



WOJEWODA MAZOWIECKI

WK-V.9612.1.51.2019

Warszawa, 08 stycznia 2020 r.

**Pani
Krystyna Płukis
Dyrektor
Samodzielnego Publicznego
Specjalistycznego Szpitala
Zachodniego im. św. Jana Pawła II
ul. Daleka 11
05-825 Grodzisk Mazowiecki**

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

Na podstawie art. 31 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2019 r. poz. 993, z późn. zm.) w związku z art. 122 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (dalej ustawa o działalności leczniczej – Dz. U. z 2018 r. poz. 2190, z późn. zm.), kontrolerzy: Katarzyna Dzido – inspektor wojewódzki w Oddziale Kontroli Podmiotów Leczniczych Wydziału Zdrowia Mazowieckiego Urzędu Wojewódzkiego w Warszawie (upoważnienie Nr 405/WZ/2018 z 16 października 2019 r.), Marcin Bielec – inspektor wojewódzki w Oddziale Kontroli Podmiotów Leczniczych Wydziału Zdrowia Mazowieckiego Urzędu Wojewódzkiego w Warszawie (upoważnienie Nr 406/WZ/2018 z 16 października 2019 r.) oraz Jolanta Jaszewska – starszy inspektor wojewódzki w Oddziale Kontroli Podmiotów Leczniczych Wydziału Zdrowia Mazowieckiego Urzędu Wojewódzkiego w Warszawie (upoważnienie Nr 407/WZ/2019 z 16 października 2019 r.) przeprowadzili w dniach 22 – 25 października 2019 r. kontrolę problemową w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym (dalej Oddział albo SOR), komórce organizacyjnej 065 Samodzielnego Publicznego Specjalistycznego Szpitala Zachodniego im. św. Jana Pawła II (dalej Szpital Zachodni), mieszczącej się przy ul. Dalekiej 11 w Grodzisku Mazowieckim.

Zakres kontroli obejmował realizację zadań przez szpitalny oddział ratunkowy – spełnianie wymagań dotyczących lokalizacji w strukturze szpitala, warunków technicznych, organizacji, minimalnego wyposażenia oraz minimalnych zasobów kadrowych.

Kontrolą objęto badanie stanu faktycznego w okresie od 1 września 2019 r. do dnia zakończenia kontroli.

W związku z przeprowadzoną kontrolą przekazuję Pani Dyrektor wystąpienie pokontrolne.

W wyniku kontroli ustalono, że Szpital Zachodni posiadał zawartą umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, zgodnie z obowiązkiem ustalonym w art. 25 ust. 1 pkt 1 i ust. 2 ustawy o działalności leczniczej (polisa numer [REDAKTOWANO] wystawiona [REDAKTOWANO] przez [REDAKTOWANO] z siedzibą [REDAKTOWANO] przy [REDAKTOWANO] obejmująca okres od [REDAKTOWANO] do [REDAKTOWANO], której suma gwarancyjna odnosząca się do wszystkich zdarzeń wynosiła 500 tys. euro, a do jednego zdarzenia 100 tys. euro).

Na podstawie przeprowadzonych oględzin (protokół z dnia 26 października 2019 r., znak WZ-VI.9612.1.197.2019), stwierdzono, że lokalizacja SOR w strukturze szpitala oraz minimalne wyposażenie spełniały wymagania szczegółowe określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (dalej rozporządzenie w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego – Dz. U. z 2019 r. poz. 1213). W SOR zorganizowane zostały wszystkie obszary niezbędne do realizowania zadań wskazanych w ww. rozporządzeniu. Podmiot leczniczy dysponował postanowieniem nr [REDAKTOWANO] z dnia [REDAKTOWANO], znak [REDAKTOWANO], wydanym przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Grodzisku Mazowieckim, w którym stwierdzono spełnienie wymagań fachowych i sanitarnych, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia Szpitalnego Oddziału Ratunkowego Szpitala Zachodniego, zgodnie z wymaganiami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 czerwca 2005 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładów opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2005 r. Nr 116, poz. 851, z późn. zm.)¹. SOR dysponował 11 łózkami, w tym 3 łózkami intensywnej terapii – jak ustalono w księdze rejestrowej podmiotu leczniczego. W zakładzie leczniczym

