



**WOJEWODA MAZOWIECKI**

Warszawa, 05.12. 2018 r.

WZ-VI.9612.1.171.2018

**Pan  
Piotr Papaj  
Mazowieckie Centrum Rehabilitacji  
„STOCER” Sp. z o.o.  
ul. Antoniego Wierzejewskiego 12  
05-510 Konstancin-Jeziorna**

#### **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. 2190, z późn. zm.), przeprowadzona została kontrola problemowa w Oddziale chirurgii urazowo-ortopedycznej (dalej Oddział) i Izbie przyjęć szpitala (dalej Izba przyjęć) – komórkach organizacyjnych 051 i 053 Szpitala Chirurgii Urazowej św. Anny (dalej Szpital), mieszczących się przy ul. Barskiej 16/20 w Warszawie.

Tematyka kontroli obejmowała zgodność wykonywanej działalności leczniczej 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 15 listopada 2018 r., przekazuję Panu niniejsze wystąpienie pokontrolne.

W trakcie kontroli stwierdzono, że kontrolowany Oddział zlokalizowany jest na poziomie II i III piętra w budynku Szpitala i dysponował siedemdziesięcioma siedmioma łózkami – jak ustalono na podstawie księgi rejestrowej podmiotu leczniczego. W dniach prowadzenia kontroli w Oddziale przebywało czterdziestu trzech pacjentów. Podmiot posiadał umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, zgodnie z obowiązkiem ustalonym w art. 25 ust.1 pkt 1

i ust. 2 ustawy o działalności leczniczej. Opracowane i wdrożone dla kontrolowanego Oddziału minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek uwzględniały jego specyfikę oraz zostały określone zgodnie z zasadami ustalonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2018 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz. U. z 2012 r. poz. 1545). Pracownicy Oddziału i Izby przyjęć zgodnie z art. 36 ust 1 ustawy o działalności leczniczej nosili w widocznym miejscu identyfikatory zawierające imię i nazwisko oraz pełnioną funkcję. Dla potrzeb kontrolowanego Oddziału 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). W dokumentacji placówki zgromadzono dokumenty potwierdzające prawo wykonywania aktualnie zatrudnionej kadry lekarskiej, pielęgniarskiej oraz fizjoterapeutów. Pacjenci kontrolowanych komórek organizacyjnych zostali zaopatrzeni w znaki identyfikacyjne, zawierające informacje zapisane w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta przez osoby nieuprawnione, zgodnie z wymogiem określonym w art. 36 ustawy o działalności leczniczej oraz rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie warunków, sposobu i trybu zaopatrywania pacjentów szpitala w znaki identyfikacyjne oraz sposobu postępowania w razie stwierdzenia ich braku (Dz. U. z 2012 r. poz. 1098). Ponadto w Oddziale i w Izbie przyjęć 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 2016 r. poz. 186, z późn. zm.). Indywidualna dokumentacja medyczna prowadzona i przechowywana była zgodnie z normami 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).

Podmiot leczniczy uzyskał opinię Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w m. st. Warszawie (dalej PPIŚ) wydaną w formie Postanowienia EPN/0154/2018 z dnia 17 lipca 2018 r., dotyczącą wpływu niespełnienia wymagań, o których mowa w art. 22 ust.1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej na bezpieczeństwo pacjentów.

W wyniku kontroli stwierdzono następujące nieprawidłowości:

1. Niespełnienie wymogów 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 (dalej rozporządzenie w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą – Dz. U. z 2012 r. poz. 739) przez brudowniki, które nie zostały wyposażone w Oddziale w wentylację mechaniczną wyciągową, a w łazie przyjęć w płuczkę-dezynfektor, co jest niezgodne z wymogiem ustalonym w pkt. 5 części II załącznika nr 1 ww. rozporządzenia.

a) ponadto PPIS w Postanowieniu z dnia 17 lipca 2018 r. stwierdził nieprawidłowość dotyczącą niezapewnienia w budynku Szpitala rezerwowego źródła zaopatrzenia w wodę zapewniającego co najmniej jej 12-godzinny zapas, co stanowi naruszenie § 40 ww. rozporządzenia. W opinii PPIS ww. nieprawidłowość ma wpływ na bezpieczeństwo pacjentów.

