznań¹⁶ oraz powiatu pleszewskiego i śremskiego¹⁷, natomiast spoza województwa wielkopolskiego było od 6 do 8 pacjentów.

(dowód: akta kontroli str. 205-210)

W poradni geriatrycznej, w latach 2017-2021 (I kwartał), udzielono porady 715 pacjentom. Najwięcej (27,5%) było pacjentów w wieku 66-70 lat oraz na podobnym poziomie, pacjentów w wieku 71-75 lat (19,2%), 76-80 lat (18,6%) oraz 81-85 lat (21,8%). Najmniej było natomiast pacjentów do 61-65 (1%) oraz powyżej 90 r.ż. (2,7%), a także w wieku 86-90 lat - 9,2%. Nie było pacjentów do 60 r.ż.

(dowód: akta kontroli str. 212)

W II półroczu 2019 r. z porad skorzystało 64 pacjentów z powiatu gnieźnieńskiego, 5 z poznańskiego, 4 – średzkiego oraz jeden z powiatu słupeckiego. Spoza województwa wielkopolskiego było 3 pacjentów (2 z powiatu białostockiego oraz jeden z powiatu żnińskiego).

(dowód: akta kontroli str. 213)

¹⁵ Procedury epidemiologiczne m.in. w zakresie zapobiegania zakażeniu związanemu z linią żylną obwodową, założenia dostępu centralnego, cewnikowania pęcherza moczowego u mężczyzn oraz u kobiet.

¹⁶ W II półroczu 2019 r. i w II półroczu 2020 r.

Z powiatu poznańskiego w II półroczu 2020 r. było 15 pacjentów.

¹⁷ W II półroczu 2020 r.

W 2017 r. w poradni geriatrycznej udzielono porady 22 pacjentom. Pierwszą wizytę w poradni w 2017 r. miało 12 pacjentów, którzy do dnia kontroli¹⁸ skorzystali z od jednej do 17 porad.

(dowód: akta kontroli str. 212, 367-369)

W okresie objętym kontrolą nie było oczekujących na przyjęcie na oddział geriatryczny oraz do poradni geriatrycznej (pacjenci przyjmowani byli na bieżąco).

(dowód: akta kontroli str. 215)

5. W Szpitalu, w zakresie personelu spełnione zostały (z jednym wyjątkiem) warunki szczegółowe, jakie powinni spełnić świadczeniodawcy przy udzielaniu świadczeń gwarantowanych w trybie hospitalizacji (załącznik nr 3 pkt. 20 rozporządzenia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego¹⁹) oraz w zakresie porad specjalistycznych – geriatry (załącznik nr 1 pkt. 10 rozporządzenia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej²⁰).

Zasoby kadrowe oddziału geriatrycznego, wg stanu na 31 grudnia 2017 r., 2018 r., 2019 r. oraz 2020 r. przedstawiały się następująco:

- 4 lekarzy (3,5 etatu przeliczeniowego)²¹, w tym (w poszczególnych latach):
 - 1) posiadający tytuł specjalisty w zakresie geriatry, specjalisty w zakresie chorób wewnętrznych oraz I stopień specjalizacji w zakresie psychiatrii (2017-2018);
 - 2) posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie geriatry oraz specjalisty w zakresie chorób wewnętrznych (2019-2020);
 - 3) posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie geriatry oraz specjalisty w dziedzinie choroby wewnętrzne;
 - 4) posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie geriatry oraz specjalisty w dziedzinie choroby wewnętrzne;
 - 5) posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie choroby wewnętrzne oraz specjalisty w dziedzinie nefrologia.

(dowód: akta kontroli str. 216-227, 379-391)

– personel pielęgniarski (odpowiednio: 15, 17, 15 i 12 osób)²² w tym jedna osoba o specjalności pielęgniarstwa geriatrycznego (wg stanu na koniec 2017, 2018 i 2019 r.). Oddział geriatryczny nie dysponował w zakresie personelu pielęgniarskiego na 31 grudnia 2020 r., równoważnikiem co najmniej 2 etatów – o specjalności w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego lub zachowawczego, lub internistycznego, lub przewlekle chorych i niepełnosprawnych, lub opieki długoterminowej, lub opieki paliatywnej²³. Niniejsze, świadczeniodawca, zgodnie z § 2 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 11 października 2018 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego²⁴, jest zobligowany spełnić nie później niż do dnia 31 grudnia 2021r. Wg stanu na 31 grudnia 2020 r. (w miesiącach listopad i grudzień 2020 r.)

¹⁸ Do dnia 31 sierpnia 2021 r.

¹⁹ Dz.U. z 2021 r., poz. 290 ze zm.

²⁰ Dz.U. z 2016 r., poz. 357 t.j. (dalej również w skrócie rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych AOS)

²¹ W tym jedna osoba na podstawie umowy o pracę oraz 3 na podstawie umów cywilnoprawnych (w latach 2017 i 2018 r.) oraz 4 lekarzy na podstawie umów cywilnoprawnych w latach 2019 i 2020.

²² W tym 2 – na podstawie umowy cywilnoprawnej (na koniec 2018 r. i 2019 r.) oraz 2 – na koniec 2020 r.

²³ (...) 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.

²⁴ Dz. U. z 2018 r. poz. 2012, ze zm.

równoważnik przeliczeniowy dotyczący zatrudnienia personelu pielęgniarskiego w oddziale geriatrycznym wynosił 12, przy wymaganej liczbie 12,6 etatów. W pozostałym okresie (wg stanu na koniec 2017, 2018 i 2019 r.) spełnione zostały wymogi w tym zakresie.

(dowód: akta kontroli str. 216-227)

Ponadto:

– fizjoterapeuta, wg stanu na koniec 2017 r., 2019 r. i 2020 r. - osoba, która ukończyła szkołę policealną i uzyskała tytuł zawodowy technika fizjoterapii. Czynności fizjoterapeuty w pozostałym okresie wykonywane były również przez 4 innych fizjoterapeutów zatrudnionych w Szpitalu, tj. pracowników Dziennego Oddziału Geriatrycznego.

– Psycholog (jeden etat, wg stanu na koniec lat 2017 – 2020).

(dowód: akta kontroli str. 405-419)

Ponadto, zasoby kadrowe oddziału geriatrycznego stanowili również opiekunowie medyczni (3 – na 31 grudnia lat 2017, 2018 i 2019 oraz 2 – na 31 grudnia 2020 r.), a także instruktor terapii zajęciowej.

(dowód: akta kontroli str. 216-227)

Personel lekarski obsługujący poradnię geriatryczną był tożsamy ze składem osobowym lekarzy zatrudnionych w oddziale geriatrycznym. Dodatkowo, w poradni pracowała również lekarz, zatrudniona w Szpitalu od 6 lutego 2018 r.²⁵, posiadająca tytuł specjalisty w zakresie geriatry oraz I stopień specjalizacji w zakresie chorób wewnętrznych.

(dowód: akta kontroli str. 392-394, 396-404)

W Systemie zarządzania obiegiem informacji (SZOI) stwierdzono przypadki wykazania osób (jako dostępne w miejscu udzielania świadczeń), które nie udzielały świadczeń na oddziale geriatrycznym lub w poradni geriatrycznej, wg stanu na dzień kontroli, o czym szerzej w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”.

