



WOJEWODA MAZOWIECKI

Warszawa, 03.09. 2018 r.

WZ-VI.9612.1.61.2018

**Pan  
Robert Kochman  
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej  
Curatum  
ul. Kraszewskiego 20A  
05-840 Brwinów**

#### 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 sprawdzająca w Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym (dalej ZPO), komórce organizacyjnej 007 zakładu leczniczego pn. Robert Kochman Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Curatum” Pielęgniarska Opieka Domowa Długoterminowa, mieszczącej się przy ul. Kraszewskiego 20A w Brwinowie.

Tematyka kontroli obejmowała zgodność wykonywanej działalności z przepisami określającymi warunki wykonywania działalności leczniczej oraz weryfikację realizacji zaleceń sformułowanych w 2016 r.

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 16 sierpnia 2018 r., przekazuję Panu niniejsze wystąpienie pokontrolne.

W trakcie kontroli stwierdzono, że podmiot zrealizował zalecenia pokontrolne sformułowane w wyniku kontroli przeprowadzonej w dniach 9 – 11 grudnia 2015 r.

Ustalono, że w ZPO udzielane były całodobowe świadczenia zdrowotne obejmujące swoim zakresem pielęgnację, rehabilitację, zapewnienie wyżywienia odpowiedniego do stanu zdrowia pacjenta, zgodnie z art. 9 ust. 1 pkt 2 ustawy o działalności leczniczej. Świadczenia medyczne realizowane były na podstawie umów podpisywanych z pacjentami. Placówka dysponowała 32 łózkami – jak ustalono w księdze rejestrowej podmiotu leczniczego. Pomieszczenia ZPO nie spełniały wymagań określonych 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). Sześć pokoi dla pacjentów, zlokalizowanych na parterze budynku nie wyposażono w umywalki z bateriami z ciepłą i zimną wodą, dozowniki z mydłem w płynie, i pojemniki z ręcznikami jednorazowego użycia. Podmiot leczniczy uzyskał zgodę Dyrektora Wydziału Kontroli Mazowieckiego Urzędu Wojewódzkiego w Warszawie, na podstawie § 24 ust. 2 ww. rozporządzenia, na odstąpienie od instalowania powyższych urządzeń w 6 pokojach przeznaczonych na pobyt pacjentów z problemami psychiatrycznymi (pismo z dnia 5 maja 2017 r., znak WK-II.9612.98.2015). 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 31 pacjentów – 23 kobiety i 8 mężczyzn. Grupę chorych stanowiły osoby po przebytym udarze mózgu, które trafiły do placówki po zakończonej hospitalizacji, ale nadal wymagają stałej opieki, pielęgnacji i rehabilitacji ze względu na niedowład i odleżyny. W placówce przebywali również pacjenci z zespołem otępiennym, chorobą Alzheimera, chorobą Parkinsona, depresją, zaburzeniami

pamięci, 2 osoby po amputacji kończyn dolnych i jeden pacjent z chorobą nowotworową jelita. U chorych zdiagnozowano ponadto choroby układu krążenia (miażdżycę, niewydolność krążenia, nadciśnienie tętnicze, zaburzenia rytmu serca), niewydolność nerek, jaskrę, zaćmę, chorobę zwyrodnieniową stawów oraz cukrzycę. Podawania insuliny wymagało 3 pacjentów, codziennej zmiany opatrunków – 3 chorych. Samodzielnie funkcjonowało 19 pacjentów. Okresowej pomocy kadry medycznej wymagało 5 chorych poruszających się przy pomocy sprzętu rehabilitacyjnego, a stałej opieki i kompleksowej pielęgnacji potrzebowało 7 pacjentów leżących. Z uwagi na specyfikę schorzeń pacjenci przebywający w placówce wymagali stałej rehabilitacji i usprawniania jak również okresowej opieki psychologicznej.

Pacjenci przebywający w placówce mieli zabezpieczony dostęp do opieki lekarskiej, jak również do usług pielęgniarских i rehabilitacyjnych. Świadczenia zdrowotne realizowane były przez 1 lekarza – specjalistę medycyny rodzinnej w każdy piątek w określonych godzinach lub w razie potrzeby. Dodatkowo podopieczni mieli także możliwość korzystania ze świadczeń specjalisty medycyny rodzinnej na podstawie deklaracji złożonych do lekarza POZ. Opiekę nad pacjentami sprawowały również 4 pielęgniarki w ramach 12-godzinnych dyżurów dziennych i nocnych lub dyżurów całodobowych. Dwie pielęgniarki posiadały tytuł magistra pielęgniarstwa. Jedna pielęgniarka ukończyła 2 kursy kwalifikacyjne – w zakresie pielęgniarstwa środowiskowego oraz pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki. Każdorazowo dyżur dzienny i nocny pełniła 1 pielęgniarka. W dokumentacji podmiotu leczniczego zgromadzono dokumenty potwierdzające prawo wykonywania zawodu aktualnie zatrudnionego lekarza i kadry pielęgniarskiej.

