



WOJEWODA MAZOWIECKI

Warszawa, 4.07. 2018 r.

WZ-VI.9612.1.11.2018

**Pani
Kamila Balla
PAŁAC SENIORA Spółka z ograniczoną
odpowiedzialnością
Spółka komandytowa
ul. Krasińskiego 7
05-070 Sulejówek**

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 2018 r. poz. 160, z późn. zm.) przeprowadzona została kontrola doraźna w Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym Pałac dla Seniora (dalej ZPO) i Gabinetie Lekarskim Pałac dla Seniora, mieszczących się przy ul. Krasińskiego 7 w Sulejówku.

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 12 kwietnia 2018 r., przekazuję Pani niniejsze wystąpienie pokontrolne.

W trakcie kontroli stwierdzono, że w ZPO udzielane były świadczenia zdrowotne obejmujące swoim zakresem pielęgnację rehabilitację, opiekę oraz zapewnienie wyżywienia odpowiedniego do stanu zdrowia pacjenta. Świadczenia medyczne realizowane były na podstawie umów podpisywanych z pacjentami. Warunki bytowe pacjentów

były dobre, a pomieszczenia kontrolowanej placówki utrzymane były w porządku i czystości – ich stan sanitarno-higieniczny w dniach prowadzenia kontroli nie budził zastrzeżeń. Dla potrzeb ZPO 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 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 2017 r. poz. 1318, z późn. zm.).

W dniach prowadzenia kontroli w ZPO przebywało 30 pacjentów – 23 kobiety i 7 mężczyzn. Pacjentami kontrolowanej placówki były głównie osoby, u których zdiagnozowano choroby wieku starczego – chorobę Alzheimera, chorobę Parkinsona, zespół otępienny, zaburzenia pamięci, niedosłuch, stan depresyjny, spowolnienie ruchowe, jak również choroby układu krążenia, chorobę zwyrodnieniową stawów, reumatoidalne zapalenie stawów, kamicę nerkową, rozedmę płuc i cukrzycę. Ponadto w ZPO przebywał pacjent z dziecięcym porażeniem mózgowym, osoba z chorobą dwubiegunową z objawami psychiatrycznymi i pacjent z chorobą nowotworową. Grupę chorych stanowiły osoby po złamaniu szyjki kości udowej i po przebytym udarze mózgu, wymagające stałej pielęgnacji i usprawniania. Podawania insuliny wymagał 1 pacjent. Samodzielnie funkcjonowało 11 pacjentów. Okresowej pomocy kadry medycznej wymagało 14 chorych poruszających się przy pomocy sprzętu rehabilitacyjnego, a stałej opieki i kompleksowej pielęgnacji potrzebowało 5 pacjentów leżących. Z uwagi na specyfikę schorzeń pacjenci przebywający w zakładzie leczniczym wymagali stałej rehabilitacji, usprawniania jak również okresowej pomocy psychologicznej.

Pacjenci przebywający w placówce mieli zabezpieczony dostęp do opieki lekarskiej, jak również do usług pielęgniarских i rehabilitacyjnych. Świadczenia zdrowotne realizowane były przez 4 lekarzy, z których jeden posiadał tytuł specjalisty w dziedzinie neurologii, jeden – specjalisty medycyny rodzinnej, jeden – specjalisty chorób wewnętrznych i jeden

– specjaliści w dziedzinie psychiatrii. Świadczenia lekarskie realizowane były w placówce w określonych dniach i godzinach. Dodatkowo podopieczni mieli również możliwość korzystania ze świadczeń specjalisty medycyny rodzinnej na podstawie deklaracji złożonych do lekarza POZ. Opiekę nad pacjentami sprawowało również 11 pielęgniarek, 1 położna i 1 ratownik medyczny w ramach dyżurów całodobowych lub 12-godzinnych dyżurów dziennych i nocnych. Dwie pielęgniarki posiadały tytuł magistra, jedna – pielęgniarstwa i jedna – pedagogiki. Trzy pielęgniarki posiadały tytuł licencjata pielęgniarstwa. Cztery pielęgniarki były specjalistkami, dwie w zakresie pielęgniarstwa chirurgicznego, jedna – pielęgniarstwa zachowawczego i jedna w zakresie pielęgniarstwa epidemiologicznego. Jedna pielęgniarka ukończyła kurs kwalifikacyjny w zakresie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej terapii, jedna – pielęgniarstwa psychiatrycznego, jedna – pielęgniarstwa neurologicznego, jedna – opieki paliatywnej i jedna – pielęgniarstwa opieki długoterminowej. Ponadto pielęgniarki odbyły kursy specjalistyczne w następujących zakresach: resuscytacji krążeniowo-oddechowej – 3, wykonywania i interpretacji zapisu elektrokardiograficznego – 2, leczenia ran – 2, wykonywania i interpretacji zapisu elektrokardiograficznego – 2, szczepień ochronnych – 1, badań fizykalnych – 1, opieki pielęgniarskiej nad chorymi dorosłymi w leczeniu systemowym nowotworów i badania spirometrycznego – 1 oraz żywienia enteralnego i parenteralnego – 1. Położna posiadała tytuł licencjata położnictwa i ukończyła kurs specjalistyczny w zakresie pielęgniarstwa rodzinnego dla położnych. Każdorazowo dyżur dzienny, dyżur nocny lub dyżur całodobowy zabezpieczony był przez jedną pielęgniarkę, położną lub ratownika medycznego.