¹ Od dnia 1 kwietnia 2019 r. obowiązuje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (dalej rozporządzenie w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą – Dz. U. z 2019 r. poz. 595).

kontrolowanego podmiotu znajdowały się pracownie i oddziały wymagane w szpitalu, w którym działa SOR, tj. oddział chirurgii ogólnej z częścią urazową, oddział chorób wewnętrznych, oddział anestezjologii i intensywnej terapii, pracownia diagnostyki obrazowej oraz miejsce udzielania świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej. Zapewniono również całodobowy i niezwłoczny dostęp do badań diagnostycznych wykonywanych w medycznym laboratorium diagnostycznym, badania USG, komputerowego badania tomograficznego oraz badań endoskopowych, w tym: gastrokopii, rektoskopii, bronchoskopii, laryngoskopii.

Podczas prowadzenia czynności kontrolnych zweryfikowano zabezpieczenie kadry medycznej udzielającej świadczeń zdrowotnych w Oddziale. W oparciu o przekazane przez Dyrektora podmiotu leczniczego wykazy personelu medycznego (załączniki nr 1 – 3) ustalono, że w SOR świadczeń udzielało trzydziestu jeden lekarzy, trzydzieści pielęgniarek i pielęgniarzy i dziewiętnastu ratowników medycznych. Ponadto, jak wynika z udostępnionych wykazów (załączniki nr 4) pracę Oddziału zabezpieczało dwanaście rejestratorek medycznych oraz dziesięciu pracowników personelu pomocniczego (sanitariusze, sanitariusze gipsiarze oraz sekretarki medyczne). Ordynatorem Oddziału był ██████████ posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny ratunkowej i chirurgii ogólnej. Zgodnie z wymogiem rozporządzenia w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego pracę pielęgniarek, ratowników medycznych, rejestratorek medycznych i personelu pomocniczego koordynował ratownik medyczny – ██████████ posiadający wykształcenie wyższe i piętnastoletni staż pracy w SOR. Z przedstawionych w trakcie kontroli harmonogramów czasu pracy personelu medycznego z września 2019 r. (załączniki nr 5 – 6) wynikało, że obsada lekarska w SOR w ciągu całej doby składała się z minimum trzech lekarzy, z których co najmniej dwóch było lekarzami systemu (podstawowy system ich pracy obejmował zmiany pełnione w dni powszednie w godzinach 8⁰⁰ – 15³⁰, 15³⁰ – 8⁰⁰ oraz w dni świąteczne, soboty, niedziele w godzinach 8⁰⁰ – 8⁰⁰). Na podstawie przedstawionych harmonogramów czasu pracy lekarzy, wyjaśnień złożonych przez Dyrektora Szpitala Zachodniego ustalono, że pracę oddziału koordynował w systemie całodobowym „lekarz dyżurny oddziału”, zgodnie z wymogiem określonym w rozporządzeniu w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego. Minimalna obsada dyżurowa pielęgniarek i ratowników medycznych w analizowanym okresie składała się w ciągu całej doby z dziewięciu osób (zmiany dyżurowe pełnione były od godziny 7⁰⁰ do godziny 19⁰⁰ i od godziny 19⁰⁰ do godziny 7⁰⁰). Ratownik medyczny, koordynujący pracę pielęgniarek, ratowników medycznych, rejestratorek medycznych i personelu pomocniczego

