



Minister Zdrowia

Warszawa, 30. 04. 2019

DNK.094.11.2018.12.WK

Pan
Grzegorz Krycki
p.o. Dyrektora
Szpitala Matki Bożej Nieustającej
w Wołominie
ul. Gdyńska 1/3
05-200 Wołomin

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

Minister Zdrowia, na podstawie art. 119 ust. 1 pkt 2 ustawy o działalności leczniczej¹, zlecił Konsultantowi Krajowemu w dziedzinie medycyny ratunkowej przeprowadzenie kontroli.

Jednostka Kontrolowana: Szpital Matki Bożej Nieustającej Pomocy w Wołominie, ul. Gdyńska 1/3, 05-200 Wołomin, zwany dalej „Szpitalem”.

Kontrole przeprowadził:

- Pan prof. dr hab. Jerzy Robert Ładny – Konsultant Krajowy w dziedzinie medycyny ratunkowej, działający z upoważnienia nr 228/2018 z dnia 18 lipca 2018 r. oraz nr 442/2018 z dnia 15 listopada 2018 r.

Zakres kontroli: ocena prawidłowości całości postępowania personelu medycznego

¹ Art. 119 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 2190, z póź. zm.) stanowi, iż minister właściwy do spraw zdrowia może zlecić konsultantowi krajowemu przeprowadzenie kontroli, określonej w art. 118 ustawy.

niepodlega



- oraz prawidłowości procesu diagnostyczno-terapeutycznego zastosowanego wobec pacjenta W.K.

Okres objęty kontrolą: 2017 r.

Czynności kontrolne przeprowadzono w jednostce w dniu 4 września 2018 r.

Ustalenia.

Kontroli dokonano przy udziale Kierownika/Przedstawiciela Szpitala:

- dr n. med. S.J., Z-ca Dyrektora ds. Lecznictwa Szpitala,
- lek. med. Z.O, Kierownika Szpitalnego Oddziału Ratunkowego Szpitala,
- mgr pielęgniarstwa B.S., Pielęgniarki Oddziałowej.

1. Ocena funkcjonowania Szpitalnego Oddziału Ratunkowego Szpitala.

Oceny funkcjonowania Szpitalnego Oddziału Ratunkowego Szpitala zwanego dalej „SOR” lub „Oddziałem”, pod kątem zgodności z ustawą z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. z 2017 r. poz. 2195) oraz rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 3 listopada 2011 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz. U. z 2018 r. poz. 979 z późn. zm.), okres objęty kontrolą: od 1 stycznia 2017 r. do dnia rozpoczęcia kontroli.

Stan zatrudnienia i kwalifikacje personelu SOR Szpitala:

- kierownik SOR, lek. Z.O., specjalista chirurg, w trakcie specjalizacji z medycyny ratunkowej,
- 21 lekarzy,
- 21 pielęgniarzek,
- 10 ratowników medycznych.

Oddział posiada akredytację do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie medycyny ratunkowej.

Organizacja pracy w SOR Szpitala – Oddział powstał kilkunastu lat temu, zgodnie z wymogami formalno-prawnymi obowiązującymi wówczas w Polsce. Zlokalizowany jest na wystarczającej powierzchni. Posiada wszystkie obszary funkcjonalne przewidziane w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego. Posiada odpowiednią liczbę łóżek w obszarze obserwacyjnym, 2 łóżka intensywne oraz 4 łóżka do diagnostyki i leczenia nowo przyjmowanych chorych. Dysponuje pełnym zapleczem diagnostycznym, zlokalizowany jest w Szpitalu wieloprofilowym. Na parterze znajduje się zadaszony podjazd dla ambulansów, w Oddziale znajduje się instalacja

rozprowadzenia gazów medycznych z centralnego źródła. Średni ruch chorych to około 100 osób załatwianych w ciągu doby, z największym nasileniem spływu pacjentów w godzinach popołudniowych. Posiada bezkolizyjne trakty komunikacyjne oraz odpowiednią liczbę wind. Oddział utrzymywany jest w czystości przez firmę zewnętrzną.

Regulaminy i zarządzenia obowiązujące w Oddziale – zgodne z obowiązującymi wymogami formalno-prawnymi.

Warunki hospitalizacji – satysfakcjonujące, zapewniające komfort pobytu chorych z poszanowaniem intymności i zgodne z wymogami RODO.