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

Wyżywienie pacjentów uwzględniało dietę lekkostrawną i cukrzycową, a okazany jadłospis sporządzany 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.

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. Nieprawidłowe prowadzenie indywidualnej dokumentacji medycznej. Sprawdzono dokumentację 50 pacjentów, stwierdzając:
  - a) we wszystkich przypadkach – brak numerowania stron dokumentacji, co stanowi naruszenie § 5 rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej,
  - b) we wszystkich przypadkach – brak *Karty zleceń lekarskich*, co jest niezgodne z § 15 ust. 1 pkt 5 ww. rozporządzenia,
  - c) we wszystkich przypadkach w części dotyczącej przebiegu hospitalizacji – brak danych uzyskanych z wywiadu lekarskiego i badania przedmiotowego, co stanowi naruszenie § 17 ust. 1 pkt 1 ww. rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej,
  - d) w 8 przypadkach w części dotyczącej wypisania pacjenta z placówki – brak danych/informacji ustalonych w § 20 ust. 1 – 5 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, wykonanych badań diagnostycznych i zabiegów, z podaniem numeru statystycznego procedury medycznej (ICD-9),
    - epikryzy,
    - adnotacji o przyczynie i okolicznościach wypisania,
  - e) w 6 przypadkach w części dotyczącej wypisania pacjenta z placówki w przypadku zgonu – brak godziny i minuty zgonu pacjenta w systemie 24-godzinnym 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,

- f) w 1 przypadku – 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, oraz oświadczenia pacjenta o upoważnieniu do uzyskiwania dokumentacji, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej, albo adnotacji o niezłożeniu ww. oświadczeń, co stanowi naruszenie § 8 ust. 1 pkt 1-2 i ust. 3 rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej.
2. Nieprawidłowe prowadzenie zbiorczej dokumentacji medycznej:
- a) *Księga główna przyjęć i wypisów* nie zawierała danych/informacji ustalonych w § 27 pkt 7, 10 i 16 rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej:
- rozpoznania przy wypisie,
  - daty wypisu, a w przypadku zgonu pacjenta – daty zgonu,
  - oznaczenia lekarza wypisującego,
- b) *Księga zabiegów* nie zawierała danych/informacji ustalonych w § 32 pkt 2, 4 i 5 rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej:
- numeru kolejnego pacjenta w księdze,
  - numeru PESEL pacjenta,
  - oznaczenia lekarza zlecającego zabieg.

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 1. wystąpienia, zaś dokumentacja zbiorcza – informacje wskazane w punkcie 2. Ponadto należy podkreślić, że dokumentacja medyczna pacjentów powinna być prowadzona czytelnie, wiarygodnie i rzetelnie, natomiast zamieszczanie dodatkowych wpisów przez zatrudnionego lekarza, nie związanych z realizacją świadczeń zdrowotnych – należy uznać za zbędne.

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

W związku z ustaleniami dotyczącymi zabezpieczenia świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych przez zatrudnioną w ZPO kadrę pielęgniarską oraz ze względu na rodzaj schorzeń i dysfunkcje podopiecznych, a także liczbę pacjentów wymagających okresowej bądź całkowitej

opieki i pomocy pielęgniarskiej – w trosce o bezpieczeństwo przebywających w placówce pacjentów, a w szczególności w celu zapewnienia dostępności i należytej jakości realizowanych świadczeń medycznych, proszę o zatrudnienie w kontrolowanej placówce dodatkowego personelu pielęgniarsko-opiekuńczego.

Jednocześnie zobowiązuję Pana do poinformowania Wojewody Mazowieckiego z powołaniem znaku pisma WZ-VI.9612.1.61.2018, o sposobie realizacji zalecenia pokontrolnego i wykorzystania wniosku pokontrolnego.



z up. WOJEWODY MAZOWIECKIEGO  
Jarosław Chmielewski  
Dyrektor Wydziału Zdrowia