(dowód: akta kontroli str. 423-493)

Szpital nie posiadał w aktach osobowych informacji o szkoleniach, w których uczestniczyli lekarze zatrudnieni w oddziale geriatrycznym na podstawie umów cywilnoprawnych oraz w poradni geriatrycznej. Natomiast lekarz zatrudniony w ramach umowy o pracę do 31 grudnia 2018 r., uczestniczył w latach 2017-2018 w Konferencji Ordynatorów Oddziałów Geriatrii, Konferencji Top Medical Trends, Kongresie Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego i konferencji „Kobieta i Mężczyzna 65+”, w Konferencji naukowo-szkoleniowej Kolegium Lekarzy Geriatrii w Polsce i zebraniu ordynatorów oddziałów Geriatrii oraz w kursach, jako wykładowca dla specjalizujących się w geriatrii, dla specjalizujących się w zakresie chorób wewnętrznych a także specjalizujących się w rehabilitacji.

(dowód: akta kontroli str. 494-497)

6. Na podstawie danych w zakresie udzielanych świadczeń na oddziale geriatrycznym w miesiącu sierpniu, w latach 2017-2020 stwierdzono, że wystąpiły przypadki świadczenia pracy przez lekarzy zatrudnionych w Szpitalu na podstawie umów cywilnoprawnych, nieprzerwanie przez okres przekraczający 24 godziny, tj. bez okresu odpoczynku, bezpośrednio po zakończeniu pełnienia dyżuru medycznego. W wybranych do próby kontrolnej miesiącach (sierpień 2017, 2018,

²⁵ W ramach umowy o pracę.

2019 i 2020 r.), wystąpiło ogółem 40 przypadków²⁶ świadczenia pracy bez odpoczynku przez ponad 24 godziny, mianowicie:

- przez okres 32 godzin – 22 przypadki,
- przez okres 30 godzin – 9 przypadków,
- przez okres 31 godzin – 8 przypadków²⁷.

(dowód: akta kontroli str. 425-428, 441-443, 445-458, 473-476)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że lekarze zatrudnieni na umowach cywilnoprawnych w sytuacji konieczności zapewnienia ciągłości opieki lekarskiej pozostają na oddziale po zakończonym dyżurze bez zachowania odpoczynku. Łącząca strony (dwa podmioty gospodarcze) stosunek prawny, nie musi gwarantować odpoczynków dobowych i tygodniowych.

(dowód: akta kontroli str. 499-503)

NIK nie kwestionuje faktu, iż nie mają w tym przypadku zastosowania przepisy ustawy o działalności leczniczej²⁸ określające normy i wymiar czasu pracy w podmiotach leczniczych oraz okres odpoczynku (art. 93-97), ponieważ dotyczą one zatrudnionych na umowę o pracę. Niemniej jednak taka organizacja czasu pracy, może zdaniem NIK, negatywnie wpływać na jakość wykonywanych świadczeń medycznych, a tym samym na jakość opieki nad pacjentami.

7. W poradni geriatrycznej, zgodnie z § 11 ust. 1 rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej²⁹, udostępniono informacje o godzinach i miejscu udzielania świadczeń, a także informacje na temat udogodnień dla osób niepełnosprawnych. Zgodnie z § 11 ust. 4 ww. rozporządzenia, umieszczono wewnątrz budynku informacje dotyczące m.in.: imion i nazwisk osób kierujących pracą komórki organizacyjnej, a także imion i nazwisk osób udzielających świadczeń oraz godzin i miejsca ich udzielania; zasad zapisów na porady i wizyty; trybu składania skarg i wniosków u świadczeniodawcy; praw pacjenta; zasad potwierdzania prawa do świadczeń; numerów telefonów alarmowych "112" i "999", obsługiwanych w ramach systemu powiadamiania ratunkowego; adresu i numeru bezpłatnej infolinii Biura Rzecznika Praw Pacjenta; adresu i numeru telefonu właściwej miejscowo komórki do spraw skarg i wniosków Funduszu.

(dowód: akta kontroli str. 504-509)

8. Pomieszczenia oddziału geriatrycznego spełniały wymogi rozporządzenia w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą³⁰ m.in. w następującym zakresie: w pokojach łóżkowych poddanych oględzinom łóżka dostępne były z trzech stron, w tym dwóch dłuższych, odstęp między łózkami umożliwiał

²⁶ 1) w sierpniu 2017 r. stwierdzono 12 takich przypadków – trzech lekarzy cztery razy w ciągu miesiąca udzielało świadczeń zdrowotnych bez przerwy przez 30 do 32 godzin;

2) w sierpniu 2018 r. stwierdzono dziewięć takich przypadków – trzech lekarzy dwa do czterech razy w ciągu miesiąca udzielało świadczeń zdrowotnych bez przerwy przez 30 do 32 godzin;

3) w sierpniu 2019 r. stwierdzono dziewięć takich przypadków – trzech lekarzy jeden do pięciu razy w ciągu miesiąca udzielało świadczeń zdrowotnych bez przerwy przez 30 do 32 godzin;

4) w sierpniu 2020 r. stwierdzono 10 takich przypadków – czterech lekarzy jeden do czterech razy w ciągu miesiąca udzielało świadczeń zdrowotnych bez przerwy przez 25 do 32 godzin.

²⁷ Ponadto był 1 przypadek udzielania świadczenia - przez okres 25 godzin.

²⁸ ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2021 r. poz. 711 ze zm.).

²⁹ Dz.U. z 2020 r., poz. 320, ze zm.

³⁰ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. (Dz. U. z 2019 r., poz. 595).

swobodny dostęp do pacjentów, a szerokość pokoju łóżkowego umożliwiła wyprowadzenie łóżka.

Ponadto brak było barier architektonicznych dla ruchu osób niepełnosprawnych, korytarz oddziału wyposażony był w poręcze i odpowiednie oświetlenie w nocy, z dostępem do windy. Oddział wyposażono w łóżka o regulowanej wysokości z możliwością założenia drabinek oraz w materace przeciwoślizgowe, a także przyłóżkowe urządzenia rehabilitacyjne i wózki dla niepełnosprawnych³¹. Oddział miał również dostęp do sali rehabilitacyjnej wraz z Zakładem Opiekuńczo-Leczniczym Somatycznym (ZOLS), znajdującym się na tym samym piętrze, bezpośrednio przy oddziale geriatrycznym. Sala rehabilitacyjna wyposażona była m.in. w aparaty do: krioterapii, ultradźwięków, elektroterapii, światłolecznictwa i laseroterapii.

(dowód: akta kontroli str. 515-523)

Pacjentom poradni geriatrycznej, oddziału geriatrycznego oraz izby przyjęć zapewniono poczucie intymności i godności poprzez m.in. zabezpieczenie przed dostępem osób postronnych, korzystanie z parawanów czy zabezpieczenie okien w gabinecie lekarskim i gabinecie diagnostyczno-zabiegowym przed dostępem osób postronnych.

Izba przyjęć, zgodnie z wymogami rozporządzenia w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą, posiadała punkt rejestracji pacjentów i poczekalnię, pomieszczenie zapewniające przeprowadzenie badań związanych z przyjęciem pacjenta do szpitala oraz co najmniej jedno pomieszczenie higieniczno-sanitarne wyposażone dodatkowo w natrysk, przystosowane dla osób niepełnosprawnych, w tym poruszających się na wózkach inwalidzkich. Izba przyjęć wyposażona była w kabinę odkażającą.