pracował w dni robocze (od poniedziałku do piątku) w godzinach 7⁰⁰ – 14³⁵. Szpital Zachodni opracował i wdrożył również minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek, które uwzględniały specyfikę SOR i zostały określone zgodnie z zasadami ustalonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz. U. z 2012 r. poz. 1545). W dokumentacji dotyczącej opracowywania minimalnych norm znajdowały się opinie przedstawicieli organów samorządu pielęgniarek oraz związków zawodowych pielęgniarek i położnych działających na terenie podmiotu leczniczego, a także Ordynatora SOR. Przyjęta minimalna norma zatrudnienia pielęgniarek w SOR wynosiła 30 etatów. Z uzyskanych informacji, wykazów personelu oraz grafiku czasu pracy za miesiąc wrzesień 2019 r. wynikało, że stan zatrudnienia pielęgniarek był wyższy od przyjętej dla kontrolowanego Oddziału minimalnej normy (w SOR pracowało trzydzieści pielęgniarek w łącznym wymiarze czasu pracy 34,13 et.). Minimalne normy ustalone zostały na okres 3 lat (obowiązują od 18 lipca 2017 r. do 18 lipca 2020 r.). Podmiot leczniczy zgromadził dokumenty potwierdzające prawo wykonywania zawodu aktualnie zatrudnionej kadry lekarskiej i pielęgniarskiej oraz zaświadczenia o przygotowaniu zawodowym ratowników medycznych, a także dokumentację potwierdzającą posiadanie dodatkowych kwalifikacji zawodowych personelu medycznego SOR. Osoby zatrudnione w SOR nosiły w widocznym miejscu identyfikator zawierający imię i nazwisko oraz pełnioną funkcję (dodatkowo na identyfikatorze zapisana była również nazwa podmiotu leczniczego).

Kontrolowany podmiot leczniczy dysponował dokumentacją potwierdzającą sprawność techniczną aparatury i sprzętu medycznego (wykaz aparatury i sprzętu medycznego zawarty został w załączniku nr 7), wykorzystywanego przy udzielaniu świadczeń medycznych w SOR, 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 2019 r. poz. 175, z późn. zm.). Ponadto w trakcie kontroli okazano decyzję nr [REDAKTOWANO] z dnia [REDAKTOWANO] znak [REDAKTOWANO] zezwalającą na uruchomienie i stosowanie aparatu rentgenowskiego model [REDAKTOWANO] firmy [REDAKTOWANO] o numerze [REDAKTOWANO], decyzję nr [REDAKTOWANO] z dnia [REDAKTOWANO], znak [REDAKTOWANO] zezwalającą na uruchomienie i stosowanie aparatu rentgenowskiego model [REDAKTOWANO] firmy [REDAKTOWANO] o numerze fabrycznym [REDAKTOWANO] oraz decyzję nr [REDAKTOWANO] z dnia [REDAKTOWANO], znak [REDAKTOWANO] zezwalającą na uruchomienie i stosowanie tomografu

komputerowego, cyfrowego, stacjonarnego model [REDACTED] firmy [REDACTED] o numerze fabrycznym [REDACTED], które zostały wydane [REDACTED]. Dla potrzeb kontrolowanego Oddziału 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).

Z analizy dokumentacji medycznej wynika, że w SOR nie odbywają się przyjęcia osób skierowanych na leczenie szpitalne w trybie planowym. Osoby te zgłaszają się do wydzielonej w szpitalu Izby Przyjść.

W trakcie kontroli ustalono, na podstawie oględzin pomieszczeń SOR, wyjaśnień Dyrektora podmiotu leczniczego wynika, że w Oddziale prowadzona była segregacja medyczna (triage) wszystkich pacjentów, w wyniku której byli przydzielani do jednej z pięciu kategorii zróżnicowanych pod względem stopnia pilności udzielania świadczeń zdrowotnych. Segregację medyczną pacjentów przeprowadzała pielęgniarka systemu, ratownik medyczny lub lekarz systemu.

Podczas czynności kontrolnych stwierdzono, że Szpital Zachodni podał do publicznej wiadomości przez zamieszczenie na stronie internetowej, wywieszenie na tablicy ogłoszeń w obszarze segregacji medycznej, rejestracji i przyjęć oraz uwzględnił w Regulaminie organizacyjnym dane określające maksymalny czas na podjęcie przez „lekarza dyżurnego oddziału” decyzji o skierowaniu pacjenta na leczenie do oddziałów szpitala, w którym działa SOR, odmowie przyjęcia pacjenta do oddziału osoby niebędącej w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego oraz decyzji lekarza oddziału o przyjęciu pacjenta na oddział, jak również informacje obejmujące zasady kierowania osób, którym przydzielono kategorie pilności oznaczone kolorem zielonym lub niebieskim, do miejsc udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej.

