



WOJEWODA MAZOWIECKI

Warszawa, 21 lutego 2018 r.

WK-II.9612.1.11.2018

**Pani
Dorota Jasińska-Wiśniewska
Fundacja Hospicjum Onkologiczne
Świętego Krzysztofa w Warszawie
ul. rtm. Witolda Pileckiego 105
02-781 Warszawa**

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

Na podstawie art. 111 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (dalej ustawa o działalności leczniczej – Dz. U. z 2018 r. poz. 160, z późn. zm.) przeprowadzona została kontrola problemowa w zakładzie leczniczym pn. Hospicjum Stacjonarne (dalej Hospicjum), mieszczącym się przy ul. rtm. Witolda Pileckiego 105 w Warszawie.

Tematyka kontroli obejmowała zgodność wykonywanej działalności z przepisami określającymi warunki wykonywania działalności leczniczej.

Kontrolą objęto badanie stanu faktycznego w dniach prowadzenia kontroli.

W związku z kontrolą, której szczegółowe wyniki przedstawione zostały w protokole kontroli, podpisanym bez zastrzeżeń w dniu 15 lutego 2018 r., przekazuję Pani niniejsze wystąpienie pokontrolne.

W trakcie kontroli stwierdzono, że w Hospicjum udzielane były całodobowe świadczenia polegające na sprawowaniu wszechstronnej opieki zdrowotnej, psychologicznej i społecznej nad pacjentami znajdującymi się w stanie terminalnym oraz opieki nad rodzinami tych pacjentów, zgodnie z art. 9 ust. 1 pkt 4 ustawy o działalności leczniczej. Świadczenia medyczne realizowane były ze środków publicznych, na podstawie umowy zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Placówka dysponowała 38 łózkami – jak ustalono w księdze rejestrowej podmiotu leczniczego. Pomieszczenia Hospicjum spełniały wymagania określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2012 r. poz. 739). Warunki bytowe pacjentów były dobre, a pomieszczenia kontrolowanej placówki utrzymane były w porządku i czystości – ich stan sanitarno-higieniczny w dniach prowadzenia kontroli nie budził zastrzeżeń. Dla potrzeb Hospicjum zapewniono pomieszczenie specjalnie przeznaczone na przechowywanie zwłok osoby zmarłej w okresie pomiędzy stwierdzeniem zgonu a przewiezieniem ich do chłodni, zapewniające godność należną zmarłemu, zgodnie z § 3 ust. 8 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 kwietnia 2012 r. w sprawie sposobu postępowania podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne ze zwłokami pacjenta w przypadku śmierci pacjenta (Dz. U. z 2012 r. poz. 420). Podmiot posiadał umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, zgodnie z obowiązkiem ustalonym w art. 25 ust. 1 pkt 1 i ust. 2 ustawy o działalności leczniczej. W dokumentacji podmiotu leczniczego zgromadzono dokumenty potwierdzające prawo wykonywania zawodu aktualnie zatrudnionej kadry lekarskiej i pielęgniarskiej. Podmiot dysponował dokumentacją potwierdzającą sprawność techniczną aparatury i sprzętu medycznego wykorzystywanego przy udzielaniu świadczeń medycznych, do której posiadania i okazania organowi kontroli jest zobowiązany na podstawie art. 90 ust. 6, 7 i 9 ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 211, z późn. zm.). W kontrolowanej placówce umieszczono informację o prawach pacjenta, zgodnie z wymogiem określonym w art. 11 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2017 r. poz. 1318, z późn. zm.).

W dniach prowadzenia kontroli w placówce przebywało 32 pacjentów – 18 kobiet i 14 mężczyzn. Pacjentami Hospicjum były osoby nieuleczalnie chore, które ze względu na specyfikę oraz nasilenie objawów wymagały stałej specjalistycznej opieki medycznej, której z powodów technicznych nie można było zapewnić w domu. Choroba podstawowa zdiagnozowana u pacjentów kontrolowanej placówki to, m.in. rak piersi i jajników, rak płuc, rak jelita grubego, rak żołądka, rak dróg żółciowych, rak trzustki, rak pęcherza moczowego, rak prostaty, czerniak, rozsiały proces nowotworowy. Ponadto u pacjentów występowały choroby współistniejące: depresja, stany lękowe, nadciśnienie tętnicze, niewydolność serca, zaburzenia rytmu serca, przeżyty zawał serca, przeżyty udar mózgu, padaczka, przewlekła obturacyjna

choroba płuc, astma oskrzelowa, cukrzyca, zespół otępienny, choroba Alzheimera. Podawania insuliny wymagało 3 pacjentów, codziennej zmiany opatrunków – 4 chorych. Trzech pacjentów żywionych było dojelitowo przy pomocy PEG-a (przezskórna gastrostomia endoskopowa), u dwóch stosowano żywienie pozajelitowe gotowymi preparatami. Samodzielnie funkcjonowało 3 pacjentów. Okresowej pomocy kadry medycznej wymagało 3 chorych poruszających się przy pomocy wózka inwalidzkiego. Stałej opieki i kompleksowej pielęgnacji wymagało 26 pacjentów leżących. Z uwagi na specyfikę schorzeń pacjenci przebywający w zakładzie leczniczym wymagali stałej rehabilitacji, usprawniania oraz pomocy psychologicznej i opieki duchowej.