(dowód: akta kontroli str. 504-523)

Kontrolowany sprzęt i aparatura medyczna, które wykazane były w umowach z NFZ jako sprzęt dostępny w oddziale i poradni geriatrycznej, poddawane były przeglądom i badaniom stanu technicznego oraz posiadały aktualne przeglądy techniczne, potwierdzające ich sprawność oraz zgodność z normami. EKG i jedna pompa infuzyjna, wykazane były w umowach z NFZ (oddział geriatryczny) w latach 2017-2021, pomimo tego, że nastąpiła ich likwidacja w 2017 r., o czym szerzej w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”.

(dowód: akta kontroli str. 524-536)

9. Pacjentom poradni geriatrycznej zapewniony został dostęp do badań i procedur medycznych, zgodnie z przepisami rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, a także do badań rekomendowanych w Standardach postępowania w opiece geriatrycznej, tj. m.in. do badań laboratoryjnych i mikrobiologicznych, RTG, densytometrii, histologiczno-patologicznych, badań endoskopowych obrazowych (ultrasonograficzne, radiologiczne, tomograficzne, rezonans magnetyczny), w lokalizacji Szpitala lub na podstawie umowy z podmiotem zewnętrznym.

Miejsca, w których zapewniono dostęp do tych badań zlokalizowane były na terenie Szpitala i brak było w tym zakresie barier architektonicznych.

(dowód: akta kontroli str. 504-509)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

³¹ Cztery wózki oraz jeden fotel dla niepełnosprawnych.

1. Według stanu na 31 grudnia 2020 r., łączna liczba pielęgniarek w oddziale geriatrycznym wynosiła 12 (etatów przeliczeniowych), podczas gdy zgodnie z załącznikiem nr 3 pkt 20 rozporządzenia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego wskaźnik ten powinien wynosić 12,6 (równoważnik 0,6 etatu na 1 łóżko).

(dowód: akta kontroli str. 225-227, 537-538)

Dyrektor Szpitala wskazał, że spośród 12 osób, dwie zatrudnione były na podstawie umów cywilnoprawnych i ich czas pracy był ruchomy, w zależności od miesiąca. Osoby te deklarowały na miesiąc grudzień 2020 r. większą liczbę dyżurów, niż tę którą w rzeczywistości pełniły. Dyrektor wskazał również, że dbając o wysoką jakość usług, zatrudniani są również opiekunowie medyczni i ratownicy³². Dyrektor wyjaśnił, że Szpital stara się pozyskać pielęgniarki poprzez bezpośredni kontakt ze studentami wydziału pielęgniarstwa, szeroką ofertę form zatrudnienia, możliwość wyboru oddziału oraz korzystne warunki pracy i płacy.

(dowód: akta kontroli str. 416-419)

2. W Szpitalu w latach 2019-2020 minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek ustalone zostały w oparciu o rozporządzenie z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (załącznik nr 3 pkt. 20 - równoważnik co najmniej 0,6 etatu na 1 łóżko), jednak bez spełnienia wymogu wynikającego z art. 50 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, tj. bez zasięgnięcia opinii kierujących jednostkami lub komórkami organizacyjnymi określonymi w regulaminie organizacyjnym oraz przedstawicieli organów samorządu pielęgniarek oraz związków zawodowych pielęgniarek i położnych działających na terenie podmiotu.

(dowód: akta kontroli str. 416-419, 774-787)

Dyrektor Szpitala w złożonych wyjaśnieniach powołał się m.in. na pismo z Ministerstwa Zdrowia z 6 maja 2020 r., w którym wskazano, że w przypadku gdy podmiot leczniczy stosuje przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 r. (w przypadku „Dziekanki” dotyczyło to świadczeń psychiatrycznych i leczenia uzależnień) kierownik podmiotu leczniczego musi (biorąc pod uwagę brzmienie art. 50 ust.1 pkt. 2 ustawy o działalności leczniczej) konsultować minimalne normy z przedstawicielami organów samorządu pielęgniarek oraz związków zawodowych pielęgniarek i położnych działających na terenie podmiotu, natomiast w pozostałych przypadkach (tzn. rozporządzeń koszykowych), zgodnie z ww. pismem, nie ma takiego obowiązku.

(dowód: akta kontroli str. 416-419)

NIK przyjmując powyższe wyjaśnienia dotyczące postępowania zgodnie z zaleceniami Ministerstwa Zdrowia wskazuje jednak na konieczność stosowania ustawowych rozwiązań wynikających art. 50 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej.

3. Analiza danych dotyczących personelu medycznego udzielającego świadczeń w poradni geriatrycznej oraz oddziale geriatrycznym w miesiącu sierpniu w latach 2017-2020, w powiązaniu z danymi wykazanymi w umowach z NFZ oraz w Systemie zarządzania obiegiem informacji (SZOI), wykazała że w umowach/aneksach z NFZ³³ oraz w SZOI na dzień 31 sierpnia (w poszczególnych

³² Zgodnie z przedstawionymi dokumentami, na dzień 31.12.2020 r. zatrudnionych było 2 opiekunów medycznych i jeden ratownik medyczny.

³³ W załącznikach „Harmonogram – zasoby” do umów z NFZ.

latach objętych kontrolą): zostały wykazane (jako osoby dostępne w miejscu udzielania świadczeń, tj. w oddziale geriatrycznym Szpitala) osoby, które nie udzielały wówczas tam świadczeń. Dotyczyło to dwóch lekarzy przebywających na rocznym urlopie bezpłatnym oraz czterech pielęgniarek. Pielęgniarki te zmieniły komórki organizacyjne (oddziały) na inne lub zakończyły pracę w Szpitalu (dwie z nich). Dwie pielęgniarki wykazywane były w SZOI na oddziale geriatrycznym przez ponad rok i dwa miesiące do ponad dwóch lat i 10 miesięcy od zmiany oddziału na inny niż geriatryczny, a pozostałe dwie przez ponad siedem miesięcy do prawie roku od zakończenia pracy w Szpitalu.

Lekarze przebywający na rocznym urlopie bezpłatnym wykazani zostali również w poradni geriatrycznej. (dowód: akta kontroli str. 423-493, 538-574)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że ww. lekarze przebywali na urlopie bezpłatnym, lecz nadal byli pracownikami Szpitala. Takie sytuacje nie były do tej pory zgłaszane do WOW NFZ, gdyż nie ma możliwości wyboru „urlop bezpłatny” w systemie SZOI. W przypadku pielęgniarek, zgodnie z wyjaśnieniami wynikało to z zastępstw, a pielęgniarki, które zakończyły pracę w Szpitalu zgłoszone zostały później omyłkowo lub ze względu na okres pandemii.

(dowód: akta kontroli str.499-503)

NIK podkreśla, że aktualizacje wynikające z §6 ust. 2 załącznika do rozporządzenia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wymagają zgłoszenia najpóźniej w dniu poprzedzającym ich powstanie albo, w przypadkach losowych, niezwłocznie po zaistnieniu zdarzenia.

4. Wykazywany w latach 2017-2021, w umowach z NFZ sprzęt EKG o numerze seryjnym 500007273 oraz pompa infuzyjna o numerze seryjnym AP/22/3255, jako sprzęt dostępny na oddziale geriatrycznym, w rzeczywistości został zlikwidowany na podstawie zarządzenia wewnętrznego z dnia 29 maja 2017 r.