Podmiot ustalił, po zasięgnięciu opinii ordynatorów oddziałów, a następnie wprowadził *Decyzją Dyrektora Szpitala Zachodniego z dnia 12 sierpnia 2019 r.* – liczbę łóżek w poszczególnych jednostkach organizacyjnych szpitala wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń

zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego, w którym znajduje się SOR, zabezpieczanych na potrzeby osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego skierowanych do tych jednostek z SOR.

W czasie kontroli zweryfikowano również sposób prowadzenia i przechowywania dokumentacji medycznej w SOR. W celu dokonania sprawdzenia poprawności sporządzania dokumentacji medycznej pacjentów, zgodnie z zasadami ustalonymi w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2019 r. poz. 1127, z późn. zm.) oraz rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2015 r. poz. 2069, z późn. zm.) dokonano doboru próby, poprzez badanie dokumentacji pacjentów Szpitalnego Oddziału Ratunkowego z zakończoną hospitalizacją opatrzonej numerami z Księgi chorych oddziału od wybranego losowo numeru, aż do uzyskania łącznej liczby poddanej badaniu dokumentacji dotyczącej 20 pacjentów. Przeanalizowano dokumentację indywidualną pacjentów o następujących numerach z Księgi chorych oddziału: [REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED].

Dokumentacja indywidualna prowadzona była w postaci „mieszanej” tj. część w postaci elektronicznej, a część w postaci papierowej z wykorzystaniem systemu elektronicznego (wydruki). W ramach dokumentacji medycznej indywidualnej w kontrolowanym SOR prowadzona była Historia choroby, do której dołączono: Kartę segregacji medycznej SOR, Indywidualną kartę zleceń lekarskich, wyniki badań laboratoryjnych, Kartę konsultacyjną w przypadku gdy pacjent konsultowany był przez lekarzy specjalistów, Kartę medycznych czynności ratunkowych w przypadku, gdy pacjent został przywieziony do SOR przez Zespół Ratownictwa Medycznego oraz Kartę informacyjną z pobytu w SOR, sporządzoną w dwóch egzemplarzach (jeden egzemplarz wydawany jest pacjentowi wypisanemu z SOR). Historia choroby zawierała oświadczenie pacjenta o upoważnieniu do uzyskiwania informacji o jego stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej oraz danych umożliwiających kontakt z tą osobą oraz oświadczenie pacjenta o upoważnieniu do uzyskiwania dokumentacji, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej lub adnotację w dokumentacji medycznej indywidualnej – w przypadku gdy pacjent nie złożył ww. oświadczeń. Badaniu poddano również

prawidłowość sporządzania dokumentacji zbiorczej. Przeanalizowano wydruk Księgi chorych oddziału z dnia [REDAKTOWANO] oraz z dnia [REDAKTOWANO] [REDAKTOWANO] bieżącą Księgę raportów lekarskich i bieżącą Księgę raportów (prowadzone w postaci papierowej). Poddana badaniu dokumentacja medyczna indywidualna i zbiorcza przechowywana była prawidłowo – zabezpieczona przed zniszczeniem, uszkodzeniem lub utratą i dostępem osób nieupoważnionych.

Przedstawiając powyższe ustalenia informuję Panią Dyrektor, że podczas kontroli nie okazano aktualnego dokumentu potwierdzającego przeprowadzenie okresowego przeglądu, czyszczenia lub dezynfekcji instalacji i urządzeń wentylacji mechanicznej i klimatyzacji w SOR. Szpital Zachodni był w trakcie przeprowadzania procedury przetargowej o udzielenie zamówienia publicznego na usługę czyszczenia kanałów wentylacyjnych w instalacji wentylacji i klimatyzacji. Obowiązek wykonywania okresowych przeglądów i konserwacji wymienionych urządzeń, zgodnie z zaleceniami producenta, nie rzadziej niż co 12 miesięcy, a następnie ich udokumentowania, wynika z wymogów określonych w § 40 ust. 1 i 2 rozporządzenia w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą.