Pacjenci przebywający w placówce mieli zabezpieczony dostęp do całodobowej opieki lekarskiej, jak również do usług pielęgniarских i rehabilitacyjnych. Świadczenia lekarskie udzielane były przez 5 lekarzy, z których jeden był specjalistą w dziedzinie medycyny paliatywnej, a czterech specjalistów ukończyło kurs z zakresu medycyny paliatywnej dla lekarzy. Każdorazowo, dyżur dzienny w godzinach 7⁰⁰ – 19⁰⁰ lekarz pełnił w placówce, natomiast dyżur nocny od 19⁰⁰ do 7⁰⁰ pełniony był przez lekarza pod telefonem, który pozostawał do dyspozycji na każde wezwanie pielęgniarki. Opiekę nad pacjentami sprawowało 28 pielęgniarek i 2 pielęgniarzy w ramach 12-godzinnych dyżurów dziennych i nocnych oraz 2 pielęgniarki dyżurowały od poniedziałku do piątku w godzinach od 7⁰⁰ do 15⁰⁰. Cztery pielęgniarki były specjalistkami w zakresie pielęgniarstwa opieki paliatywnej, jedna – pielęgniarstwa onkologicznego, jedna – pielęgniarstwa epidemiologicznego i jedna – pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki. Siedemnaście pielęgniarek ukończyło kurs kwalifikacyjny w zakresie pielęgniarstwa opieki paliatywnej, cztery – pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, trzy – pielęgniarstwa onkologicznego, jedna – rodzinnego i jedna – pielęgniarstwa chirurgicznego. Ponadto pielęgniarki odbyły kursy specjalistyczne w następującym zakresie: resuscytacji krążeniowo-oddechowej – 10, wykonywania i interpretacji zapisu elektrokardiograficznego – 9 i krwiodawstwa – 2. Każdorazowo dyżur dzienny w godz. 7⁰⁰ – 19⁰⁰ pełniło co najmniej 5 pielęgniarek, dyżur nocny od 19⁰⁰ do 7⁰⁰ – 3 pielęgniarki i dwie pielęgniarki dyżurowały w godzinach rannych od 7⁰⁰ do 15⁰⁰. Opiekę nad pacjentami zabezpieczał również personel pomocniczy, tj. 12 opiekunek, z których 5 ukończyło kształcenie dla opiekunów medycznych.

Świadczenia rehabilitacyjne realizowane były przez 3 fizjoterapeutów oraz 4 psychologów przy łóżku pacjenta.

Wyżywienie pacjentów uwzględniało dietę podstawową, lekkostrawną, przecieraną, płynną i cukrzycową, a okazany jadłospis dzienny sporządzany był przez dietetyka firmy cateringowej, z którą podmiot podpisał stosowną umowę.

Działania z zakresu promocji zdrowia realizowane były indywidualnie dla pacjenta i jego rodziny przez psychologów i kadrę pielęgniarską, które uzależnione były od kondycji psychofizycznej pacjenta i polegały przede wszystkim na przekazywaniu informacji dotyczących choroby pacjenta, jej objawów, podawania leków, obsługi aparatury, wykonywania czynności pielęgnacyjnych, masażu, diety czy terapii alternatywnych stosowanych przez wielu chorych z zaawansowanymi i postępującymi schorzeniami.

Dokumentacja medyczna przechowywana była zgodnie z zasadami ustalonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (dalej rozporządzenie w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej – Dz. U. z 2015 r. poz. 2069).

W wyniku kontroli stwierdzono następujące nieprawidłowości:

1. Nieprawidłowe prowadzenie indywidualnej dokumentacji medycznej. Sprawdzone dokumentację 50 pacjentów, stwierdzając we wszystkich przypadkach – brak numerowania stron dokumentacji, co stanowi naruszenie § 5 rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej.
2. Nieprawidłowe prowadzenie zbiorczej dokumentacji medycznej:
 - a) *Księga główna przyjęć i wypisów* nie zawierała danych/informacji ustalonych w § 27 pkt 7, 14 i 16 rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej:
 - rozpoznania przy wypisie,
 - przyczyn zgonu, z podaniem ich numerów statystycznych,
 - imienia i nazwiska lekarza wypisującego,
 - b) *Księga zabiegów* nie zawierała numeru PESEL pacjenta oraz imienia i nazwiska lekarza zlecającego zabieg, co jest niezgodne z § 32 pkt 4 i 5 rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej.

Przedstawiając powyższe ustalenia, zobowiązuję Panią do prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie z normami ustalonymi w rozporządzeniu w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej. W szczególności dokumentacja indywidualna pacjentów

powinna zawierać dane wymienione w punkcie 1. wystąpienia, zaś dokumentacja zbiorcza – informacje wskazane w punkcie 2.

Jednocześnie zobowiązuję Panią do poinformowania Wojewody Mazowieckiego z powołaniem znaku pisma WK-II.9612.1.11.2018, o sposobie realizacji zalecenia pokontrolnego w terminie 14 dni od daty otrzymania wystąpienia.

z up. WOJEWODY MAZOWICKIEGO
Bogusław Krupa
Zastępca Dyrektora
Wydziału Kontroli