



WOJEWODA MAZOWIECKI

WZ-VI.9612.1.189.2018

Warszawa, 15.02 2019 r.

**Pan
Wacław Kerpert
Zakład Opiekuńczo-Leczniczy
„Dom Rodzinny” s.c.
ul. Przytorowa 1
05-100 Nowy Dwór Mazowiecki**

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 Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Zakład Opiekuńczo-Leczniczy „Dom Rodzinny” (dalej Dom Rodzinny), mieszczącym się przy ul. Przytorowej 1 w Nowym Dworze Mazowieckim.

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 23 stycznia 2019 r., przekazuję Panu niniejsze wystąpienie pokontrolne.

W trakcie kontroli stwierdzono, że w Domu Rodzinnym udzielane były całodobowe świadczenia zdrowotne obejmujące swoim zakresem pielęgnację, rehabilitację, zapewnienie wyżywienia odpowiedniego do stanu zdrowia pacjenta w zakresie świadczeń opiekuńczo-leczniczych oraz sprawowana była wszechstronna opieka zdrowotna, psychologiczna i społeczna nad pacjentami znajdującymi się w stanie terminalnym oraz opieka nad rodzinami tych pacjentów, zgodnie z art. 9 ust. 1 pkt 1 i 4 ustawy o działalności leczniczej. Pacjentom zapewniono również dostęp do całodobowej opieki lekarskiej. Świadczenia medyczne

realizowane były ze środków publicznych, na podstawie umowy zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia oraz na podstawie umów podpisywanych z pacjentami. Placówka dysponowała 200 łózkami – jak ustalono w księdze rejestrowej podmiotu leczniczego. 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 Domu Rodzinnego 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 regulamin organizacyjny zawierający wszystkie elementy określone w art. 24 ustawy o działalności leczniczej. Podmiot zawarł umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, zgodnie z obowiązkiem ustalonym w art. 25 ust. 1 pkt 1 i ust. 2 ustawy o działalności leczniczej. W kontrolowanym zakładzie 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 Domu Rodzinnym przebywało 176 pacjentów – 107 kobiet i 69 mężczyzn, w tym 169 pacjentów w zakładzie opiekuńczo-leczniczym i 7 pacjentów objętych było opieką hospicyjną. Pacjentami kontrolowanej placówki były głównie osoby po przebytym udarze mózgu, które trafiły do placówki po zakończonej hospitalizacji, ale nadal wymagały stałej opieki, pielęgnacji i rehabilitacji ze względu na niedowłady i odleżyny. Grupę chorych stanowiły osoby po urazach czaszkowo-mózgowych, amputacji kończyn dolnych, złamaniu szyjki kości udowej oraz pacjenci z zespołem otępiennym, chorobą Alzheimera, chorobą Parkinsona, zespołem psychoorganicznym, zaburzeniami pamięci, depresją, schizofrenią. U chorych zdiagnozowano również choroby układu krążenia (miażdżycę, niewydolność krążenia, nadciśnienie tętnicze, zaburzenia rytmu serca), niewydolność nerek, jaskrę, zaćmę, chorobę zwyrodnieniową stawów oraz cukrzycę. Grupę chorych stanowiły osoby nieuleczalnie chore, które ze względu na specyfikę bądź nasilenie objawów wymagały stałej specjalistycznej opieki medycznej, której z powodów technicznych nie można było zapewnić w domu. Choroba podstawowa zdiagnozowana u pacjentów w stanie terminalnym to rak piersi, guz esicy, guz głowy trzustki, rak płuc, rak jelita grubego oraz rozsiały proces nowotworowy. Ponadto chorzy zmagali się

z chorobami współistniejącymi: depresją, stanami lękowymi, nadciśnieniem tętniczym, niewydolnością serca, zaburzeniami rytmu serca, przebyłym zawałem serca, przebyłym udarem mózgu, padaczką, przewlekłą obturacyjną chorobą płuc, astmą oskrzelową, cukrzycą, zespołem otępiennym, chorobą Alzheimera. Podawania insuliny wymagało 21 pacjentów, codziennej zmiany opatrunków – 27 chorych z powodu odleżyn, owrzodzenia podudzi, zmian skórnych, cystostomii. Samodzielnie funkcjonowało 38 pacjentów, okresowej pomocy kadry medycznej wymagało 53 chorych poruszających się przy pomocy sprzętu rehabilitacyjnego, a stałej opieki i kompleksowej pielęgnacji – 85 pacjentów leżących. Z uwagi na specyfikę schorzeń pacjenci przebywający w placówce potrzebowali stałej rehabilitacji i usprawniania jak również opieki psychologicznej i logopedycznej.

