

**Wydział Zdrowia
i Spraw Społecznych
Urzędu Miasta Poznania**

ZSS-XVII.1711.9.2016

**Wystąpienie pokontrolne
z kontroli doraźnej w Wielospecjalistycznym Szpitalu Miejskim
im. J. Strusia z Zakładem Opiekuńczo-Lecznym SP ZOZ**

I. Informacje kontroli:

1. Nazwa kontrolowanej jednostki

Wielospecjalistyczny Szpital Miejski im. J. Strusia z Zakładem Opiekuńczo-Lecznym SP ZOZ, ul. Szwajcarska 3 Poznań.

2. Kierownik jednostki

Bartłomiej Gruszka – Dyrektor Wielospecjalistycznego Szpitala Miejskiego im. J. Strusia z Zakładem Opiekuńczo – Lecznym SP ZOZ.

3. Przeprowadzająca kontrolę

Joanna Oliwa – inspektor w Wydziale Zdrowia i Spraw Społecznych Urzędu Miasta Poznania, działający na podstawie upoważnienia do przeprowadzenia kontroli nr 1240/2016 z 7.09.2016 r. wydanego wz. Prezydenta Miasta Poznania przez Mariusza Wiśniewskiego – z-ca Prezydenta Miasta Poznania (zał. 1).

4. Termin przeprowadzenia kontroli

Kontrolę przeprowadzono w terminie od 7.09.2016 r. do 16.09.2016 r.
Przerwa w kontroli nastąpiła 12 i 16.09.2016 r.
Kontrolę odnotowano w książce kontroli pod pozycją nr 28 w 2016 r.
Podmiot kontrolowany powiadomiono o kontroli telefonicznie.
Spotkanie otwierające kontrolę odbyło się 8 września. W spotkaniu brali udział:
1) – zastępca Dyrektora
2) – zastępca Dyrektora
3) – Kierownik Działu
8.09.2016 r. odbywała się wizytacja SOR, w której uczestniczyła pielęgniarka Szpitalnego Oddziału Ratunkowego.
15 września odbyło się spotkanie zamykające kontrolę, w którym uczestniczył Bartłomiej Gruszka – Dyrektor Szpitala oraz
Na spotkaniu zamykającym przedstawione zostały wstępne ustalenia kontroli.

5. Zakres kontroli:

Realizacja zadań określonych w regulaminie organizacyjnym i statucie oraz dostępność i jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych.

6. Okres objęty kontrolą

Kontrolą objęto okres od 01.07.2016 r. do dnia rozpoczęcia czynności kontrolnych – w przedmiocie dotyczącym zakresu kontroli, w szczególności dotyczącym organizacji pracy w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym.

7. Podstawa prawna przeprowadzenia kontroli

Kontrolę przeprowadzono w trybie i na zasadach określonych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20.12.2012 r. w sprawie sposobu i trybu przeprowadzania kontroli podmiotów leczniczych (Dz.U. z 2012 r., poz. 1509) oraz w oparciu o:

- 1) Ustawę z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2015 r. poz. 618 ze zm.);
- 2) Ustawę z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2016 r. poz.186 ze zm.);
- 3) Ustawę z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2014 r. poz.1182);
- 4) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 3 listopada 2011 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz.U. z 2015 r. poz. 178)
- 5) Inne akty prawne mające zastosowanie w działalności Zakładu.

8. Kontrolującej udzielała wyjaśnień

..... – kierownik Działu działająca na podstawie upoważnienia nr 11/2016 z dnia 8.09.2016 r., wydanego przez z-ce Dyrektora

II. Organizacja jednostki

1. Wielospecjalistyczny Szpital Miejski im. J. Strusia z Zakładem Opiekuńczo-Lecznicznym Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej z siedzibą w Poznaniu przy ul. Szwajcarskiej 3, zwany dalej „zakładem” jest podmiotem leczniczym nie będącym przedsiębiorcą, prowadzonym w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, pokrywający z posiadanych środków i uzyskiwanych przychodów koszty działalności i reguluje zobowiązania.
2. Zakład działa na podstawie Statutu Zakładu, uchwalonego przez Radę Miasta Poznania uchwałą Nr XVIII/232/VII/2015 z 20 października 2015 r. w sprawie nadania statutu Wielospecjalistycznemu Szpitalowi Miejskiemu im. Józefa Strusia z Zakładem Opiekuńczo-Lecznicznym Samodzielnemu Publicznemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej z siedzibą w Poznaniu przy ul. Szwajcarskiej 3 (zał. 3).

