



WOJEWODA MAZOWIECKI

Warszawa, 9.08. 2018 r.

WZ-VI.9612.1.80.2018

**Pan
Paweł Żuk
Centrum Medyczno-Diagnostyczne
Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością
ul. Nikłowa 9
08-110 Siedlce**

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 problemowa w komórce organizacyjnej 503 – Zakład Opiekuńczo-Leczniczy w Krynicy (dalej ZOL) Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej „CENTRUM” Zakład Opiekuńczo Leczniczy, mieszczącej się w Krynicy 1C.

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 6 czerwca 2018 r., przekazuję Panu niniejsze wystąpienie pokontrolne.

W trakcie kontroli stwierdzono, że w ZOL udzielane były całodobowe świadczenia zdrowotne obejmujące swoim zakresem opiekę pielęgniarską, rehabilitację i zapewnienie żywienia odpowiedniego do stanu zdrowia pacjenta, zgodnie z art. 9 ust. 1 pkt 1 ustawy o działalności leczniczej. Świadczenia medyczne realizowane były ze środków publicznych

na podstawie umowy zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia o udzielanie świadczeń opiekuńczo-leczniczych oraz na podstawie umów podpisywanych z pacjentami. Pomieszczenia ZOL 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 były w porządku i czystości – ich stan sanitarno-higieniczny w dniach prowadzenia kontroli nie budził zastrzeżeń. Dla potrzeb ZOL 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 ZOL przebywało 50 pacjentów – 33 kobiety i 17 mężczyzn. Pacjentami kontrolowanej placówki były osoby, u których zdiagnozowano: stan po udarze mózgu, niedowład połowiczny, uszkodzenie mózgu – stan wegetatywny, stwardnienie boczne zanikowe, choroby układu krążenia, niewydolność nerek, porażenie czterokończynowe wiotkie, padaczkę poudarową, cukrzycę, dysfagię (zaburzenia połykania), zespół otępienny, schizofrenię, zaburzenia psychiczne, chorobę Alzheimera, chorobę Parkinsona, głuchoniemotę, chorobę zwyrodnieniową stawów i kręgosłupa, stan po złamaniu kości, chorobę wrzodową żołądka i dwunastnicy, otyłość, zaćmę obuoczną, jaskrę ze ślepotą obuoczną, osteoporozę, zakrzepicę żył kończyn. W ZOL przebywało 6 pacjentów wentylowanych mechanicznie za pomocą respiratora, 5 pacjentów wymagających podawania insuliny, 5 pacjentów z założonym cewnikiem, 4 pacjentów z owrzodzeniami odleżynowymi, 12 pacjentów karmionych przez endoskopową przezskórną gastrostomię (PEG). Samodzielnie funkcjonowało 10 pacjentów. Okresowej pomocy personelu wymagało 15 pacjentów

poruszających się przy pomocy sprzętu rehabilitacyjnego, a stałej opieki i kompleksowej pielęgnacji wymagało 25 pacjentów leżących. Z uwagi na specyfikę schorzeń pacjenci przebywający w ZOL wymagali stałej rehabilitacji, usprawniania jak również okresowej pomocy psychologicznej.

Pacjenci kontrolowanej placówki mieli zabezpieczony dostęp do całodobowej opieki lekarskiej, jak również do usług pielęgniarskich i rehabilitacyjnych. Świadczenia lekarskie udzielane były przez 3 lekarzy, z których jeden był specjalistą w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, jeden – medycyny rodzinnej i jednocześnie specjalistą w dziedzinie geriatrii i jeden – w dziedzinie psychiatrii. Każdorazowo, w dni powszednie, dyżur dzienny w godzinach 7⁰⁰ – 19⁰⁰ lekarz pełnił w placówce, natomiast dyżur nocny od 19⁰⁰ do 7⁰⁰ oraz dyżury świąteczne pełnione były przez lekarza pod telefonem, który pozostawał do dyspozycji na każde wezwanie pielęgniarki. Opiekę nad pacjentami sprawowało 21 pielęgniarek w ramach 12 godzinnych dyżurów dziennych i nocnych oraz 2 pielęgniarki w ramach dyżurów rannych (7⁰⁰ – 14³⁵). Pięć pielęgniarek posiadało tytuł magistra pielęgniarstwa, 14 – tytuł licencjata pielęgniarstwa. Trzy pielęgniarki były specjalistkami w zakresie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki. Trzydzieści pielęgniarek ukończyło kurs kwalifikacyjny w zakresie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, 11 – pielęgniarstwa rodzinnego, 2 – opieki długoterminowej, 2 – pielęgniarstwa zachowawczego, 1 – pielęgniarstwa internistycznego, 1 – pielęgniarstwa nefrologicznego z dializoterapią, 1 – pielęgniarstwa neurologicznego, 1 – pielęgniarstwa chirurgicznego, 1 – pielęgniarstwa onkologicznego i 1 – pielęgniarstwa środowiska nauczania i wychowania. Ponadto pielęgniarki odbyły kursy specjalistyczne w następującym zakresie: resuscytacji krążeniowo-oddechowej – 14, wykonywania i interpretacji zapisu elektrokardiograficznego – 14, leczenia ran – 7, szczepień ochronnych – 5, kompleksowej pielęgniarskiej opieki nad pacjentem z najczęstszymi schorzeniami wieku podeszłego – 5, pielęgnowania pacjenta dorosłego wentylowanego mechanicznie – 3, terapii bólu ostrego u dorosłych – 2, edukatora w cukrzycy – 1, żywienia dojelitowego i pozajelitowego – 1, wywiadu i badania fizykalnego – 1 i podstaw opieki paliatywnej – 1. Kurs dokształcający w zakresie bezpieczeństwa danych medycznych ukończyła 1 pielęgniarka oraz w zakresie udzielania pierwszej pomocy przedlekarskiej – 1. Każdorazowo dyżur dzienny w godzinach 7⁰⁰ – 19⁰⁰ pełniły 3 pielęgniarki, natomiast dyżur nocny w godzinach 19⁰⁰ – 7 każdorazowo zabezpieczały 2 pielęgniarki.

