

Warszawa, 1 czerwca 2015 r.



WOJEWODA MAZOWIECKI

WK-C.9612.1.11.2015

**Pan
Szczepan Bugaj
Caritas Diecezji Płockiej
ul. Henryka 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 2015 r., poz. 618) przeprowadzona została kontrola problemowa w Hospicjum Caritas Diecezji Płockiej w Pułtusku (dalej Hospicjum), mieszczącym się przy ul. Stare Miasto 2 w Pułtusku.

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 27 kwietnia 2015 r., przekazuję Panu niniejsze wystąpienie pokontrolne.

W trakcie kontroli stwierdzono, że w Hospicjum udzielane były całodobowe świadczenia zdrowotne obejmujące swoim zakresem sprawowanie 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 o udzielanie świadczeń opieki paliatywnej. Kontrolowana placówka dysponowała 10 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 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 zawartą umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, zgodnie z obowiązkiem ustalonym w art. 25 ust. 1 pkt 1 i ust. 2 ustawy o działalności leczniczej. 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 2012 r. poz. 159, z późn. zm.).

W dniach prowadzenia kontroli w Hospicjum przebywało 5 pacjentów – 1 kobieta i 4 mężczyzn. Ze względu na stopień zaawansowania choroby (guz płuca, nowotwór złośliwy nadnercza, nowotwór krtani i nowotwór nerki) pacjenci wymagali leczenia objawowego, przeciwbólowego, wsparcia psychologicznego i zabiegów rehabilitacyjnych. Codziennej zmiany opatrunków – ze względu na odleżyny – wymagało trzech chorych. Trzy osoby poruszały się przy pomocy sprzętu rehabilitacyjnego. Stałej opieki i kompleksowej pielęgnacji wymagał jeden pacjent leżący.

Pacjenci przebywający w Hospicjum mieli zabezpieczony dostęp do całodobowej opieki lekarskiej, jak również do usług pielęgniarских i rehabilitacyjnych. Świadczenia zdrowotne realizowane były przez lekarza specjalistę w dziedzinie medycyny rodzinnej, który jednocześnie posiadał I° specjalizacji w zakresie pediatrii. Opiekę sprawowało również 7 pielęgniarek. Jedna pielęgniarka posiadała tytuł licencjata pielęgniarstwa. Cztery pielęgniarki ukończyły kurs kwalifikacyjny w zakresie pielęgniarstwa nefrologicznego z dializoterapią, trzy – pielęgniarstwa opieki paliatywnej, trzy – pielęgniarstwa środowiskowo-rodzinnego, 1 – pielęgniarstwa rodzinnego i 1 – pielęgniarstwa zachowawczego. Ponadto pielęgniarki odbyły następujące kursy

specjalistyczne: podstawy opieki paliatywnej – 3 oraz wykonywanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego – 1.

Opieka pielęgniarska sprawowana była w systemie 12-godzinnych dyżurów dziennych i nocnych. Ponadto jedna pielęgniarka dyżurowała od poniedziałku do piątku w godzinach rannych – 7⁰⁰ – 14³⁵.

Świadczenia rehabilitacyjne realizowane były przez technika fizjoterapii i psychologa przy łóżku pacjenta.

Wyżywienie pacjentów uwzględniało dietę lekkostrawną, cukrzycową i wątrobową, a okazany jadłospis sporządzony był przez dietetyka na okres 10 dni.

W Hospicjum realizowana była opieka medyczna obejmująca leczenie bólu w zaawansowanej chorobie nowotworowej, zapobieganie zakażeniom, pielęgnowanie pacjenta z cukrzycą oraz w terminalnym okresie choroby, jak również prowadzone były indywidualne rozmowy z pacjentami oraz ich rodzinami dotyczące utrzymania prawidłowej higieny ciała, usprawniania ruchowego oraz odżywiania w różnych okresach choroby.

W dokumentacji podmiotu leczniczego zgromadzono dokumenty potwierdzające prawo wykonywania zawodu aktualnie zatrudnionego lekarza i kadry pielęgniarskiej. Hospicjum dysponowało dokumentacją potwierdzającą sprawność techniczną aparatury i sprzętu medycznego wykorzystywanego przy udzielaniu świadczeń medycznych, do której posiadania i okazania organowi kontroli podmiot jest zobowiązany na podstawie art. 90 ust. 6, 7 i 9 ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. Nr 107, poz. 679, z późn. zm.). Indywidualna i zbiorcza dokumentacja medyczna przechowywana była zgodnie z zasadami ustalonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (dalej rozporządzenie w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej – Dz. U. z 2014 r., poz. 177, z późn. zm.).

W wyniku kontroli indywidualnej dokumentacji medycznej 50 pacjentów stwierdzono:

- a) we wszystkich przypadkach – brak numerowania stron dokumentacji, która jednocześnie nie stanowiła chronologicznie uporządkowanej całości, co jest niezgodne z § 5 rozporządzenia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej,
- b) w dziewięciu przypadkach, w części dotyczącej wypisania pacjenta z placówki – brak numerów statystycznych choroby zasadniczej i chorób współistniejących oraz opisu zastosowanego leczenia, wykonanych badań diagnostycznych i zabiegów, co stanowi naruszenie § 19 pkt 1 i 3 ww. rozporządzenia,

- c) w sześciu przypadkach, w części dotyczącej przyjęcia pacjenta do Hospicjum – brak adnotacji o trybie przyjęcia pacjenta, co jest niezgodne z § 17 ust. 1 pkt 3 rozporządzenia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej.

Przedstawiając powyższe ustalenia zobowiązuję Pana do prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej pacjentów w szczególności ustalonej w przepisach rozporządzenia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej. Proszę o poinformowanie Wojewody Mazowieckiego, z powołaniem znaku pisma WK-C.9612.1.11.2015, o sposobie realizacji zalecenia pokontrolnego, niezwłocznie po otrzymaniu wystąpienia.

z up. WOJEWODY MAZOWICKIEGO
Edyta Ostrowska
Dyrektor
Wydziału Kontroli