Dokumentacja medyczna (historie chorób wszystkich pacjentów aktualnie przebywających w Oddziale, indywidualne karty zleceń, karty obserwacji pielęgniarских, raporty pielęgniarские) – prowadzona zgodnie z obowiązującymi przepisami. Dokumentacja prowadzona na bieżąco, zlecenia leków wpisywane odręcznie, historie chorób prowadzone z użyciem techniki komputerowej. Każdy przyjmowany pacjent ma zakładaną historię choroby.

Bezpośrednie rozmowy z pacjentami na temat przebiegu, warunków hospitalizacji i przestrzegania ich praw wykazały satysfakcję leczonych i diagnozowanych chorych i wysoką ocenę jakości wykonywanych świadczeń medycznych.

Oddział posiada akredytację na prowadzenie szkolenia specjalizacyjnego dla lekarzy specjalizujących się w dziedzinie medycyny ratunkowej. W jesiennej sesji egzaminacyjnej nie przystąpi do Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego żaden z lekarzy zatrudnionych w SOR.

SOR funkcjonuje jak wspomniano powyżej w Szpitalu wieloprofilowym. W Szpitalu nie ma Oddziału Kardiologii Interwencyjnej – w Oddziale Chorób Wewnętrznych zatrudniony jest kardiolog. Szpital ma bardzo dobre wyniki w leczeniu świeżych udarów mózgu w oparciu o dobrze funkcjonujący Oddział Neurologii z Pododdziałem Udarowym. Przestrzegane są tzw. Dobre Praktyki opracowane przez Konsultantów Krajowych w dziedzinie neurologii i medycyny ratunkowej. Osiągnięto bardzo dobry czas od wystąpienia udaru do rozpoczęcia do rozpoczęcia leczenia trombolitycznego. Szpital dysponuje Stacją Dializ.

Powyższych ustaleń dokonano na podstawie przedstawionych do wglądu: historii chorób pacjentów przebywających na dzień czynności kontrolnych w SOR Szpitala, karty zleceń lekarskich, karty obserwacji pielęgniarских, raporty pielęgniarские, wykaz pracowników Oddziału, karta praw pacjenta i obowiązków pacjenta Oddziału,

regulaminu i harmonogramu odwiedzin, regulaminu SOR Szpitala.

2. Ocena prawidłowości całości postępowania personelu medycznego oraz prawidłowości procesu diagnostyczno-terapeutycznego zastosowanego wobec pacjenta W.K.

Ze względu na prowadzone śledztwo przez Prokuraturę Rejonową w Wołominie pod sygnaturą PR 1 Ds. 1101.2017, Szpital na dzień prowadzenia czynności kontrolnych, tj. 4 września 2018 r., nie dysponował żadną dokumentacją wewnętrzną ani zapisami z monitoringu dotyczącymi pobytu w SOR pacjenta W.K., jego diagnostyki i leczenia w dniu 26 września 2017 r. (znajduje się w Prokuraturze). Lekarz K.H. była nieobecna w czasie kontroli. Szpital nie dysponuje żadnym jej wyjaśnieniem dotyczącym zaistniałego zdarzenia. Dostępna dokumentacja zewnętrzna wytworzona przez Szpital nie budzi zastrzeżeń Kontrolującego.

Departament Nadzoru, Kontroli i Skarg Ministerstwa Zdrowia² zwrócił się do Prokuratury Okręgowej Warszawa-Praga w Warszawie o przekazanie kopii zabezpieczonej dokumentacji medycznej dotyczącej pobytu pacjenta W. K. w Szpitalu. Powyższa Prokuratura przekazała³ kopie ww. dokumentacji medycznej do Ministerstwa Zdrowia, która następnie została przekazana⁴ do Konsultanta Krajowego w dziedzinie medycyny ratunkowej, celem zrealizowania zleconej przez Ministra Zdrowia kontroli w zakresie oceny prawidłowości całości postępowania personelu medycznego oraz prawidłowości procesu diagnostyczno-terapeutycznego zastosowanego wobec pacjenta W.K.

Z poczynionych w powyższej sprawie ustaleń przez Konsultanta Krajowego w dziedzinie medycyny ratunkowej wynikało, co następuje.