(dowód: akta kontroli str. 524-525)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że sprzęt zgłaszany w systemie SZOI jest aktualizowany podczas ogłaszanego przez NFZ konkursu na dane świadczenia. Ponieważ Szpital dysponuje dużą ilością aparatów EKG oraz pomp infuzyjnych, w przypadku awarii sprzętu był on bezzwłocznie uzupełniany nowym egzemplarzem.

(dowód: akta kontroli str. 499-503)

Ocena cząstkowa

Szpital zapewnił warunki organizacyjne niezbędne do realizacji świadczeń geriatrycznych. W jednostce opracowana została procedura w zakresie przyjęcia pacjentów do oddziałów somatycznych, którą stosowano wobec wszystkich pacjentów hospitalizowanych³⁴. Obowiązywały również wewnętrzne procedury dotyczące opieki nad pacjentami „Dziekanki”, w tym również geriatrycznymi, w zakresie m.in. profilaktyki przeciwoleżynowej oraz oceny i leczenia bólu. W oddziale i w poradni geriatrycznej spełnione zostały warunki szczegółowe jakie powinni spełniać świadczeniodawcy, zarówno w zakresie personelu (z jednym wyjątkiem³⁵), jak i wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną a także dostępności badań i procedur medycznych. Użytkowany w jednostce sprzęt i aparatura medyczna odpowiadały (z dwoma wyjątkami) warunkom określonym w umowie z NFZ. Nie aktualizowano natomiast danych w systemie SZOI lub aktualizowano

³⁴ Na podstawie losowo wybranej próby dokumentacji medycznych.

³⁵ Dotyczącym pielęgniarek w 2020 r.

z opóźnieniem dane dotyczące osób dostępnych w miejscu udzielania świadczeń (oddział i poradnia), tj. dwóch lekarzy przebywających na rocznych urloпах bezpłatnych oraz czterech pielęgniarek, które zmieniły oddział na inny niż geriatryczny lub zakończyły pracę w Szpitalu. Prowadziło to do wykazania niezgodnych ze stanem faktycznym danych w harmonogramach – zasoby, stanowiących załącznik nr 2 do umowy z NFZ. W Szpitalu, w latach 2019-2020, minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek zostały ustalone bez uwzględnienia wymogu określonego w art. 50 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej, tj. bez zasięgnięcia opinii kierujących jednostkami lub komórkami organizacyjnymi określonymi w regulaminie organizacyjnym oraz przedstawicieli organów samorządu pielęgniarek oraz związków zawodowych pielęgniarek i położnych działających na terenie podmiotu. W kontrolowanym okresie wystąpiło 40 przypadków świadczenia w wymiarze miesięcznym pracy bez odpoczynku przez lekarzy przez ponad 24 godziny, w tym 39 przypadków w wymiarze od 30 do 32 godzin. Taka organizacja pracy może wpływać negatywnie na jakość wykonywanych świadczeń medycznych, a tym samym, jakość opieki nad pacjentami.

OBSZAR

2. Realizacja świadczeń z zakresu geriatryi

Opis stanu faktycznego

1. Prowadzony w Szpitalu harmonogram przyjęć, zawierał dane³⁶ wymienione w art. 19a ust 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych³⁷, a listy oczekujących na świadczenia (art. 20 ust. 4) zawierały dane określone w art. 20 ust. 2 ww. ustawy.

(dowód: akta kontroli str.575-603)

W latach 2017-2021³⁸ nie było oczekujących na przyjęcie na oddział geriatryczny oraz do poradni geriatrycznej, z wyjątkiem jednej osoby wskazanej jako oczekująca w lutym 2019 r. na wizytę w poradni geriatrycznej. Wskazanie wynikało jednak z wcześniejszego umówienia się przez pacjenta na wizytę pomimo, iż pierwszy wolny termin dostępny był „od zaraz”.

(dowód: akta kontroli str. 215, 604-614)

2. Pacjenci w latach 2020-2021 nie korzystali z umawiania się na wizyty w poradni geriatrycznej drogą elektroniczną. W Szpitalu, w czasie kontroli NIK, nie było możliwości umawiania się do poradni drogą elektroniczną, o czym szerzej w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”.

3. W poradni geriatrycznej udzielonych zostało, wg stanu na 31 grudnia 2020 r. – 117 porad, w tym 45 w charakterze teleporady oraz wg stanu na 31 marca 2021 r. – ogółem jedna porada (w formie teleporady).

(dowód: akta kontroli str. 212, 622-623)

Spośród objętych kontrolą 20 pacjentów poradni geriatrycznej, którzy korzystali ze świadczeń w okresie trwania epidemii SARS-CoV-2, w przypadku 19 pacjentów wizyta miała charakter teleporady a w jednym przypadku wizyta odbyła się w sposób tradycyjny.

(dowód: akta kontroli str. 377-378)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że „udzielając teleporad kierowano się głównie bezpieczeństwem pacjenta szczególnie narażonego na zakażenie i ciężki przebieg

³⁶ Na podstawie miesiąca: luty i maj 2020 r. i 2021 r.

³⁷ Dz. U. z 2021 r., poz. 1285 t.j.

³⁸ Na podstawie miesiąca: luty i maj w każdym roku.

infekcji wirusowej SARS – CoV – 2. Każdorazowo w rozmowie telefonicznej informowano, że na prośbę pacjenta jest możliwość przeprowadzenia wizyty w kontakcie bezpośrednim z zachowaniem reżimu sanitarnego. W przypadku, gdy pacjent prosił o poradę, wypisanie recepty na leki niezbędne do kontynuacji leczenia, skierowanie na badanie specjalistyczne bądź laboratoryjne, zaświadczenia które mogły być wypisane na podstawie posiadanej w poradni dokumentacji, udzielano teleporady”. W wyjaśnieniach podano również, że teleporady spotkały się z pozytywnym odbiorem pacjentów, nie mieli oni trudności z dodzwonieniem się, a lekarz mógł poświęcić na rozmowę wystarczającą ilość czasu.

(dowód: akta kontroli str. 326-331)

Na podstawie objętych kontrolą ww. 20 pacjentów poradni geriatrycznej stwierdzono, że spełnione zostały wymogi wynikające z art. 19a ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, tj. termin udzielenia świadczenia wynikał z planu leczenia ww. pacjentów kontynuujących leczenie.

(dowód: akta kontroli str. 377-378)

W okresie epidemii SARS-CoV-2, w poradni geriatrycznej rozpoczął leczenie jeden pacjent³⁹, któremu w dniu 10 września 2020 r. udzielona została teleporada. W komunikacie z 12 marca 2020 r.⁴⁰ Centrala NFZ wskazała, że z porady z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności mogli skorzystać pacjenci kontynuujący leczenie. Pacjent ten, pomimo że rozpoczął leczenie w poradni w okresie epidemii, to leczony był wcześniej na oddziale geriatrycznym Szpitala. Wizyta w poradni geriatrycznej była kontynuacją leczenia oddziałowego. Zgodnie z wyjaśnieniami Dyrektora Szpitala, na życzenie pacjenta wizyta odbyła się za pomocą systemów teleinformatycznych. Poradnia jest miejscem, które – zgodnie z wyjaśnieniami – dla pacjentów wcześniej hospitalizowanych gwarantuje zapewnienie ciągłości i kompleksowości opieki.

(dowód: akta kontroli str. 326-331)

W latach 2020-2021 (I kwartał) udzielono świadczeń w poradni geriatrycznej mniejszej liczbie pacjentów niż w latach poprzednich, tj. w I kwartale 2021 r. udzielono porady jednemu pacjentowi, w 2020 r. – 117 pacjentom, podczas gdy w 2019 r. – 331, a w 2018 – 244 pacjentom.