Świadczenia rehabilitacyjne realizowane były przez 2 rehabilitantów i terapeutę zajęciowego – w zależności od stanu pacjentów – na sali rehabilitacyjnej bądź przy łóżku pacjenta.

Wyżywienie pacjentów uwzględniało dietę podstawową i cukrzycową, a okazany jadłospis sporządzony był przez dietetyka firmy cateringowej na okres 7 dni.

W ZPO prowadzone były działania w zakresie promocji zdrowia, ze szczególnym uwzględnieniem prawidłowego żywienia, zdrowego stylu życia oraz przygotowania pacjenta do samoopieki i samopielęgnacji w warunkach domowych.

W dokumentacji podmiotu leczniczego zgromadzono dokumenty potwierdzające prawo wykonywania zawodu aktualnie zatrudnionych lekarzy, pielęgniarek i położnej. Podmiot dysponował dokumentacją potwierdzającą sprawność techniczną aparatury i sprzętu

medycznego wykorzystywanego przy udzielaniu świadczeń medycznych, 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 2017 r. poz. 211, z późn. zm.). Dokumentacja medyczna przechowywana była zgodnie z zasadami ustalonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (dalej rozporządzenie w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej – Dz. U. z 2015 r. poz. 2069).

W wyniku kontroli stwierdzono następujące nieprawidłowości:

1. Niezapewnienie pacjentom ZPO całodobowej opieki pielęgniarskiej. W marcu br., sześciokrotnie, opiekę nad pacjentami placówki sprawował samodzielnie ratownik medyczny, co jest niezgodne z definicją zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego określoną w art. 9 ust. 1 pkt. 2 ustawy o działalności leczniczej. Wobec powyższego oraz mając na uwadze charakter udzielanych w placówce świadczeń zdrowotnych oraz specyfikę zawodów pielęgniarki i ratownika medycznego, należy podkreślić, że zabezpieczanie opieki medycznej w ZPO wyłącznie przez ratownika medycznego jest niewystarczające. W dniu podpisania protokołu przyjęto wyjaśnienie Pani Kamili Balla – Prezesa Zarządu Komplementariusza Pałac Seniora Sp. z o.o. dotyczące zabezpieczenia opieki pacjentom ZPO wyłącznie przez personel pielęgniarski.

W związku z powyższym odstąpiono od sformułowania zalecenia pokontrolnego.

2. Niewyposażenie placówki w łóżka w liczbie zgodnej z danymi zgłoszonymi do rejestru. Placówka dysponowała 49 łóżkami, a zgodnie z danymi zgłoszonymi do rejestru liczba łóżek powinna wynosić – 150.

W związku z małą liczbą pacjentów w placówce, brakiem pacjentów oczekujących na przyjęcie do ZPO oraz okazaniem umowy potwierdzającej zakup i dostawę łóżek do kontrolowanej placówki odstąpiono od sformułowania zalecenia pokontrolnego.

3. Niespełnienie wymogów określonych w przepisach rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 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 2012 r. poz. 739) przez wszystkie węzły sanitarne bezpośrednio połączone

z pokojami łóżkowymi dla pacjentów, w których nie zainstalowano pojemników z ręcznikami jednorazowego użycia, co jest niezgodne z § 24 ust. 1 ww. rozporządzenia.