Opis zdarzenia znajduje się w przekazanym za pośrednictwem Departamentu Nadzoru, Kontroli i Skarg Ministerstwa Zdrowia⁵ piśmie żony zmarłego pacjenta W.K., Pani M.K., z dnia 23 marca 2018 r., w którym to piśmie żona pokrzywdzonego W.K. opisuje przebieg zdarzeń w przedziale czasowym od krótkiego okresu przed północą w dniu 25 września 2017 r. do godz. 02:10 w dniu 26 września 2017 r. Jak wynika z tego pisma

² Pismem z dnia 18.10.2018 r. o znaku DNK.094.11.2018.6.WK – obecnie Departament Nadzoru i Kontroli Ministerstwa Zdrowia.

³ Pismem z dnia 31.10.2018 r. sygn. akt PO I Ds. 226.2017. (data wpływu do Ministerstwa Zdrowia – 07.11.2018 r.).

⁴ Pismem z dnia 15.11.2018 r. o znaku DNK.094.11.2018.7.WK.

⁵ Pismem z dnia 26.03.2018 r. o znaku DNK.094.11.2018.2.WK – obecnie Departament Nadzoru i Kontroli Ministerstwa Zdrowia.

pacjent W.K. w dniu 25 września 2017 r. przed godziną 00:00 przebudził się z powodu bardzo silnego bólu w klatce piersiowej, z towarzyszącymi dodatkowymi objawami w postaci bólu gardła, uczucia zimna i bólu głowy. Do pokrzywdzonego została wezwana karetka pogotowia, która przyjechała na miejsce zdarzenia dość szybko. W tym czasie występujące u pokrzywdzonego dolegliwości ustąpiły. Zespół karetki zbadał pokrzywdzonego przedmiotowo oraz wykonał badanie EKG. Badanie to nie potwierdziło świeżego zawału mięśnia sercowego, ale z uwagi na występujące objawy dodatkowe, zespół ratownictwa zdecydował o zabraniu pacjenta W.K. do Szpitala w Wołominie. Jak wynika z Karty Medycznych Czynności Ratunkowych pacjent W.K. został przekazany do SOR Szpitala w dniu 26 września 2017 r. o godzinie 00:07. Dalej opisany jest przebieg leczenia pacjenta W.K. do godziny 02:10, o której stwierdzono jego zgon.

Na podstawie przekazanej przez Prokuraturę kopii dokumentacji medycznej, przy uwzględnieniu informacji przekazanych przez żonę zmarłego pacjenta W.K. odnośnie jego pobytu w SOR Szpitala, należy stwierdzić, co następuje.

W procesie diagnostyczno-leczniczym pacjenta W.K. zostały popełnione nieprawidłowości polegające na błędach w sztuce lekarskiej i niedociągnięciach organizacji pracy Szpitala w kwestii działania Szpitalnego Oddziału Ratunkowego.

Lekarz dyżurny SOR Szpitala – Pani K.H., w sposób nieprawidłowy przeprowadziła badanie podmiotowe – wywiad i badanie przedmiotowe, nie uwzględniając informacji, którymi na temat pacjenta W.K. dysponowała rodzina pokrzywdzonego. Lekarz dyżurny dokonał nieprawdziwego wpisu w dokumentacji, że ból występujący u pacjenta W.K. „nie miał charakteru najsilniejszego w życiu, nie towarzyszyły mu niepokojące objawy, pacjent nie pamięta przyjmowanych leków”. Tymczasem w Karcie Medycznych Czynności Ratunkowych znajduje się informacja, że bólowi towarzyszyły nudności. Lekarz dyżurny badał przedmiotowo pacjenta W.K. (pacjent nie był rozebrany) przez materiał koszulki, którą miał na sobie. Mimo wpisu do dokumentacji medycznej, rodzina zmarłego pacjenta podtrzymuje, że lekarz dyżurny nie badał brzucha pokrzywdzonego. Istnieją także rozbieżności w kwestii czasu pobrania materiału do badań biochemicznych – Karta SOR (brak godziny pobrania materiału do badań mimo wpisu w karcie SOR, że krew pobrano o godz. 00:30). Krew przyjęto do badania w laboratorium o godz. 00:45, wyniki otrzymano o godz. 01:06, czyli po godzinie od przekazania pacjenta W.K. do SOR Szpitala przez zespół ratownictwa medycznego. Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego, winien on dysponować analizatorem parametrów krytycznych, za pomocą którego można oznaczać kluczowe

