



**WOJEWODA MAZOWIECKI**

WK-V.9612.1.82.2022

Warszawa, 4 lipca 2022 r.

**Pan  
Szczepan Bugaj  
Caritas Diecezji Płockiej  
ul. H. Sienkiewicza 34  
09-400 Płock**

### **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 2022 r. poz. 633, z późn. zm.) przeprowadzona została kontrola problemowa w jednostce organizacyjnej 08 pn. Hospicjum Caritas Diecezji Płockiej w Płocku (dalej Hospicjum), mieszczącej się przy ul. Henryka Sienkiewicza 54 w Płocku, prowadzonej przez podmiot leczniczy Caritas Diecezji Płockiej.

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 21 czerwca 2022 r., przekazuję Panu niniejsze wystąpienie pokontrolne.

W trakcie kontroli stwierdzono, że w Hospicjum udzielane były całodobowe świadczenia zdrowotne 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 zdrowotne realizowane były ze środków publicznych na podstawie umowy zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia o udzielanie świadczeń opiekuńczo-leczniczych. Podmiot posiadał regulamin organizacyjny zawierający wszystkie elementy określone w art. 24 ustawy o działalności leczniczej. Podmiot posiadał zawartą umowę ubezpieczenia odpowiedzialności

cywilnej, zgodnie z obowiązkiem ustalonym w art. 25 ust. 1 pkt 1 i ust. 2 ustawy o działalności leczniczej. Kontrolowana placówka dysponowała 12 łózkami – jak ustalono w księdze rejestrowej podmiotu leczniczego. Warunki bytowe pacjentów były dobre, a pomieszczenia placówki utrzymane w porządku i czystości – ich stan sanitarno-higieniczny nie budził zastrzeżeń. W dniach prowadzenia kontroli w Hospicjum przebywało 11 pacjentów – 4 kobiety i 7 mężczyzn. Pacjentami kontrolowanej placówki były osoby nieuleczalnie chore, u których zdiagnozowano: nowotwór złośliwy płuc, nowotwór okrężnicy, nowotwór o nieznanym charakterze układu oddechowego, nowotwór złośliwy żołądka, nowotwór złośliwy przełyku, nowotwór odbytnicy, nowotwór wtórny układu oddechowego, nowotwór złośliwy mózgu i opon mózgowych, głębokie owrzodzenie odleżynowe niepoddające się leczeniu przyczynowemu. Ponadto u pacjentów występowały choroby współistniejące: nadciśnienie tętnicze, niewydolność zastoinowa serca, cukrzyca insulinozależna, padaczka objawowa, nowotwór oskrzeli. Częstej zmiany opatrunków specjalistycznych z powodu odleżyn wymagało 3 pacjentów, zgodnie ze zleceniem lekarskim. Ustalono, że jeden pacjent przebywający w Hospicjum funkcjonował samodzielnie. Okresowej pomocy personelu wymagało 3 pacjentów poruszających się przy pomocy sprzętu rehabilitacyjnego. Stałej opieki i kompleksowej pielęgnacji wymagało 7 pacjentów leżących. Z uwagi na specyfikę schorzeń pacjenci przebywający w placówce wymagali stałej rehabilitacji, usprawniania oraz pomocy psychologicznej i opieki duchowej.

Pacjenci Hospicjum mieli zabezpieczony dostęp do opieki lekarskiej w każdy dzień tygodnia od poniedziałku do niedzieli według określonych stałych godzin pracy, zgodnie z rozkładem pracy. Świadczenia lekarskie realizowane były przez czterech lekarzy, z których dwóch ukończyło specjalizację I<sup>o</sup> w dziedzinie chorób wewnętrznych, w tym jeden jest specjalistą w dziedzinie chemioterapii nowotworów i jednocześnie onkologii klinicznej, a drugi specjalistą w dziedzinie medycyny rodzinnej oraz dwóch lekarzy specjalistów w dziedzinie chirurgii ogólnej, w tym jeden specjalistą w dziedzinie chirurgii onkologicznej. Wszyscy zatrudnieni lekarze posiadają ukończony kurs „Medycyna Paliatywna” upoważniający do udzielania świadczeń zdrowotnych w dziedzinie medycyny paliatywnej przez lekarzy nie posiadających tej specjalizacji.