4. Nieprawidłowe prowadzenie indywidualnej dokumentacji medycznej. Sprawdzono dokumentację 35 pacjentów, stwierdzając:

a) we wszystkich przypadkach – brak karty indywidualnej opieki pielęgniarskiej, karty obserwacji i karty gorączkowej oraz w 5 przypadkach – brak karty informacyjnej z pobytu pacjenta w ZPO, sporządzonej przy wypisaniu pacjenta z placówki, co jest niezgodne z § 15 ust. 1 pkt 1, 3, 4 i 9 rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej,

b) w 34 przypadkach – brak oświadczenia 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, oświadczenia pacjenta o upoważnieniu do uzyskiwania dokumentacji, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej oraz adnotacji o niezłożeniu przez pacjenta ww. oświadczeń, co stanowi naruszenie § 8 ust. 1 pkt 1 i 2 i ust. 3 ww. rozporządzenia,

c) w Historii choroby, w części dotyczącej przyjęcia pacjenta do ZPO brak danych/informacji ustalonych w § 16 ust. 1 pkt 4, 5, 6 i 7 rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej:

- w 22 przypadkach – godziny i minuty przyjęcia pacjenta w systemie 24-godzinnym,
- w 6 przypadkach – istotnych danych z wywiadu lekarskiego i badania przedmiotowego przy przyjęciu pacjenta do ZPO,
- w 5 przypadkach – rozpoznania wstępnego ustalonego przez lekarza przyjmującego oraz oznaczenia lekarza przyjmującego,

d) w Historii choroby, w części dotyczącej wypisania pacjenta z ZPO we wszystkich przypadkach brak danych/informacji ustalonych w § 20 pkt 1, 2, 3 i 4 ww. rozporządzenia:

- rozpoznania klinicznego składającego się z określenia choroby zasadniczej, chorób współistniejących i powikłań,
- numerów statystycznych chorób zasadniczych i współistniejących określonych zgodnie z klasyfikacją ICD-9,
- opisu zastosowanego leczenia,

- epikryzy,
- e) w Historii choroby, w części dotyczącej wypisania pacjenta z ZPO w przypadku zgonu pacjenta w 1 przypadku brak daty i godziny zgonu pacjenta oraz opisu słownego stanów chorobowych prowadzących do zgonu wraz z odstępami czasu pomiędzy ich wystąpieniem, co jest niezgodne z § 21 pkt 1 i 2 rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej.
5. Nieprawidłowe prowadzenie zbiorczej dokumentacji medycznej:
- a) *Księga główna przyjęć i wypisów* nie zawierała danych/informacji ustalonych w § 27 pkt 3, 6, 7, 14 i 16 rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej:
- godziny przyjęcia pacjenta,
 - rozpoznania wstępnego,
 - rozpoznania przy wypisie,
 - numerów statystycznych przyczyny zgonu, określonych zgodnie z klasyfikacją ICD-10,
 - oznaczenia lekarza wypisującego,
- b) *Księga zabiegów* nie zawierała: numeru kolejnego pacjenta w księdze, numeru PESEL pacjenta, oznaczenia lekarza zlecającego zabieg, co jest niezgodne z § 32 pkt 2, 4 i 5 ww. rozporządzenia,
- c) *Księga raportów pielęgniarskich* nie zawierała numeru kolejnego wpisu co jest niezgodne z § 31 pkt 2 rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej.

Przedstawiając powyższe ustalenia, zobowiązuję Panią do podjęcia działań w celu wyeliminowanie stwierdzonych w trakcie kontroli nieprawidłowości, a w szczególności do:

1. Dostosowania pomieszczeń placówki do wymagań ustalonych w rozporządzeniu w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą, w zakresie niezgodności wskazanych w punkcie 3. wystąpienia.
2. Prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie z normami ustalonymi w rozporządzeniu w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej, w szczególności dokumentacja indywidualna pacjentów powinna zawierać dane wymienione w punkcie 4. wystąpienia, zaś dokumentacja zbiorcza – informacje wskazane w punkcie 5.

Zalecenie określone w punkcie 1. należy zrealizować w terminie 30 dni od daty otrzymania wystąpienia.

Zalecenie określone w punkcie 2. należy zrealizować w terminie 14 dni od daty otrzymania wystąpienia.

Jednocześnie zobowiązuję Panią do poinformowania Wojewody Mazowieckiego z powołaniem znaku pisma WZ-VI.9612.1.11.2018, o sposobie realizacji zaleceń pokontrolnych.

z up. WOJEWODY MAZOWIECKIEGO

Jarosław Chmielewski
Dyrektor Wydziału Zdrowia