(dowód: akta kontroli str. 212)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że w roku 2020, w wyniku rosnącej liczby zachorowań i zgonów, szczególnie wśród pacjentów 65+ w przebiegu pandemii SARS – CoV – 2, zauważono rezygnację z wizyt w poradni. W I kwartale 2021 r. rozpoczęto szczepienia pacjentów z grupy 65+. Mniejsza liczba pacjentów wynikała z faktu, iż nie byli jeszcze w pełni zaszczepieni i uodpornieni przeciw Covid – 19. Dyrektor wyjaśnił również, że w II półroczu obserwowany jest wzrost liczby wizyt.

(dowód: akta kontroli str. 326-349)

W okresie epidemii 19 pacjentom odmówiono przyjęcia na oddział geriatryczny. Powodem odmów było: brak wskazań do hospitalizacji⁴¹ (8 pacjentów), brak możliwości leczenia⁴² (5 pacjentów), brak zgody pacjenta na leczenie (2) oraz w przypadku 4 pacjentów - brak możliwości przyjęcia na oddział z powodu

³⁹ Pacjent o nr księgi głównej KPGE-00081/2020.

⁴⁰ <https://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-centrali/komunikat-dla-swiadczeniodawcow,7629.html>

⁴¹ Porada w Izbie przyjęć i kontynuacja leczenia pod opieką lekarza rodzinnego.

⁴² Przekazanie do oddziału chirurgicznego, SOR, oddziału covidowego.

nieustalonego statusu SARS-CoV-2 (pacjent przekazany został na oddział ratunkowy, po wykluczeniu zakażenia – dalsze leczenie na oddziale).

(dowód: akta kontroli str. 615, 619, 620)

W okresie epidemii SARS-CoV-2 zarówno oddział geriatryczny jak i poradnia geriatryczna nie miały przerwy w realizacji świadczeń. Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Gnieźnie, w związku z wykryciem zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2 u jednego z hospitalizowanych, nakazał zamknięcie oddziału geriatrycznego od 30 kwietnia do 13 maja 2020 r.⁴³, a następnie od 14 do 15 maja 2020 r.⁴⁴, w związku z wykryciem zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2 u dwóch pacjentów. Kwarantanna odbywała się wraz z hospitalizowanymi pacjentami, w oddziale. Zgodnie z uzasadnieniem decyzji z 30 kwietnia 2020 r., zamknięcie oddziału geriatrycznego na okres 14 dni oznaczało całkowity zakaz opuszczania oddziału przez pracowników szpitala jak i przebywających w nim pacjentów oraz wchodzenia na oddział, chyba że, jak podano w uzasadnieniu, przepisy szczególne stanowią inaczej.

(dowód: akta kontroli str. 326-331, 337-344)

W Szpitalu, w 2020 r. oraz w I kwartale 2021 r., przebywała mniejsza niż w latach poprzednich liczba pacjentów hospitalizowanych na oddziale geriatrycznym (w I kwartale 2021 r. – 122 pacjentów, w 2020 r. - 454, podczas gdy w 2017 r. – 729, w 2018 r. – 648, a w 2019 r. – 734).

(dowód: akta kontroli str. 204)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że „w okresie pandemii czynnikami które wpłynęły na ilość hospitalizacji była reorganizacja oddziału geriatrycznego w związku z koniecznością dostosowania się do nowych procedur epidemiologicznych, tj. konieczności wymazywania każdego pacjenta przyjmowanego do Szpitala oraz izolowania na salach jednoosobowych do momentu uzyskania wyniku wymazu. Procedury te ograniczyły możliwości hospitalizacji w takim zakresie, w jakim było to możliwe przed pandemią”.

(dowód: akta kontroli str. 326-331)

W Szpitalu wprowadzona została procedura „Postępowanie podczas wizyty pacjenta w Poradni Geriatrycznej w czasie trwającej pandemii wywołanej koronawirusem SARS-COV 2”.

Wprowadzone zostały również procedury przyjęcia i postępowania z pacjentem przyjmowanym do szpitala w czasie trwającej pandemii, tj. procedura postępowania w Izbie Przyjęć, procedura postępowania na odcinku obserwacyjnym Izby Przyjęć oraz procedura dotycząca odcinka obserwacyjnego Izby przyjęć i oddziałów.

(dowód: akta kontroli str. 624-629)

4. Na podstawie dokumentacji 50 pacjentów (30 hospitalizowanych w oddziale geriatrycznym w okresie objętym kontrolą oraz 20 korzystających z poradni geriatrycznej) stwierdzono, że dokumentacja indywidualna 21 z nich (na 30 hospitalizowanych) zawierała oświadczenia o: upoważnieniu do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych, upoważnieniu do uzyskiwania dokumentacji, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej, wyrażeniu zgody na przeprowadzenie badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego. W 4 przypadkach wyrażona została zgoda ustna (pacjent niezdolny był do złożenia podpisu), natomiast w 5 przypadkach pacjent był niezdolny do wyrażenia zgody.

⁴³ Decyzją z 30 kwietnia 2020r. nr ON.EP.074.12.4.1.2020.

⁴⁴ Decyzją z dnia 13 maja 2020 r. nr ON.EP.074.12.4.1.2020.

Pacjenci poradni geriatrycznej złożyli oświadczenia o których mowa w § 8 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej.

Do historii choroby w każdym przypadku (30 pacjentów hospitalizowanych) dołączono karty indywidualnej opieki prowadzonej przez pielęgniarkę, karty obserwacji, karty gorączkowe, karty zleceń lekarskich, wypis ze szpitala oraz karty informacyjne z leczenia szpitalnego.

W przypadkach, w których podczas hospitalizacji korzystano z porady specjalisty (poza zespołem lekarskim oddziału geriatrycznego), tj. z porady gastrologa, pulmonologa, neurologa, nefrologa, dermatologa, hematologa, angiologa i ginekologa, wyniki konsultacji dołączone zostały do dokumentacji.

Brak było natomiast kart indywidualnej opieki fizjoterapeutycznej lub kart zabiegów fizjoterapeutycznych, pomimo objęcia pacjentów opieką fizjoterapeutyczną, o czym szerzej w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”.

(dowód: akta kontroli str. 353-366)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. Pomimo objęcia pacjentów oddziału geriatrycznego opieką fizjoterapeutyczną, w dokumentacji medycznej nie było kart zabiegów fizjoterapeutycznych⁴⁵ lub kart indywidualnej opieki fizjoterapeutycznej, o której mowa w § 15 ust. 1 pkt 3 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej.

(dowód: akta kontroli str. 353-366)

Kierownik oddziału geriatrycznego wyjaśnił, że opieką fizjoterapeuty objęci są wszyscy pacjenci, nawet sprawni. Do 2019 r. korzystali oni bez ograniczeń z pracy grupy fizjoterapeutów z sąsiedniego (to samo piętro) Oddziału Dziennego Psychogeriatrycznego. W związku z taką formą dostępności fizjoterapeutów, nie było to ewidencjonowane w dodatkowym dla nich miejscu pracy. Od 2019 r., z powodu utraty dostępności do fizjoterapeutów Oddziału Dziennego Psychogeriatrycznego (zmiana lokalizacji oddziału) – pozyskany został w pełnym wymiarze godzin fizjoterapeuta, który pozostaje do wyłącznej pracy z pacjentami oddziału. Zgodnie z wyjaśnieniami, dopiero tocząca się kontrola NIK uświadomiła potrzebę ewidencjonowania czasu pracy i wprowadzone zostały na bieżąco karty indywidualnej opieki fizjoterapeutycznej.