parametry biochemiczne pacjenta w ciągu kilku minut w trybie POCT. Kontrolne badanie EKG wykonano o godzinie 00:47. Wykazało ono Rytm Zatokowy Miarowy – RZM 65/min normogram, bez cech niedokrwienia. Po wykonaniu badania EKG pacjent W.K. skierowany został na badanie RTG klatki piersiowej. Mimo, iż Pan W.K. był jedynym w tamtym czasie pacjentem obszaru internistycznego SOR Szpitala, to rodzina woziła go wózkami na badanie, poszukiwała technika RTG i dostarczyła lekarzowi dyżurnemu zdjęcie RTG, którego nie potrafił zinterpretować. W tym czasie od momentu przyjęcia na SOR Szpitala, wykonania badań, stan pacjenta W.K. sukcesywnie pogarszał się. Nie był w stanie samodzielnie zejść z wózka i położyć się na łóżku. Lekarz dyżurny dokonał wpisu: „pacjent przez cały czas pozostawał w stanie dobrym. Powrócił z RTG o własnych siłach, położył się na łóżku...”. Żona pacjenta W.K. została wyproszona na korytarz, pacjent miał podłączoną kroplówkę z lekiem przeciwbólowym. Po niezbyt długim czasie żona pacjenta W.K. została poproszona do gabinetu lekarza dyżurnego, który poinformował ją o zgonie pacjenta W.K. Żona zmarłego pacjenta W.K. zauważyła w swoim piśmie, że wskutek bagatelizowania przez personel SOR Szpitala stale i widocznie pogarszającego się stanu zdrowia jej męża doszło do zaniedbania, które przyczyniło się do jego zgonu w trakcie ok. 2-godzinnego pobytu w SOR Szpitala.

Innym istotnym zaniedbaniem stwierdzonym w dokumentacji medycznej pacjenta W.K. jest brak zgody pacjenta na leczenie. Brak powyższej zgody delegalizuje w świetle obowiązującego prawa wszelkie zabiegi diagnostyczno-lecznicze.

Ponadto w Karcie Indywidualnych zleceń lekarskich SOR brakuje podpisu pielęgniarki i istnieje duże prawdopodobieństwo dopisania na druku „Radiometer” odręcznie informacji 12/1. Nie wypełniono Karty Indywidualnej Opieki Pielęgniarskiej w SOR. Również Karta TRIAGE nie została należycie wypełniona i nie była podpisana. Pacjent W.K. został źle strażowany i nie otrzymał należnego mu kodu pilności postępowania leczniczego.

Skarżąc się na postępowanie diagnostyczno-lecznicze personelu SOR Szpitala wskazuje na szereg nieprawidłowości, z którymi nie sposób się nie zgodzić. Do błędów i zaniedbań lekarza dyżurnego i pielęgniarki zaliczyć można:

- 1) zbyt pobieżne badanie podmiotowe i przedmiotowe pacjenta W.K., brak zgody na leczenie, lekceważenie objawów, błędną ocenę stanu ogólnego, brak wykonania badań przy pomocy analizatora do badań w trybie point of care tests (POCT). Niejednoznaczny wynik badania EKG powinien być wskazaniem do konsultacji kardiologicznej i wykonania badania ECHO serca, brak umiejętności interpretacji

badania rtg klatki piersiowej – jak wykazała sekcja pacjent W.K. zmarł z powodu masywnego obrzęku płuc.

- 2) niewłaściwe wypełnianie dokumentacji medycznej, brak wpisów w karcie TRIAGE, brak podpisów na karcie zleceń i obserwacji,
- 3) stracono około 27 minut pomiędzy wykonaniem EKG a nagłym zatrzymaniem krążenia u pacjenta W.K.

Istotna dla sprawy jest interwencja (konsultacja) anestezjologiczna. Zawiera ona informację, że pacjent W.K. został przywieziony przez zespół ratownictwa medycznego z powodu bólów w klatce piersiowej, któremu towarzyszyły wymioty (słowo wymioty skreślono), nudności. Pacjent wybudzony ze snu z powodu bólu. Z relacji rodziny chorował na nadciśnienie tętnicze. W chwili przybycia anestezjologa pacjent nieprzytomny, GCS=3 (w trakcie interwencji pogotowia GCS=15), zaintubowany, wentylowany mechanicznie 100% O₂, w trakcie czynności resuscytacyjnych. Na kardiomonitorze VT (migotanie komór), brak tętna na tętnicach biodrowych oraz szyjnych. Źrenice szerokie, nie reagujące na światło. Kontynuowano resuscytację wg wytycznych ERC 2015, wdrożono agresywne wyrównywanie hipokaliemii (K+ 2,88). Uzyskano dostęp do żyły szyjnej zewnętrznej lewej oraz zacewnikowano pacjenta. Po ok. 40 minutach zmiana rytmu VF na asystolię. Wdrożono postępowanie dla asystolii według wytycznych ERC 2015. Brak efektu na wdrożone leczenie. O 02:10 stwierdzono zgon pacjenta W.K.