Zakład wpisany jest do Krajowego Rejestru Sądowego pod nr 0000002025. NIP: 778-13-50-016. REGON: 000306331.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Celem kontroli była ocena jednostki w zakresie realizacji zadań określonych w regulaminie organizacyjnym i statucie oraz dostępność i jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych w odniesieniu do funkcjonowania Szpitalnego Oddziału Ratunkowego.
W związku z powyższym, kontrolująca zapoznała się z zarządzeniem nr 12/2016 Dyrektora (...) z dnia 22 marca 2016 r. w sprawie wprowadzenia jednolitego tekstu Regulaminu Organizacyjnego Wielospecjalistycznego Szpitala Miejskiego im. J. Strusia z Zakładem Opiekuńczo – Lecznicznym SPZOZ obowiązującego od 1 kwietnia 2016 r. pozytywnie zaopiniowanego przez Radę Społeczną Uchwałą nr 3/2016 z dnia 5 stycznia 2016 r., oraz który uzyskał zgodę w formie pisemnej od Prezydenta Miasta Poznania (zał.4), ustalono:
 - 1) w § 25 ust.2 lit. b), cyt.: „przyjęcia do szpitala odbywają się w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym/Izbie Przyjęć Szpitala w trybie planowym lub nagłym, w stanach bezpośredniego zagrożenia zdrowia lub życia bez wymaganego skierowania.”

- 2) w § 32 ust. 2, cyt.: „pomoc doraźna udzielana jest w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym.”
- 3) w § 47 Regulaminu, wymieniono zadania Szpitalnego Oddziału Ratunkowego oraz Izby Przyjęć, w tym m.in.:
 - a) ust.1 cyt.: „Kwalifikowanie pacjentów zgłaszających się do Szpitala ze skierowaniem lub bez skierowania, na podstawie przeprowadzonego wywiadu, badania przedmiotowego, a także w razie potrzeby diagnostyki i terapii, do przyjęcia do Szpitala w trybie nagłym lub planowym”;
 - b) ust. 3, cyt.: „uzyskiwanie od pacjenta pisemnej zgody lub osoby wyrażającej zgodę w jego imieniu na przyjęcie do Szpitala”;
 - c) ust. 4, cyt.: „udzielanie pomocy doraźnej pacjentom, którzy nie zostali zakwalifikowani do leczenia szpitalnego lub zostali zakwalifikowani do przyjęcia w terminie późniejszym.”;
 - d) ust. 13, cyt.: „lekarz pełniący dyżur w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym przez cały czas trwania dyżuru ma obowiązek przebywania na terenie Szpitalnego Oddziału Ratunkowego, w uzasadnionych przypadkach uczestniczy w niezbędnych badaniach diagnostycznych pacjenta realizowanych na terenie Szpitala, ale poza SOR.”
- 4) w § 31 pkt.1 i 3, cyt.: „Pacjent przyjęty do Szpitala ma prawo przekazać rzeczy wartościowe oraz odzież i bagaż do depozytu Zakładu. W przypadku przyjęcia do Szpitala pacjenta nieprzytomnego lub gdy porozumienie z nim jest utrudnione, rzeczy wartościowe oraz odzież i bagaż do depozytu składa personel Szpitalnego Oddziału Ratunkowego lub Izby Przyjęć i sporządza z dokonanej czynności komisyjny protokół.”

Jak ustalono w § 89 ust 2 ww. regulaminu, cyt.: „W celu zapewnienia poszanowania intymności i godności pacjenta i pracowników Zakładu podczas udzielania świadczeń zdrowotnych na terenie Szpitala obowiązuje zakaz fotografowania i filmowania obejmujący swoim zakresem przedmioty oraz obiekty należące do Zakładu, jak i osoby w nim przebywające bez uzyskania zgody dyrektora w zakresie przedmiotów i obiektów lub zgody osoby fotografowanej, lub filmowanej.”