(dowód: akta kontroli str. 630-634)

2. Pacjenci w latach 2020-2021 nie korzystali z umawiania się na wizyty w poradni geriatrycznej drogą elektroniczną. W Szpitalu, w czasie kontroli NIK, nie było możliwości umawiania się do poradni drogą elektroniczną.

(dowód: akta kontroli str. 615-621)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że system umożliwia rejestrację pacjentów drogą elektroniczną i próby w tym zakresie były podejmowane, jednak z powodu braku zainteresowania, system rejestracji został wyłączony.

(dowód: akta kontroli str. 326-331)

NIK wskazuje, że zgodnie z art. 23a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁴⁶, świadczeniodawca udzielający świadczeń opieki zdrowotnej w szpitalach lub świadczeń specjalistycznych w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej jest obowiązany

⁴⁵ Zgodnie z wcześniej obowiązującym rozporządzeniem z 2015 r. w sprawie dokumentacji medycznej (Dz.U z 2015 r. poz. 2069)

⁴⁶ Dz.U. z 2021 r., poz. 1285 t.j.

umożliwić świadczeniobiorcom umawianie się drogą elektroniczną na wizyty, monitorowanie statusu na liście oczekujących na udzielenie świadczenia oraz powiadamianie o terminie udzielenia świadczenia.

Ocena cząstkowa

W okresie objętym kontrolą pacjenci przyjmowani byli do oddziału i poradni na bieżąco. Nie ograniczono dostępności do świadczeń w okresie epidemii SARS-CoV-2, a po decyzji Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego o zamknięciu oddziału geriatrycznego w związku z wykryciem zakażenia koronawirusem u pacjentów, kwarantanna odbywała się wraz z hospitalizowanymi pacjentami w oddziale. Poddana badaniu dokumentacja medyczna zawierała wymagane rozporządzeniem w sprawie dokumentacji medycznej elementy, z wyjątkiem kart indywidualnej opieki fizjoterapeutycznej lub kart zabiegów fizjoterapeutycznych. W Szpitalu nie było możliwości umawiania się na wizyty drogą elektroniczną.

3. Efekty opieki geriatrycznej – dla pacjentów

Opis stanu faktycznego

1. Pomieszczenia oddziału geriatrycznego dostosowane były do potrzeb osób starszych, w tym m.in. ciągi komunikacyjne wyposażone były w poręczę, oddział wyposażony w oświetlenie w nocy oraz sprawny system przywoławczy w dwóch salach chorych, w których przebywają najczęściej chorzy. Pozostali chorzy mogli otrzymać bezprzewodowy dzwonek przywoławczy.

(dowód: akta kontroli str. 515-523)

Poradnia geriatryczna dysponowała wyposażeniem, zgodnie z przepisami rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, a także wyposażeniem podstawowym rekomendowanym w Standardach postępowania w opiece geriatrycznej tj.: glukometrem, aparatem do mierzenia ciśnienia tętniczego, sprzętem do udzielania pierwszej pomocy, wagą lekarską oraz defibrylatorem. Natomiast aparat EKG, USG, a także dodatkowo zalecane w Standardach postępowania w opiece geriatrycznej wyposażenie poradni (kardiomonitor, dopplerowski detektor przepływu tętniczego, zestaw do 24-godzinnej ambulatoryjnej rejestracji EKG, zestaw do 24-godzinnej ambulatoryjnej rejestracji ciśnienia tętniczego krwi, pulsoksymetr, nebulizator i spirometr) znajdowały się w lokalizacji Szpitala (w pracowni EKG Szpitala).

(dowód: akta kontroli str. 504-509)

Zgodnie ze Standardami postępowania w opiece geriatrycznej poradnia dysponowała dostępem do takich badań, jak: laboratoryjne, endoskopowe obrazowe (ultrasonograficzne, radiologiczne, tomograficzne, rezonans magnetyczny), histologiczno-patologiczne, densytometryczne.

(dowód: akta kontroli str. 504-509)

2. W skład zespołu geriatrycznego Oddziału, wg stanu na 31 grudnia 2017 r., 2018 r., 2019 r. oraz 2020 r. wchodziło 4 lekarzy (specjalistów w zakresie geriatrii oraz chorób wewnętrznych, nefrologii oraz psychiatra); personel pielęgniarski (odpowiednio: 15, 17, 15 i 12 osób) w tym jedna osoba o specjalności pielęgniarstwa geriatrycznego (wg stanu na koniec 2017, 2018 i 2019 r.), fizjoterapeuta, psycholog (jeden etat, wg stanu na koniec lat 2017 – 2020), opiekunowie medyczni (3 – na 31 grudnia lat 2017-2019 oraz 2 – na 31 grudnia 2020 r.) a także instruktor terapii zajęciowej, o czym szerzej w obszarze 1 pkt 5 niniejszego wystąpienia.

(dowód: akta kontroli str. 216-227, 630-634)

3. Na podstawie dokumentacji hospitalizowanych w oddziale geriatrycznym 30 pacjentów stwierdzono m.in., że:

– Do oceny stanu pacjenta stosowano między innymi elementy jednej (lub kilku) ze standaryzowanych skal mierzących poziom funkcji psychicznych i fizycznych w ramach zespołowej współpracy lekarza, pielęgniarki, fizjoterapeuty i psychologa. Stosowano m.in. skalę Norton (oceny ryzyka rozwoju odleżyn); skalę Barthel (sprawności ruchowej chorego); skalę ADL (podstawowych czynności życia codziennego) oraz oceny ryzyka zakażenia.

(dowód: akta kontroli str. 353-359)

– Podstawą diagnostyki, leczenia i opieki nad pacjentami oddziału geriatrycznego była Całościowa Ocena Geriatryczna (COG). Nie wystawiano kart COG, a także w Szpitalu nie została ustalona procedura, która określałaby obowiązki z tym związane. Kierownik Oddziału Geriatrycznego „Dziekanki” wyjaśnił, że oddział geriatryczny Szpitala jest ostroprzyjęciowym oddziałem internistycznym o profilu „interna 65+”. Nie są prowadzone planowe przyjęcia seniorów do oceny sprawności, samodzielności i funkcji poznawczych oraz całościowej oceny geriatrycznej. Zadania oddziału polegają na pełnieniu permanentnego, ostrego 24-godzinnego dyżuru internistycznego, w ramach którego leczone są ostre choroby wieku podeszłego. Zgodnie z wyjaśnieniami, prawdopodobnie w związku z tym procedury wewnątrzszpitalne nie uwzględniały obligatoryjnie wykonywanej COG u każdego chorego leczonego w oddziale. Wszyscy pacjenci poddawani są jednak ocenie geriatrycznej. Oceniany jest ich dobrostan, sprawność, samodzielność i funkcjonowanie mentalne. Ponadto zdecydowana większość chorych oceniana jest w oparciu o powszechnie przyjęte skale oceny geriatrycznej, tworzące wspólnie COG. Przyjętą w oddziale zasadą, zgodnie z wyjaśnieniami, jest wykonywanie przyjęciowej oceny zawierającej istotne elementy skal: Norton, Barthel i ADL. Wszyscy pacjenci, oceniani są również kartą oceny ryzyka zakażenia szpitalnego. Pozostałe elementy COG wykonywane są w zależności od indywidualnych wskazań dla pacjenta. Każdy chory omawiany jest na codziennych odprawach w gronie wszystkich lekarzy, wraz z pielęgniarką oddziałową i psychologiem. Raz w tygodniu prowadzona jest także ogólna wizyta na całym oddziale wspólnie z fizjoterapeutą, na której omawiany jest plan usprawniania indywidualnie dla każdego chorego. Na tej podstawie dobierane są dalsze działania.