Taki pacjent, w opinii kontrolującego, jest przykładem jak ważnym jest doświadczenie i umiejętności w medycynie (należy pacjenta rzetelnie zbadać, nie bagatelizować objawów i wiedzy, którą często pozyskiwać trzeba właśnie od rodziny czy świadków zdarzenia). Analiza tego przypadku wskazuje, że pacjent W.K. był typowym kandydatem do nagłej śmierci sercowej. Kiedy w EKG nie ma ewidentnych zmian, a pacjent ma bóle w klatce piersiowej tak silne jak nigdy dotąd w życiu – to tylko krok od niewydolności lewej komory serca, migotania komór, obrzęku płuc i nagłej śmierci sercowej. Nie bez znaczenia było także niskie stężenie potasu. To istotny parametr, który powinien być wychwycony w ciągu kilku minut przez analizator parametrów krytycznych. Fakt, że w momencie interwencji anestezjologa pacjent W.K. miał „Źrenice szerokie, nie reagujące na światło” wskazywać może, że zbyt późno zareagowano na nagłe zatrzymanie krążenia, że być może zbyt późno podjęto czynności resuscytacyjne. Do przebiegu resuscytacji prowadzonej przez anestezjologa kontrolujący nie wnosi zastrzeżeń.

Akta kontroli str. 1 – 328.

Biorąc pod uwagę ww. oceny, uwagi i wnioski, na podstawie § 25 ust. 4 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), zalecam Panu Dyrektorowi:

- 1) wzmożenie nadzoru nad personelem medycznym udzielającym świadczeń zdrowotnych w SOR, w szczególności:
 - właściwie przeprowadzanie TRIAGE i przypisywanie należnych kodów pilności postępowania leczniczego,
 - rzetelne wykonywanie badania podmiotowego i przedmiotowego pacjentów,
 - uwzględnianie informacji przekazywanych przez rodzinę pacjenta,
 - uzyskiwanie zgody pacjenta na leczenie,
 - przeszkolenie personelu, w szczególności lekarskiego w zakresie interpretacji badania rtg klatki piersiowej;
- 2) w przypadku niejednoznacznego wyniku badania EKG zapewnienie możliwości zlecenia konsultacji kardiologicznej i wykonania badania ECHO serca;
- 3) bezwzględne zapewnienie możliwości wykonanie badań przy pomocy analizatora do badań w trybie point of care tests, za pomocą którego można oznaczać kluczowe parametry biochemiczne pacjenta w ciągu kilku minut w trybie POCT, co pozwoli na wyeliminowanie sytuacji, gdzie pacjent zbyt długo oczekuje na wyniki badań, co miało miejsce w przypadku pacjenta W.K.;
- 4) prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, w szczególności w zakresie:
 - odnotowywania w niej wszystkich informacji dotyczących udzielonego pacjentowi świadczenia, zlecony badań i ich wyników,
 - dokonywanie wpisów w dokumentacji medycznej odzwierciedlających faktyczny stan zdrowia pacjenta,
 - przy dokonywaniu wpisów z obserwacji oraz dokonywaniu zleceń bezwzględne przestrzeganie przez personel medyczny ich autoryzowania,
 - dokonywania rzetelnych wpisów w karcie TRIAGE,
 - prowadzenie Karty Indywidualnej Opieki Pielęgniarskiej w SOR.

Przedstawiając powyższe zalecenie, oczekuję od Pana Dyrektora, **w terminie 30 dni od daty otrzymania niniejszego wystąpienia pokontrolnego**, informacji o sposobie

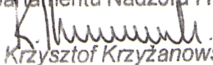
wykonania zaleceń, wykorzystaniu wniosków, a także o podjętych działaniach w celu ich realizacji lub przyczynach ich niepodjęcia.

Ponadto informuję Pana Dyrektora, iż stosowanie do § 25 ust. 6 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie sposobu i trybu przeprowadzania kontroli podmiotów leczniczych, od wystąpienia pokontrolnego nie przysługują środki odwoławcze.

30. 04. 2019

Warszawa,

Z upoważnienia Ministra Zdrowia

DYREKTOR
Departamentu Nadzoru i Kontroli

Krzysztof Krzyżanowski