Świadczenia pielęgniarские realizowane były przez sześć pielęgniarek w ramach 12-godzinnych dyżurów dziennych i nocnych oraz pielęgniarzkę oddziałową, która zabezpieczała dyżur dzienny w godzinach od 7<sup>00</sup> do 14<sup>35</sup>. Jedna pielęgniarzka posiadała tytuł mgr pielęgniarstwa i jednocześnie tytuł mgr promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, a dwie tytuł licencjata pielęgniarstwa. Cztery pielęgniarzki były specjalistkami w dziedzinie pielęgniarstwa opieki

paliatywnej, w tym dwie jednocześnie specjalistkami w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego, a jedna posiadała specjalizację z pielęgniarstwa onkologicznego. Trzy pielęgniarki ukończyły kurs kwalifikacyjny w zakresie pielęgniarstwa opieki paliatywnej. Dyżur dzienny w dni robocze w godz. 7<sup>00</sup> – 19<sup>00</sup> pełniły co najmniej dwie pielęgniarki – dodatkowo jedna pielęgniarka dyżurowała w godzinach rannych od 7<sup>00</sup> do 14<sup>35</sup>, dyżur nocny od 19<sup>00</sup> do 7<sup>00</sup> – pełniła jedna pielęgniarka. W dni świąteczne na dyżurze dziennym i nocnym była jedna pielęgniarka.

Świadczenia rehabilitacyjne realizowane były przez jednego fizjoterapeutę, który był magistrem fizjoterapii. Zajęcia odbywały się codziennie od poniedziałku do piątku, według ustalonego rozkładu czasu pracy i w zależności od stanu pacjenta, głównie przy łóżku pacjenta. Ponadto podmiot leczniczy zatrudniał jednego psychologa i pracownika socjalnego.

W dokumentacji podmiotu leczniczego zgromadzono dokumenty potwierdzające prawo wykonywania zawodu aktualnie zatrudnionych lekarzy, pielęgniarek i fizjoterapeuty.

W trakcie kontroli ustalono, że opiekę nad pacjentami zabezpieczał również personel pomocniczy, tj. jedna opiekunka medyczna i cztery salowe, który zapewniał opiekę pacjentom w ramach 12 – godzinnych dyżurów dziennych 7<sup>00</sup>-19<sup>00</sup> i nocnych 19<sup>00</sup>-7<sup>00</sup>, zgodnie z przyjętym rozkładem pracy. Każdorazowo opiekę zabezpieczały jedna lub dwie opiekunki/salowe.

Wyżywienie pacjentów uwzględniało dietę lekkostrawną, bezmleczną i cukrzycową, a okazany jadłospis dzienny sporządzany był przez kierownika stołówki na podstawie zaleceń otrzymanych od lekarza.

Działania z zakresu promocji zdrowia realizowane były indywidualnie dla pacjenta i jego rodziny przez psychologa i kadrę pielęgniarską, które uzależnione były od kondycji psychofizycznej pacjenta i polegały przede wszystkim na przekazywaniu informacji o sposobie i efektach leczenia onkologicznego i paliatywnego, niwelowaniu bólu, metodach i technikach pielęgnacji chorego, stosowaniu optymalnego w danym stanie zdrowia żywienia, pomoc psychologiczną i duchową dla pacjentów i jego bliskich oraz pomoc socjalną. W trakcie czynności kontrolnych nie zaobserwowano w placówce negatywnych zjawisk wynikających z niestosownego zachowania się personelu. Analiza przeprowadzonej w Hospicjum *Ankiety satysfakcji pacjenta* z pobytu w placówce wykazała, że pacjenci pozytywnie wypowiedzieli się na temat pracy i zachowania personelu udzielającego świadczeń zdrowotnych oraz chwalili jakość posiłków. Nie zgłaszali żadnych utrudnień ze strony placówki dotyczących odwiedzin przez osoby bliskie.

Podmiot leczniczy dysponował dokumentacją potwierdzającą sprawność techniczną aparatury i sprzętu medycznego wykorzystywanego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, do której posiadania i okazania organowi kontroli jest zobowiązany na podstawie art. 63 ust. 3, 4 i 6 ustawy z dnia 7 kwietnia 2022 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 974). 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). Pomieszczenia placówki spełniały wymagania określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2022 r. poz. 402). W 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 2020 r. poz. 849, z późn. zm.). Dokumentacja medyczna prowadzona i przechowywana była zgodnie z normami ustalonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2022 r. poz. 1304).

Podsumowując powyższe ustalenia, pragnę Pana poinformować, że w zakresie stanowiącym przedmiot kontroli nie stwierdzono nieprawidłowości.

z up. Wojewody Mazowieckiego

*Artur Subda*  
*Dyrektor Wydziału Kontroli*