Pacjenci przebywający w placówce mieli zabezpieczony dostęp do opieki lekarskiej i usług pielęgniarzkich. Świadczenia lekarskie realizowane były w określonych dniach i godzinach przez pięciu lekarzy – specjalistę w dziedzinie chirurgii ogólnej, specjalistę medycyny rodzinnej, specjalistę neurologii i medycyny kolejowej posiadającego równocześnie I^o specjalizacji w dziedzinie anestezjologii i reanimacji, lekarza posiadającego I^o specjalizacji w dziedzinie psychiatrii i lekarza w trakcie specjalizacji z psychiatrii. Opiekę nad pacjentami Domu Rodzinnego sprawowało również 17 pielęgniarek w ramach 12-godzinnych dyżurów dziennych (7⁰⁰ – 19⁰⁰), nocnych (19⁰⁰ – 7⁰⁰) lub dyżurów całodobowych (7⁰⁰ – 7⁰⁰) oraz 3 pielęgniarki w ramach dyżurów rannych (7⁰⁰ – 14³⁵). Jedna pielęgniarka posiadała tytuł magistra pielęgniarstwa, jedna – magistra administracji publicznej, trzy – tytuł licencjata pielęgniarstwa i jedna – tytuł licencjata administracji publicznej. Cztery pielęgniarki ukończyły kurs kwalifikacyjny w zakresie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki medycznej, jedna – organizacji i zarządzania, jedna – pielęgniarstwa zachowawczego, jedna – pielęgniarstwa opieki długoterminowej, jedna – opieki paliatywnej i jedna – pielęgniarstwa epidemiologicznego. Ponadto pielęgniarki odbyły kursy specjalistyczne w następującym zakresie: wykonywania i interpretacji zapisu elektrokardiograficznego – 3, resuscytacji krążeniowo-oddechowej – 2 i psychiatrii – 1. Dwie pielęgniarki uczestniczyły w kursie doształcającym – kontakt z pacjentem przewlekle chorym i jedna – ukończyła kurs uzupełniający w zakresie przetaczania krwi i jej składników. Pięć pielęgniarek odbyło szkolenie dotyczące obsługi butli tlenowych stosowanych w lecznictwie, dwie – zaopatrywania ran odleżynowych przy pomocy opatrunków specjalistycznych, jedna – holistycznej opieki paliatywnej w zaawansowanej chorobie nowotworowej i jedna – udzielania pierwszej pomocy u osób dorosłych i dzieci. Każdorazowo dyżur dzienny zabezpieczony był przez 4-5 pielęgniarek,

dyżur nocny pełniły 2-3 pielęgniarki i 3 – dyżurowały od poniedziałku do piątku w godzinach rannych. Dyżurujące pielęgniarki nie były podzielone na zespoły przypisane do poszczególnych komórek organizacyjnych, lecz sprawowały opiekę nad wszystkimi pacjentami przebywającymi w ZOL, jak i hospicjum – funkcjonujących w ramach Domu Rodzinnego. Opiekę na pacjentami zabezpieczało również 21 opiekunek i opiekunów w ramach 12 godzinnych dyżurów dziennych i nocnych.

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

Świadczenia rehabilitacyjne realizowane były przez 6 fizjoterapeutów, 3 psychologów, terapeutę zajęciowego i logopedę – w zależności od stanu pacjentów – na sali rehabilitacyjnej bądź przy łóżku pacjenta.

Wyżywienie pacjentów uwzględniało dietę lekkostrawną, bezmleczną, wysokobiałkową, trzustkową i cukrzycową, a okazany jadłospis sporządzony był przez dietetyka na okres 10 dni.

Działania z zakresu promocji zdrowia realizowane były przede wszystkim przez kadrę pielęgniarską w formie rozmów indywidualnych z pacjentami, najczęściej podczas wykonywania czynności pielęgniarskich. Dotyczyły głównie prawidłowego żywienia, zdrowego stylu życia, cukrzycy, higieny osobistej. Ważnym elementem promocji zdrowia były działania ukierunkowane na przygotowanie 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 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 2015 r. poz. 876, 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. Nieokazanie zgody właściwego państwowego wojewódzkiego inspektora sanitarnego na zlokalizowanie sali rehabilitacyjnej, sali laseroterapii, sali fizykoterapii, pomieszczenia higieniczno-sanitarnego dla pacjentów i szatni dla personelu poniżej poziomu terenu urządzonego przy budynku kontrolowanego zakładu leczniczego. Takie działanie stanowi

naruszenie § 14 ust. 5 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).