2. Wybrane procedury

W Zakładzie opracowane zostały procedury zapewniające standardy realizacji zadań. Na potrzeby kontroli, z przedstawionego wykazu dokumentów obowiązujących w Zakładzie (zał.13), zapoznano się z dokumentami związanymi z postępowaniem w sytuacji przyjęcia pacjenta do Zakładu:

- 1) „Procedura nr P-9-00 – przyjęcie pacjenta do Szpitala” – celem procedury jest zapewnienie prawidłowej organizacji pracy oraz systematyzacji czynności w Izbie Przyjęć oraz Szpitalnym Oddziale Ratunkowym. Procedura zapewnia przebieg przyjęcia pacjenta do szpitala w określony i nadzorowany sposób. Zgodnie z procedurą przyjęcie pacjenta do Szpitala odbywać się może w trybie planowym i pozaplanowym. Przebieg realizacji procesu w obu przypadkach został przedstawiony w schemacie blokowym (zał.5).
- 2) „Instrukcja nr I-28-00 – przyjęcie pacjenta w Oddział” – celem instrukcji jest zapewnienie prawidłowego postępowania personelu medycznego podczas przyjęcia Pacjenta w oddział w trybie planowym oraz w stanie zagrożenia życia (zał.6). Instrukcja przewiduje przebieg postępowania w sytuacji, kiedy pacjent jest przewożony przez personel SOR, personel innego oddziału lub zespół karetki

reanimacyjnej wraz z dokumentacją medyczną na Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii w stanie bezpośredniego zagrożenia życia.

- 3) „Procedura nr P-13-00 – uzyskiwanie zgody pacjenta” – celem procedury jest zapewnienie prawidłowego postępowania podczas uzyskiwania zgody pacjenta na przyjęcie do szpitala, udzielenie świadczenia zdrowotnego nie stwarzającego podwyższonego ryzyka dla pacjenta i udzielenie świadczenia zdrowotnego stwarzającego podwyższone ryzyko dla pacjenta, w tym zabiegu operacyjnego przez przyjmowanie oświadczenia pacjenta dotyczącego upoważnień do uzyskania informacji o stanie zdrowia i dokumentacji medycznej (zał.7).

Zgodnie zapisem 4.1.6. ww. procedury, cyt.: *„Przyjęcie do szpitala lub udzielanie pacjentowi świadczenia zdrowotnego bez jego zgody jest dopuszczalne, jeżeli wymaga on niezwłocznej pomocy lekarskiej, a ze względu na stan zdrowia lub wiek (np. nieprzytomny lub niezdolny do zrozumienia znaczenia informacji) nie może wyrazić zgody i nie ma możliwości porozumienia się z jego przedstawicielem ustawowym lub opiekunem faktycznym”*. I dalej pkt 4.1.8. tiret 1, cyt.: *„Jeżeli pacjent jest przytomny, ale niezdolny do złożenia podpisu, lecz w sposób wyraźny wyraża zgodę, należy powyższy fakt odnotować w dokumentacji medycznej komórki organizacyjnej wraz z podpisami osób uczestniczących przy wyrażaniu zgody.”* Pkt 4.1.9. cyt.: *„Zgodę należy uzyskać przed rozpoczęciem udzielania świadczenia zdrowotnego.”* Pkt 4.1.10. cyt.: *„Zgoda uzyskana po udzielaniu świadczeń zdrowotnych nie ma mocy prawnej.”*

Procedura przewiduje również podjęcie działań przez personel posiadający uprawnienia medyczne w przypadku pacjenta nieprzytomnego, gdzie lekarz przyjmujący pacjenta wpisuje adnotacje w dokumentację medyczną: *„pacjent nieprzytomny/pacjent bez kontaktu”* i pod adnotacją składa podpis i przystawia pieczętkę.” - pkt. 4.3.3 ww. procedury.

W Zakładzie podpisanie stosownej zgody przez pacjenta odnotowywane jest w dokumencie „Historia choroby” – który jest dokumentem wewnętrznym, opracowanym w jednostce (zał.8). Dokument zawiera m.in. informacje o zgodzie pacjenta na udzielenie świadczenia zdrowotnego (...).

- 4) „Instrukcja nr I-1-00 – zabezpieczenie rzeczy wartościowych należących do pacjenta” - celem instrukcji jest ujednoczenie i opisanie sposobu postępowania z depozytami wartościowymi należącymi do osób przebywających na leczeniu w Szpitalu (zał.9).