Pismem z 19 listopada 2019 r. (znak SPS-X.0910.19.2019) podmiot poinformował o zawarciu umowy nr [REDAKTOWANO] przez Szpital Zachodni z firmą pn. [REDAKTOWANO] [REDAKTOWANO] na wykonanie usługi czyszczenia i dezynfekcji systemu instalacji i urządzeń wentylacji mechanicznej i klimatyzacji m.in. w SOR, zgodnie z którą ww. prace zostaną przeprowadzone w terminie 20 listopada 2019 r. do 31 stycznia 2020 r.

W związku z poczynionymi w trakcie kontroli ustaleniami zobowiązuję Panią Dyrektor do przesłania, po przeprowadzonej zgodnie z zawartą umową [REDAKTOWANO] z ww. firmą zewnętrzną, usługi czyszczenia i dezynfekcji systemu instalacji i urządzeń wentylacji mechanicznej i klimatyzacji m.in. w SOR, dokumentu potwierdzającego wykonanie ww. prac w terminie do 14 lutego 2020 r.

Pragnę również zwrócić uwagę Pani Dyrektor, że zgodnie ze stanowiskiem Ministerstwa Zdrowia z 20 listopada 2019 r. (znak ROR.450.4.58.2019.MS), przyjęte przez Szpital Zachodni

rozwiązanie polegające na zapewnieniu dostępu do analizatora parametrów krytycznych w laboratorium centralnym Szpitala Zachodniego połączonym systemem poczty pneumatycznej z SOR, zamiast umieszczenia ww. urządzenia w Oddziale, należy uznać za niewystarczające. W opinii Ministerstwa Zdrowia, na podstawie § 4 ust. 3 pkt. 1 rozporządzenia w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego na minimalne wyposażenie Oddziału do przyłóżkowego wykonywania badań składa się m.in. analizator parametrów krytycznych. Niezależnie od powyższego wymogu zgodnie z § 4 ust. 4 pkt. 1 ww. rozporządzenia szpital, w którym funkcjonuje SOR, zapewnia całodobowy i niezwłoczny dostęp do badań diagnostycznych wykonywanych w medycznym laboratorium diagnostycznym. Powyższe dwa warunki należy traktować rozdzielnie i nie można uznać zapewnienia analizatora parametrów krytycznych w laboratorium za tożsame z przyłóżkowym wykonywaniem badań z użyciem tego urządzenia, nawet w sytuacji wykorzystywania poczty pneumatycznej do przesyłania badań. Wobec powyższego zobowiązuję Panią Dyrektor do dostosowania SOR w zakresie ww. wymogu w terminie 6 miesięcy od daty otrzymania niniejszego wystąpienia pokontrolnego.

Ponadto, w związku z dysponowaniem przez Szpital Zachodni wyłącznie ładowiskiem dziennym dla śmigłowca ratunkowego, pragnę zwrócić uwagę Pani Dyrektor na obowiązek zapewnienia dla potrzeb SOR całodobowego lotniska lub lądowiska spełniającego wymogi ustalone w § 3 ust. 2 pkt 7 – 10 oraz załącznika do rozporządzenia w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego w terminie określonym w § 15 pkt 4 ww. rozporządzenia tj. do 1 stycznia 2021 r.

Jednocześnie proszę Panią Dyrektor o poinformowanie Wojewody Mazowieckiego, z powołaniem znaku pisma WK-V.9612.1.51.2019, o sposobie realizacji zalecenia i wykorzystania wniosków pokontrolnych.

z up. WOJEWODY MAZOWIECKIEGO

Artur Subda

Dyrektor Wydziału Kontroli