2. Niespełnienie wymogów określonych w przepisach rozporządzenia w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą przez następujące pomieszczenia:
 - a) jeden pokój dwułożkowy dla pacjentów, zlokalizowany na parterze, który był przechodni, co stanowi naruszenie § 15 ww. rozporządzenia,
 - b) dwa pokoje dla pacjentów, zlokalizowane na parterze, które nie zostały wyposażone w umywalki z ciepłą i zimną wodą, dozowniki z mydłem w płynie oraz pojemniki z ręcznikami jednorazowego użycia i pojemniki na zużyte ręczniki, 15 pokoi, w których przy umywalkach nie zainstalowano pojemników z ręcznikami jednorazowego użycia (8 pokoi na parterze, 2 pokoje na I piętrze i 5 pokoi na II piętrze) oraz 46 węzły sanitarne, bezpośrednio połączonych z pokojami łóżkowymi dla pacjentów, które nie zostały wyposażone w pojemniki z ręcznikami jednorazowego użycia, co jest niezgodne z § 24 ust. 1 rozporządzenia w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą,
 - c) 5 pomieszczeń higieniczno-sanitarne dla pacjentów, które nie zostały wyposażone w pojemniki z ręcznikami jednorazowego użycia, co stanowi naruszenie § 2 pkt 4 ww. rozporządzenia.
3. Niewypełnienie obowiązku ustalonego w art. 24 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej, polegającego na podaniu do wiadomości pacjentów informacji dotyczącej wysokości opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej, wysokości opłat za świadczenia zdrowotne, które mogą być udzielane za częściową lub całkowitą odpłatnością oraz wysokości opłaty za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny od osób lub instytucji uprawnionych do pochowania zwłok na stronie internetowej podmiotu wykonującego działalność leczniczą.
4. Nieprowadzenie *Księgi oddziału* dla Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego, co jest niezgodne z § 12 pkt 2 lit. 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 1, 5, 7, 11, 14 i 16 rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej:
 - oznaczenia podmiotu,
 - kodów resortowych komórek organizacyjnych, w których pacjent przebywał,
 - rozpoznania przy wypisie,
 - adnotacji o miejscu, do którego pacjent został wypisany,
 - numerów statystycznych przyczyny zgonu określonych według ICD-10,
 - imienia i nazwiska lekarza wypisującego,
 - b) *Księga chorych oddziału* prowadzona dla Hospicjum stacjonarnego nie zawierała danych/informacji ustalonych w § 29 pkt 1, 11 i 12 rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej:
 - oznaczenia podmiotu,
 - adnotacji o miejscu, do którego pacjent został wypisany,
 - imienia i nazwiska lekarza wypisującego,
 - c) *Księga raportów pielęgniarskich* i *Księga zabiegów* nie zawierały oznaczenia podmiotu, co stanowi naruszenie § 31 pkt 1 i § 32 pkt 1 rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.
6. Nieprawidłowe prowadzenie indywidualnej dokumentacji medycznej. Sprawdzono dokumentację 55 pacjentów, stwierdzając we wszystkich przypadkach – brak oznaczenia podmiotu, co stanowi naruszenie § 10 ust. 1 pkt 1 ww. rozporządzenia.

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

1. Przesłania do Mazowieckiego Urzędu Wojewódzkiego w Warszawie poświadczonej za zgodność z oryginałem kopii zgody państwowego wojewódzkiego inspektora sanitarnego na zlokalizowanie poniżej poziomu terenu urządzonego przy budynku sali rehabilitacyjnej, sali laseroterapii, sali fizykoterapii, pomieszczenia higieniczno-sanitarnego dla pacjentów i szatni dla personelu, zgodnie z § 14 ust. 5 rozporządzenia w sprawie szczegółowych wymagań,

jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą.

2. 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 2. wystąpienia.
3. Podania na stronie internetowej podmiotu leczniczego informacji dotyczącej wysokości opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej, wysokości opłat za świadczenia zdrowotne, które mogą być udzielane za częściową lub całkowitą odpłatnością oraz wysokości opłaty za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny od osób lub instytucji uprawnionych do pochowania zwłok, zgodnie z wymogiem określonym w art. 24 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej.
4. Prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie z zasadami ustalonymi w rozporządzeniu w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej, w szczególności dokumentacja indywidualna pacjentów powinna zawierać dane wymienione w punkcie 6. wystąpienia pokontrolnego, zaś dokumentacja zbiorcza – informacje wymienione w punkcie 5. Ponadto należy prowadzić *Księgę oddziału* dla Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego.

Zalecenia określone w punktach 1., 3., i 4. należy zrealizować w terminie 14 dni od daty otrzymania wystąpienia.

Zalecenie określone w punkcie 2. należy zrealizować w terminie 6 miesięcy od daty otrzymania wystąpienia.

Jednocześnie zobowiązuję Pana do poinformowania Wojewody Mazowieckiego, z powołaniem znaku pisma WZ-VI.9612.1.189.2018, o sposobie realizacji zaleceń pokontrolnych.

z up. WOJEWODY MAZOWIECKIEGO
Jarosław Chmielowski
Dyrektor Wydziału Zdrowia