Kierownik oddziału geriatrycznego wskazał również, że „(...) w dzisiejszych czasach pandemii, hospitalizacje nie odzwierciedlają też ich realnej konieczności i wynikają z wadliwego działania systemu POZ, który w tym trudnym czasie chętniej niż dotąd przenosi na SOR-y i szpitalne oddziały obciążenie diagnostyką i leczeniem – zwłaszcza seniorów. Tak więc COG w szpitalu, nie może nawet obecnie służyć statystycznej ocenie sprawności u seniorów, których stan zdrowia wymaga hospitalizacji. Zdecydowanie większy sens miałaby COG wykonywana u wszystkich seniorów na poziomie POZ, chociażby za pomocą systemów teleinformatycznych i specjalnie przygotowanych w tym celu ankiet, niewymagających nawet osobistego badania chorego.”

(dowód: akta kontroli str. 353-359, 630-634)

– Podczas hospitalizacji, poza opieką zespołu lekarskiego oddziału, zapewniono pacjentom konsultacje m.in. gastrologa, pulmonologa, neurologa, nefrologa, dermatologa, hematologa, angiologa i ginekologa.

Wsparciem psychologa objęto natomiast mniej niż 50% pacjentów spośród 30 z wylosowanej do kontroli próby, jednak w większości nieobjęcie wsparciem psychologa dotyczyło pacjentów hospitalizowanych w czasie pandemii, a także pacjentów w ciężkim stanie.

(dowód: akta kontroli str. 353-359)

Kierownik Oddziału Geriatrycznego wyjaśnił, że w okresie przed pandemią psycholog przeprowadzał wstępną rozmowę z każdym chorym, z którym można było to zrobić i kwalifikował pacjentów do pełnej oceny. W okresie pandemii, chcąc ograniczyć ryzyko transmisji chorób zakaźnych przenoszonych drogą osobistego kontaktu, praca psychologa ograniczona została do przypadków koniecznych.

(dowód: akta kontroli str. 630-634)

4. W Szpitalu przeprowadzane były badania poziomu satysfakcji pacjenta, mające na celu rozpoznanie potrzeb i oczekiwań stawianych względem „Dziekanki”. Badania prowadzone były w sposób ciągły. Zgodnie z „Instrukcją Badania Poziomu Satysfakcji Pacjenta”⁴⁷, ankietę wypełniali pacjenci wypisywani ze Szpitala⁴⁸. Następnie prowadzone były analizy wyników badań (raz w roku, w miesiącach: sierpień – wrzesień). Ankiety badania poziomu satysfakcji pacjenta, ze względu na specyfikę pracy danej komórki, były inne dla różnych oddziałów. Oddział geriatryczny nie został w okresie objętym kontrolą objęty badaniem poziomu satysfakcji pacjenta. Badaniem poziomu satysfakcji objęci zostali pacjenci w oddziałach psychiatrycznych ogólnych, psychogeriatrycznym dziennym, wewnętrznym psychosomatycznym z pododdziałem reumatologii, neurologicznym, rehabilitacji neurologicznej i rehabilitacji ogólnoustrojowej, detoksykacyjnym dla uzależnionych od alkoholu, psychiatrycznym dla przewlekle chorych IV oraz leczenia uzależnień.

(dowód: akta kontroli str. 635-673)

Kierownik Działu ds. Jakości wyjaśniła, że rozpoczynając w Szpitalu badania satysfakcji pacjenta, objęto nimi również pacjentów oddziału geriatrycznego. Wywołało to duże zaniepokojenie pacjentów, a wiek, schorzenia typowe dla tej grupy wiekowej, zaburzenia wzroku oraz zaburzenia procesów poznawczych – utrudniały a niekiedy uniemożliwiały wypełnienie ankiety. Pacjenci zwracali ankiety niewypełnione bądź wypełnione częściowo, a także zwracali się do personelu lub odwiedzających o ich wypełnienie. Uznano zatem, że uzyskane w ten sposób wyniki są nieobiektywne i nie odzwierciedlają faktycznej sytuacji. Trudno na tej podstawie, zgodnie z wyjaśnieniami, dokonać oceny poziomu zadowolenia pacjentów z usług świadczonych przez Szpital.

(dowód: akta kontroli str. 350-352)

5. Oddział geriatryczny w okresie objętym kontrolą współpracował z lekarzami POZ, lekarzami konsultującymi w zakresie: chirurgii, urologii, onkologii, okulistyki, ortopedii, kardiologii, ginekologii. Współpracował również z Miejskim Ośrodkiem Pomocy Społecznej oraz Gminnym Ośrodkiem Pomocy Społecznej w celu zapewnienia pacjentom ciągłości opieki po opuszczeniu Szpitala. Oddział geriatryczny współpracował również z Poradnią Geriatryczną oraz Oddziałem Psychogeriatrycznym Dziennym. Zgodnie z wyjaśnieniami Dyrektora Szpitala, „starając się zapewnić świadczenia kompleksowo w okresie pobytu pacjentów w oddziale jak i po jego opuszczeniu, na co dzień współpracujemy z Domami Pomocy Społecznej, Zakładami Opiekuńczo – Lecznicznymi, Domami opieki”. Współpraca z aktualnym konsultantem wojewódzkim w dziedzinie geriatrii, prof. dr hab. med. Katarzyną Wieczorowską-Tobis, pomimo krótkiego okresu współpracy (od 15 kwietnia 2021r.) umożliwiła lekarzom rozpoczęcie specjalizacji w formie rezydentury, co pozwala odbyć im 5 letni cykl szkolenia. W latach 2007-2012

⁴⁷ Instrukcja Badania Poziomu Satysfakcji Pacjenta z 15 stycznia 2014 r.

⁴⁸ Z wyjątkiem chorych przewlekle, którzy wypełniali ją raz w roku w trakcie pobytu w oddziale.

konsultantem wojewódzkim w dziedzinie geriatry był dr n. med. Andrzej Józwiak, wieloletni ordynator oddziału geriatrycznego „Dziekanki”, a później lekarz oddziału.