W punkcie 4.15. ww. instrukcji umieszczono zapis, cyt.: *„Jeżeli pacjent został przyjęty do szpitala w stanie wyłączającym świadome postępowanie, pielęgniarka, ratownik medyczny w Izbie Przyjęć, SOR sporządza spis znalezionych przy chorym rzeczy wartościowych (określone w pkt.4.1 i 4.3) podpisany przez 2 osoby (np. pracowników Izby Przyjęć, SOR) (...).”*

3. Organizacja Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w Zakładzie (SOR)

- 1) Zadania Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych określa Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 3 listopada 2011 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz.U. z 2015, poz.178 j.t.). Zawarto w nim wymagania dotyczące lokalizacji szpitalnych oddziałów ratunkowych w strukturze szpitala, warunków technicznych a także minimalne wyposażenie, organizację i zasoby kadrowe.

Zgodnie z § 2 ust. 1 ww. rozporządzenia, cyt.: *„Szpitalny oddział ratunkowy (...), udziela świadczeń opieki zdrowotnej polegających na wstępnej diagnostyce oraz podjęciu leczenia w zakresie niezbędnym dla stabilizacji funkcji życiowych osób, które znajdują się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.”*

W § 5 ww. rozporządzenia określono skład oddziału w skład którego wchodzi obszary, cyt.: *„1) segregacji medycznej, rejestracji i przyjęć – jako ogólnodostępny;*

- 2) resuscytacyjno-zabiegowy;
- 3) wstępnej intensywnej terapii;
- 4) terapii natychmiastowej;
- 5) obserwacji;
- 6) konsultacyjny;
- 7) stacjonowania zespołów ratownictwa medycznego, jeżeli oddział ma w swojej strukturze zespoły ratownictwa medycznego;
- 8) zaplecza administracyjnego."

W § 10 ww. rozporządzenia określony został skład i wyposażenie obszaru obserwacji. Minimalnie ma on posiadać 4 stanowiska, (w szpitalu, będącym przedmiotem kontroli jest ich 7). Stanowiska mają mieć powierzchnie wystarczającą dla prawidłowego funkcjonowania obszaru, wyposażony w:

- „1) wyroby medyczne i produkty lecznicze umożliwiające:
 - a) monitorowanie rytmu serca i oddechu,
 - b) nieinwazyjne monitorowanie ciśnienia tętniczego krwi,
 - c) monitorowanie wysycenia tlenowego hemoglobiny,
 - d) monitorowanie temperatury powierzchniowej i głębokiej,
 - e) stosowanie biernej tlenoterapii,
 - f) prowadzenie infuzji dożylnych:
- 2) przenośny zestaw resuscytacyjny z niezależnym źródłem tlenu i respiratorem transportowym
- 3) defibrylator półautomatyczny;
- 4) centralne źródło tlenu, powietrza i próżni z gniazdami poboru przy każdym stanowisku;
- 5) elektryczne urządzenie do odsysania, co najmniej jedno na cztery stanowiska."

2) Kontrolująca zapoznała się ze strukturą organizacyjną SOR podczas oprowadzania przez kierownika Działu W trakcie oględzin towarzyszyła Pielęgniarka Szpitalnego Oddziału Ratunkowego –

Na potrzeby kontroli przedstawiono rzut planu SOR - załącznik nr 10.

Na podstawie oględzin oraz wyjaśnień ustnych i pisemnych, udzielanych w trakcie kontroli (zał. 11), ustalono:

- a) Na terenie Szpitalnego Oddziału Ratunkowego funkcjonuje monitoring wewnętrzny, który dostępny jest do wglądu tylko dla Kierownika SOR oraz Pielęgniarki Oddziałowej – dla innych pracowników za zgodą Dyrektora, Kierownika SOR i Pielęgniarki Oddziałowej SOR. Istnieje możliwość zabezpieczenia monitoringu w razie zaistniałej konieczności.
- b) W SOR świadczeń medycznych udzielają lekarze oraz pielęgniarki i ratownicy medyczni,
- c) W obszarach SOR wymienionych w § 5 rozporządzenia, w pkt od 2 do 6 pkt III.3.1) niniejszego projektu wystąpienia, podczas udzielania świadczeń zdrowotnych przebywają tylko pracownicy medyczni szpitala oraz personel zespołów ratownictwa medycznego przywożący pacjentów z miejsca zdarzenia, personel transportu medycznego przewożący pacjentów do innych jednostek systemu lub do miejsca zamieszkania. Ponadto, w związku z prowadzeniem przez tutejszy Szpital działalności dydaktycznej tj. kształcenia przed i podyplomowego, posiadania wpisu na listę jednostek prowadzących szkolenie specjalizacyjne z zakresu medycyny ratunkowej - podczas udzielania świadczeń uczestniczą jako obserwatorzy, studenci wyższych uczelni medycznych na podstawie umów i porozumień z tymi uczelniami. Natomiast