Ponadto 2 pielęgniarki pracowały w godzinach rannych od 7⁰⁰ do 14³⁵ – Pielęgniarka oddziałowa od poniedziałku do piątku i jedna pielęgniarka w poszczególne dni tygodnia.

W dokumentacji podmiotu leczniczego zgromadzono dokumenty potwierdzające prawo wykonywania zawodu aktualnie zatrudnionych lekarzy i kadry pielęgniarskiej.

Świadczenia rehabilitacyjne realizowane były przez 3 magistrów fizjoterapii, terapeutę zajęciowego, psychologa i logopedę, w zależności od stanu pacjentów – na sali rehabilitacyjnej bądź przy łóżku pacjenta.

Wyżywienie pacjentów uwzględniało dietę normalną i cukrzycową, a okazany jadłospis sporządzany był na okres siedmiu dni przez intendentkę, zgodnie z wytycznymi dietetyka zatrudnionego w podmiocie leczniczym.

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

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. Niezgłoszenie zmiany danych do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, dotyczącej liczby łóżek. Placówka dysponowała 70 łóżkami, a zgodnie z danymi zgłoszonymi do rejestru liczba łóżek powinna wynosić – 76. Takie działanie stanowi naruszenie art. 107 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej, zgodnie z którym wymienione dane podmiot leczniczy zobowiązany był zgłosić do organu rejestrowego w terminie 14 dni od daty powstania zmiany.

Jak ustalono na podstawie treści księgi rejestrowej podmiotu leczniczego podmiot zgłosił do organu prowadzącego rejestr zmianę dotyczącą aktualnej liczby łóżek, która została zmniejszona z 76 do 70.

W związku z powyższym odstąpiono od sformułowania zalecenia pokontrolnego.

2. Nieprawidłowe prowadzenie indywidualnej dokumentacji medycznej. Sprawdzono dokumentację 50 pacjentów, stwierdzając:
- a) w 15 przypadkach – brak numerowania stron dokumentacji, co stanowi naruszenie § 5 rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej,
 - b) w 8 przypadkach – brak karty informacyjnej z pobytu pacjenta w ZOL, sporządzonej przy wypisaniu pacjenta z placówki, co jest niezgodne z § 15 ust. 1 pkt 9 ww. rozporządzenia,
 - c) w Historii choroby, w części dotyczącej przyjęcia pacjenta do ZOL brak danych/informacji ustalonych w § 16 ust. 1 pkt 4 i 7 rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej:
 - w 3 przypadkach – oznaczenia lekarza przyjmującego,
 - w 2 przypadkach – godziny i minuty przyjęcia pacjenta w systemie 24-godzinnym,
 - d) w Historii choroby, w części dotyczącej wypisania pacjenta z ZOL brak danych/informacji ustalonych w § 20 pkt 1, 2, 3, 4 i 5 ww. rozporządzenia:
 - w 15 przypadkach – 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,
 - w 4 przypadkach – adnotacji o przyczynie i okolicznościach wypisania pacjenta z placówki,
 - e) w Historii choroby, w części dotyczącej wypisania pacjenta, w przypadku zgonu – w 7 przypadkach brak opisu słownego stanów chorobowych prowadzących do zgonu wraz z odstępami czasu pomiędzy ich wystąpieniem, co jest niezgodne z § 21 pkt 2 rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej.
3. Nieprawidłowe prowadzenie zbiorczej dokumentacji medycznej – *Księga główna przyjęć i wypisów* nie zawierała numeru karty depozytowej, co stanowi naruszenie § 27 pkt 17 rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej.

Przedstawiając powyższe ustalenia zobowiązuję Pana do 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 2. wystąpienia, zaś dokumentacja zbiorcza – informacje wskazane w punkcie 3.

Jednocześnie zobowiązuję Pana do poinformowania Wojewody Mazowieckiego z powołaniem znaku pisma WZ-VI.9612.1.80.2018, o sposobie realizacji zaleceń pokontrolnych w terminie 14 dni od otrzymania wystąpienia.

z up. WOJEWODY MAZOWIECKIEGO

Jarosław Chmielewski
Dyrektor Wydziału Zdrowia

A handwritten signature in blue ink, consisting of several loops and a long vertical stroke at the bottom.