(dowód: akta kontroli str.326-331)

6. Oddział geriatryczny kontrolowany był w latach 2017-2021 (I kwartał) m.in. przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego: 1) w maju 2017 r. w zakresie m.in. stanu sanitarno-technicznego i higienicznego⁴⁹ (stwierdzono zniszczone poszycie foteli w sali telewizyjnej, pęknięcia na suficie w gabinecie zabiegowym); 2) 18 października 2017 r. w związku z wystąpieniem szpitalnego ogniska epidemicznego (nie stwierdzono nieprawidłowości); 3) w marcu i kwietniu 2018 r. w zakresie m.in. stanu sanitarno-technicznego i higienicznego⁵⁰ (stwierdzono m.in. uszkodzone parapety z odpadającą farbą w salach i izolacie oddziału geriatrycznego, pęknięcia na suficie w gabinecie zabiegowym oraz przechowywanie wypełnionych pojemników z odpadami medycznymi w pomieszczeniu gospodarczym); 4) 24 kwietnia 2018 r. w związku ze zgłoszeniem ogniska zakażeń (nie stwierdzono nieprawidłowości); 5) kontrola sprawdzająca wcześniejsze zalecenia⁵¹ (wykonano zalecenie dotyczące sufitu w gabinecie zabiegowym oddziału geriatrycznego); 6) 10 sierpnia 2018 r. w związku ze zgłoszeniem ogniska zakażeń (nie stwierdzono nieprawidłowości); 7) 30 sierpnia 2018 r. kontrola sprawdzająca w zakresie rejestru prac i pracowników narażonych na działanie szkodliwych czynników biologicznych (nie stwierdzono nieprawidłowości); 8) 23 stycznia 2019 r. kontrola sprawdzająca wcześniejsze zalecenia⁵² (wykonano zalecenia); 9) w kwietniu 2019 r. w zakresie m.in. stanu sanitarno-technicznego i higienicznego⁵³ (stwierdzono m.in. zły stan sanitarno-techniczny ścian na całej długości korytarza przy podłodze, zaciek na suficie pod prysznicem w toalecie personelu, brudny sufit w gabinecie zabiegowym, brak wentylacji mechanicznej w brudowniku, nieprawidłowy stan sanitarno-techniczny metalowych szaf do przechowywania leków); 10) w lipcu 2019 r. kontrola sprawdzająca wcześniejsze zalecenia⁵⁴ (nie wykonano zaleceń doprowadzenia do prawidłowego stanu sanitarno-technicznego parapetów w sali nr 5, 6, 8, 9, 10, 11 oraz parapetów w izolacie); a następnie w lutym 2020 r. kontrola sprawdzająca wcześniejsze zalecenia⁵⁵ (wykonano zalecenia wskazane w punkcie 9) i 10).

(dowód: akta kontroli str. 788-831)

7. W okresie objętym kontrolą, wpłynęła jedna skarga dotycząca świadczeń geriatrycznych. Skarga z dnia 9 maja 2018 r. dotyczyła upadku z łóżka, zaniedbania ze strony personelu pielęgniarskiego oraz braku dzwonków przy łóżkach.

Po upadku (przed otrzymaniem skargi), zgodnie z systemem zarządzania jakością⁵⁶, nastąpiło zgłoszenie⁵⁷, a następnie dokonana została analiza⁵⁸.

Po otrzymaniu skargi, Ordynator Oddziału Geriatrii złożył w dniu 19 maja 2018 r. wyjaśnienia do Dyrekcji Szpitala. Dyrektor Szpitala, po wyjaśnieniu zaistniałych okoliczności, skierował odpowiedź⁵⁹ w tym zakresie do osoby zgłaszającej skargę.

⁴⁹ Protokół kontroli nr ON.HK.4663.390.2017 z 05.06.2017 r.

⁵⁰ Protokół kontroli nr ON.HK.4663.203.2018 z 24.04.2018 r.

⁵¹ Protokół kontroli nr ON.HK.4663.203.2018 z 04.07.2018 r.

⁵² Protokół kontroli nr ON.HK.423.02.1.1.2019 z 01.02.2019 r.

⁵³ Protokół kontroli nr ON.HK.423.02.1.2.2019 z 07.05.2019 r.

⁵⁴ Protokół kontroli nr ON.HK.423.02.1.2.2019 z 29.07.2019 r.

⁵⁵ Protokół kontroli nr ON.HK.423.02m.1.1.2020 z 13.02.2020 r.

⁵⁶ Zgodnie z Procedurą „Nadzór nad usługą niezgodną”.

⁵⁷ Na formularzu „Powiadomienie o wystąpieniu niezgodności (F1/PN/06)”.

⁵⁸ Analiza niezgodności, z której wnioski zapisane zostały w części „Działania korygujące – wnioski ze spotkania”.

⁵⁹ Pismo z dnia 25 maja 2018 r.

Z uwagi na to, że skarga skierowana została jednocześnie do Rzecznika Praw Pacjenta, z Biura Rzecznika Praw Pacjenta wpłynęły w grudniu 2018 r. do Dyrektora Szpitala zapytania w zakresie systemu przywoławczego (dzwonek), odrębnego monitoringu lub nadzoru, a następnie w maju 2019 r. Rzecznik Praw Pacjenta wniósł o zainstalowanie systemu przywoławczego oraz o poinformowanie w terminie nie później niż 30 dni o podjętych działaniach lub zajęтым stanowisku.

Dyrektor Szpitala pismem z 17 czerwca 2019 r. poinformował, że przy następnym planowanym remoncie oddziału, rozważona zostanie możliwość zainstalowania systemu przywoławczego we wszystkich salach chorych.

(dowód: akta kontroli str. 674-702)

Na dzień kontroli NIK⁶⁰ nie został zainstalowany system przywoławczy (znajduje się on wyłącznie w salach chorych nr 4 i 5). W pozostałych salach chorych oraz w pomieszczeniach sanitarno-higienicznych nie ma instalacji systemu przywoławczego, pacjent może otrzymać natomiast przenośny dzwonek przywoławczy.

(dowód: akta kontroli str. 515-523)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że w oddziale geriatrycznym zainstalowany został przewodowy system przywoławczy na dwóch salach (sala nr 4 i 5), gdzie przebywają pacjenci w najcięższych stanach, niewychodzący z łóżek, unieruchomieni. W przypadku pacjentów przebywających na pozostałych salach do dyspozycji są bezprzewodowe systemy przywoławcze z których pacjenci mogą korzystać zarówno w salach jak i węzłach sanitarnych.

(dowód: akta kontroli str. 326-331)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

Ocena cząstkowa

Do oceny stanu pacjenta stosowano między innymi elementy jednej (lub kilku) ze standaryzowanych skal mierzących poziom funkcji psychicznych i fizycznych w ramach zespołowej współpracy lekarza, pielęgniarki, fizjoterapeuty i psychologa. 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.

Pomieszczenia oddziału geriatrycznego i poradni dostosowane były do potrzeb osób starszych. Dysponowano wyposażeniem w sprzęt i aparaturę medyczną, nie tylko wymaganą przepisami rozporządzeń w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego oraz z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, ale również wyposażeniem rekomendowanym w Standardach postępowania w opiece geriatrycznej.

V. Wnioski

Wnioski

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

1. wymaganej liczby personelu pielęgniarskiego,
2. ustalenia minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek przy spełnieniu wymogu wynikającego z art. 50 ust 1 ustawy o działalności leczniczej,

⁶⁰ 13 sierpnia 2021 r.

3. prowadzenia kart indywidualnej opieki fizjoterapeutycznej w przypadkach objęcia pacjentów opieką fizjoterapeutyczną,
4. możliwości umawiania się pacjentów na wizyty drogą elektroniczną,
5. skutecznego nadzoru w zakresie aktualizacji danych w systemie SZOI, zgodnych ze stanem faktycznym.

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

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykonania wniosków

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

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

Poznań, 24 wrzesień 2021 r.

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Poznaniu

Kontroler:
Izabela Chlebowska-Gąsczyk
główny specjalista kontroli państwowej

Dyrektor:
z up. Tomasz Nowiński
p.o. Wicedyrektor

.....
Podpis

.....
Podpis