- lekarze rezydenci odbywający staż specjalizacyjny z innych jednostek posiadają prawo wykonywania zawodu i uczestniczą w udzielaniu świadczeń medycznych. Wszyscy z wymienionych pracowników udzielają świadczeń w odzieży ochronnej medycznej, posiadają identyfikatory.
- d) Wszystkie stanowiska, na których przebywają pacjenci posiadają możliwość oddzielenia zasłoną od reszty pomieszczenia, co jest realizowane podczas wykonywania czynności medycznych, pielęgnacyjnych – zdjęcie stanowisk zał. 12. Podczas prowadzenia obserwacji (poza zabiegami medycznymi, gdzie pacjenci oddzieleni są całkowicie), pacjenci oddzieleni są od siebie zasłoną w sposób umożliwiający prowadzenie obserwacji/nadzoru przez personel medyczny. Ww. standardy postępowania są zgodne z art. 20 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzecznika Praw Pacjenta (Dz. U z 2016 r. poz. 186 j.t.), cyt.: „Pacjent ma prawo do poszanowania intymności i godności, w szczególności w czasie udzielania mu świadczeń zdrowotnych.”, oraz z art. 22 ust.1 ww. ustawy: „w celu realizacji prawa, o którym mowa w art. 20 ust. 1, osoba wykonująca zawód medyczny ma obowiązek postępować w sposób zapewniający poszanowanie intymności i godności pacjenta.”
- e) Do wszystkich pomieszczeń drzwi zamykane są automatycznie, a wejść można tylko za pomocą kodu elektronicznego lub karty elektronicznej, stąd żadna osoba postronna nie będąca personelem medycznym lub pacjentem nie może znajdować się w pomieszczeniach, w których udzielane są świadczenia medyczne.

IV. Podsumowanie wyników kontroli

Opracowane w Zakładzie narzędzia w postaci procedur oraz ustalenia dokonane podczas kontroli, wskazują na zapewnienie przez Zakład możliwości do wykonywania czynności medycznych w sposób zapewniający prawo do poszanowania intymności i godności pacjenta. **Ustalenia kontroli nie wymagają wydania zaleceń pokontrolnych.**

V. Informacje końcowe


Zgodnie z § 25 ust 6 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu i trybu przeprowadzania kontroli podmiotów leczniczych (Dz.U. z 2015 r., poz. 1331), od wystąpienia pokontrolnego nie przysługują środki odwoławcze.

Wystąpienie pokontrolne sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, z których jeden otrzymuje Kierownik jednostki Bartłomiej Gruszka, drugi pozostaje w podmiocie uprawnionym do kontroli.

Data sporządzenia wystąpienia pokontrolnego Poznań, 14.10. 2015 r

Podpis Prezydenta Miasta Poznania

ZASTĘPCA
PREZYDENTA MIASTA POZNAŃ
Igorzeta Solarski



Załączniki do protokołu pozostają przy egzemplarzu Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych UM.

Załączniki:

- 1 – Upoważnienie nr 1240/2016 z 07.09.2016 r.
- 2 – Upoważnienie nr 11/2016 z 08.09.2016 r.
- 3 – Uchwała nr XVIII/232/VII/2015 Rady Miasta Poznania z dnia 20 października 2015 r.
- 4 – Zarządzenie nr 12/2016 Dyrektora Szpitala z 22 marca 2016 r. – Regulamin Organizacyjny.
- 5 - Procedura nr P – 9 - 00 Przyjęcie Pacjenta do Szpitala.
- 6 – Instrukcja nr I – 28 – 00 Przyjęcie Pacjenta w Oddział.
- 7 – Procedura nr P – 13 – 00 Uzyskanie zgody pacjenta.
- 8 – Wewnętrzny dokument SOR - „Historia choroby”.
- 9 – Instrukcja nr I – 1 – 00 – zabezpieczenie rzeczy wartościowych należących do pacjenta.
- 10 – Szpitalny Oddział Ratunkowy – rzut planu.
- 11 – Wyjaśnienia z dnia 12.09.2016 r.
- 12 – Dokumentacja zdjęciowa obszaru obserwacji SOR w Szpitalu.
- 13 – wykaz procedur i instrukcji obowiązujących w jednostce.