Ww. organ stwierdził również nieprawidłowości, które w jego ocenie nie mają wpływu na bezpieczeństwo pacjentów i dotyczą niespełnienia wymogów w zakresie:

- b) zapewnienia w pokojach łóżkowych dostępu do łóżek z trzech stron, w tym dwóch dłuższych – pokoje łóżkowe zlokalizowane na poziomie II piętrze o numerach 2, 3, 5, 8, 9 i 11 oraz na III piętrze o numerach 1, 2, 6, 7, 8, 10, 11 i 12, zgodnie z § 18 rozporządzenia w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą,
- c) zapewnienia odstępów między łóżkami umożliwiającymi swobodny dostęp do pacjentów – pokoje łóżkowe zlokalizowane na II piętrze o numerach 2, 3, 5, 8, 9 i 11 oraz na III piętrze o numerach 1, 2, 6, 7, 8, 10, 11 i 12, zgodnie z wymogiem ustalonym w § 19 ww. rozporządzenia,
- d) zapewnienia w pokojach łóżkowych możliwości wyprowadzenia łóżka – pokoje łóżkowe zlokalizowane na II piętrze o numerach 2, 3, 5, 8, 9 i 11, zgodnie z wymogiem ustalonym § 20 rozporządzenia w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą,
- e) wyposażenia pokoi łóżkowych w umywalkę z ciepłą i zimną wodą, dozowniki z mydłem w płynie oraz pojemniki z ręcznikami jednorazowego użycia i pojemniki

na zużyte ręczniki – pokoje łóżkowe zlokalizowane na II piętrze numer 5, 8 i 10 oraz na III piętrze o numerach 2, 4 i 11, zgodnie z wymogiem ustalonym w § 24 ust. 1 ww. rozporządzenia,

- f) podłóg, które nie były wykonane z materiałów umożliwiających ich mycie i dezynfekcję – pokoje łóżkowe zlokalizowane na II piętrze oraz na korytarzach, co stanowi naruszenie § 29 ust. 1 rozporządzenia w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą,
- g) połączenia ścian z podłogami, które nie zostały wykonane w sposób umożliwiający ich mycie i dezynfekcję – pokoje łóżkowe zlokalizowane na poziomie III piętra, co jest niezgodne z wymogiem ustalonym w § 24 ust. 2 ww. rozporządzenia,
- h) szerokości drzwi w pomieszczeniach przez które odbywa się ruch pacjentów na łóżkach uniemożliwiają ten ruch – pokoje łóżkowe zlokalizowane na poziomie II piętra o numerach 2, 3, 5, 8, 9, 10 i 11 raz na III piętrze o numerze 4, co stanowi naruszenie § 32 rozporządzenia w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą,
- i) wyposażenia Oddziału w meble umożliwiające ich mycie i dezynfekcję, zgodnie z wymogiem ustalonym w § 27 ust. 1 ww. rozporządzenia.

Termin dostosowania pomieszczeń wymienionych punkcie 1 b-i wyznaczony przez Szpital na dzień 31.12.2020 r. został zaakceptowany przez PPIS.

2. Nieokazanie aktualnych dokumentów potwierdzających sprawność techniczną aparatury i sprzętu medycznego wykorzystywanego przy udzielaniu świadczeń medycznych, w kontrolowanym oddziale:
  - a) pompy infuzyjnej (o numerze 0105404/09), firmy Medima,
  - b) pomp infuzyjnych (o numerze: A/0825/95 i A/4470/01), firmy Ascot,
  - c) szyny CPM ze stymulatorem, firmy Kalmed,do których posiadania i okazania organowi kontroli podmiot 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. 876, z późn. zm.).
3. Nieprowadzenie *Księgi zabiegów* w kontrolowanym Oddziale. Takim działaniem naruszony został wymóg określony w § 12 ust. 2 pkt g rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej.

**Przedstawiając powyższe ustalenia, zobowiązuję Pana do podjęcia działań w celu wyeliminowania stwierdzonych w trakcie kontroli nieprawidłowości, a w szczególności do:**

1. Dostosowania pomieszczeń kontrolowanego Oddziału do wymogów rozporządzenia w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą w zakresie niezgodności wymienionych w punkcie 1 b-i wystąpienia – w terminie do dnia 31.12.2020 r., natomiast w zakresie nieprawidłowości wymienionej w punkcie 1a oraz w zakresie wyposażenia brudowników w Oddziale i w Izbie przyjęć – w terminie 12 miesięcy od daty jego otrzymania.
2. Przesłania do Wydziału Zdrowia Mazowieckiego Urzędu Wojewódzkiego w Warszawie aktualnych kopii dokumentów potwierdzających sprawność techniczną aparatury i sprzętu medycznego wymienionych w punkcie 2. wystąpienia.
3. Prowadzenia *Księgi przyjęć* Oddziału, zgodnie z normami ustalonymi w rozporządzeniu w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej.

Zalecenie określone w punkcie 2. należy zrealizować w terminie 30 dni od daty otrzymania wystąpienia.

Zalecenie określone w punkcie 3. należy zrealizować w terminie 14 dni od daty otrzymania wystąpienia.

Jednocześnie zobowiązuję Pana do poinformowania Wojewody Mazowieckiego, z powołaniem znaku pisma: WZ-VI.9612.1.171.2018, o sposobie realizacji zaleceń pokontrolnych.

**Do wiadomości:**

Jolanta Wiśniewska  
Szpital Chirurgii Urazowej św. Anny  
Ul. Barska 16/20  
02-315 Warszawa

z up. WOJEWODY MAZOWIECKIEGO  
Jarosław Chmielewski  
Dyrektor Wydziału Zdrowia



